

à l'attention des professionnels

LES MINEURS À L'HÔPITAL

Guide juridique



Directeur de la publication

Joseph Tedesco

Rédacteur en chef

Brigitte de Lard-Huchet

Coordonnateur de la publication

Aude Charbonnel

Assistante

Nadia Hassani

Communication

Caroline Marichez

Conception

Julian Delorme

Comité de rédaction

Didier Antoine

Céline Berthier

Martine Cappe

Aude Charbonnel

Mélanie Dupé

Isabelle Génot-Pok

Brigitte de Lard-Huchet

Clothilde Poppe

Kelly Vang

Coordonnées du CNEH

3 rue Danton 92240 Malakoff

01 41 17 15 15

www.cneh.fr

Impression

CLUMIC Arts Graphiques

70 bis rue de Romainville

75019 Paris

01 42 03 58 66

Date de l'achèvement du tirage

Avril 2025

Dépôt légal : 04 / 2025

LE CENTRE DE DROIT JURISANTÉ

Le Centre de droit JuriSanté a été créé en 1996 pour répondre aux besoins d'accompagnement juridique des établissements de santé et médico-sociaux. Au fil des années, dans un environnement juridique toujours plus complexe et dense, l'expertise du Centre de droit s'est enrichie et diversifiée afin de s'adapter en permanence aux réformes et aux (r)évolutions qui impactent la vie hospitalière.

- Le Centre de droit JuriSanté propose plus de **50 formations** (au CNEH ou au sein des établissements) sur les thématiques juridiques en lien avec l'hôpital, les structures médico-sociales et les activités de santé ainsi que **11 parcours métiers certifiants PRAXIS**. École de référence pour le monde hospitalier, il propose une offre de fond aussi bien sur les thématiques indispensables à la gestion juridique des établissements que sur des sujets d'actualité ;
- Le Centre de droit JuriSanté bénéficie d'un agrément réglementaire délivré par la Chancellerie pour assurer des **prestations de conseil juridique** auprès des établissements adhérents au CNEH. Partenaire de confiance des établissements, il les accompagne dans la sécurisation juridique de leurs organisations et de leurs projets ;
- Le Centre de droit JuriSanté **analyse et commente l'actualité juridique** du monde sanitaire et médico-social, dans de nombreuses publications, revues professionnelles et sur son blog accessible à tous, afin de sensibiliser les acteurs aux évolutions de leur environnement.

NOS DOMAINES D'INTERVENTION

- Droit hospitalier et gouvernance
- Coopération hospitalière
- Restructurations hospitalières, fusions
- Droits des autorisations
- Activités médico-sociales
- Droit de la commande publique à l'hôpital
- Statuts des personnels médicaux
- Statuts des personnels non médicaux
- Organisation des ressources humaines médicales
- Droit des usagers du système de santé
- Responsabilité et cadre d'intervention des acteurs de santé
- Données de santé
- Soins psychiatriques



CLUB 10-12

Un temps d'échange et d'information semestriel autour de l'actualité juridique hospitalière



LE SERVICE SVP JURIDIQUE

Des missions de conseil complétées d'un service téléphonique SVP gratuit qui accompagnent les établissements adhérents au quotidien



LE BLOG JURISANTÉ

Un blog avec les dernières actualités sur la réglementation hospitalière commentées par l'équipe JuriSanté



MAIS AUSSI ...

Des publications régulières dans des revues spécialisées (Gestions hospitalières et Revue hospitalière de France)

LES AUTEURS



Didier Antoine

Consultant, chef de projet
Pôle Stratégie & performance
du CNEH



Céline Berthier

Juriste, consultante du Centre de droit
JuriSanté du CNEH



Martine Cappe

Consultante du Centre de droit
JuriSanté du CNEH



Aude Charbonnel

Juriste, consultante du Centre de droit
JuriSanté du CNEH



Mélanie Dupé

Juriste, consultante du Centre de droit
JuriSanté du CNEH

Decorative orange geometric shapes, including a large square and a smaller rectangle, located at the bottom left of the page.



Isabelle Génot-Pok

Juriste, consultante du Centre de droit
JuriSanté du CNEH



Brigitte de Lard-Huchet

Directrice du Centre de droit JuriSanté
du CNEH



Clothilde Poppe

Responsable du Pôle Concours &
Adaptation à l'emploi du CNEH



Kelly Vang

Juriste, consultante du Centre de droit
JuriSanté du CNEH

L'ASSISTANTE DU CENTRE DE DROIT JURISANTÉ



Nadia Hassani

Assistante du Centre de droit
JuriSanté du CNEH
nadia.hassani@cneh.fr

Partie

1 LE STATUT JURIDIQUE DU MINEUR

Fiche N°

01

LES DROITS FONDAMENTAUX DE LA PERSONNE MINEURE P.10

Fiche N°

02

L'AUTORITÉ PARENTALE P.15

Fiche N°

03

LA SITUATION DES ENFANTS CONFIÉS À L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE P.21

Fiche N°

04

LE MINEUR ÉTRANGER NON ACCOMPAGNÉ P.30

Partie

2 LA PRISE EN CHARGE DU MINEUR

Fiche N°

05

LES DROITS DU PATIENT MINEUR À L'HÔPITAL P.34

Fiche N°

06

L'ADMISSION DU MINEUR P.39

Fiche N°

07

FOCUS SUR L'ORDONNANCE DE PLACEMENT PROVISOIRE P.43

Fiche N°

08

LES SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DU MINEUR EN PSYCHIATRIE P.48

Partie

3 LES CONDITIONS DE DÉLIVRANCE DES SOINS AU MINEUR

Fiche N°

09

L'INFORMATION SUR LES SOINS P.54

Fiche N°

10

LE CONSENTEMENT AUX SOINS P.58

Fiche N°

11

FOCUS SUR LES ACTES USUELS ET NON USUELS P.63

Fiche N°

12

LES SOINS DANS LE SECRET AU PATIENT MINEUR P.68

Fiche N°

13

FOCUS SUR LA SITUATION DE LA MINEURE ENCEINTE P.73

Fiche N°

14

LE PATIENT MINEUR EN FIN DE VIE P.79

Fiche N°

15

L'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL DU MINEUR P.84

Partie

4

LE MINEUR EN DANGER

Fiche N°

16

LA CONDUITE À TENIR FACE À UN MINEUR EN DANGER P.90

Fiche N°

17

FOCUS SUR LE SIGNALEMENT P.97

Fiche N°

18

FOCUS SUR L'INFORMATION PRÉOCCUPANTE P.102

Fiche N°

19

FOCUS SUR LES MAGISTRATS INTERVENANT AUPRÈS DES MINEURS P.109

Partie

5

LA SORTIE DU PATIENT MINEUR

Fiche N°

20

LA SORTIE DU MINEUR P.110

Fiche N°

21

LA CONDUITE À TENIR EN CAS DE «FUGUE» P.115

Partie

6

L'ENVIRONNEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU MINEUR

Fiche N°

22

LA CERTIFICATION HAS ET LE PATIENT MINEUR P.119

Fiche N°

23

LA RÉFORME DES AUTORISATIONS ET LE PATIENT MINEUR P.123

01. LES DROITS FONDAMENTAUX DE LA PERSONNE MINEURE

Dispositif juridique

En latin, le mot « infans », dont est issu le mot « enfant » signifie « celui qui ne parle pas ». Le concept de vulnérabilité de l'enfant émerge au XVII^{ème} siècle en Europe, et l'idée de sa protection a connu un long cheminement, pour aboutir à une consécration récente de droits proclamés et juridiquement contraignants.

UN CONCEPT JURIDIQUE RÉCENT

Si la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen (DDHC) de 1789 proclamant des droits individuels pour toutes et tous et la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH) du 10 décembre 1948 et largement inspiré du texte français constituent des références indépassables, il s'agit de textes généraux prônant des droits pour tous les êtres humains, sans entrer en détail dans certaines particularités.

On n'y retrouve pas d'éléments spécifiques garantissant des droits pour les enfants ou encore pour des personnes mineures, dans un cadre se voulant universel et incontestable; tout au plus, l'article 25 de la DUDH se bornera à préciser que « la maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales ».

Pour autant, dès le XIX^{ème} siècle, et particulièrement en Europe (en premier lieu en Grande-Bretagne et en France), un certain nombre de textes épars sont adoptés s'agissant par exemple du travail des enfants, de justice ou d'enseignement permettant l'émergence de garanties ou tout au moins d'un cadre juridique de référence.

A l'orée du XX^{ème} siècle et même avant la première guerre mondiale, les enfants sont progressivement considérés comme des individus à part entière ; ainsi dès 1913 sera créée l'Association internationale pour la protection de l'enfance. Dans les années 20, la Société des Nations (SDN), ancêtre de l'ONU, adoptera un texte certes non contraignant mais néanmoins fondateur : la Déclaration de Genève de 1924 affirme pour la première fois l'existence de droits propres aux enfants et la responsabilité des adultes à leur égard. Ce texte sera largement inspiré par les travaux et la pensée d'un médecin Polonais, le Dr. Janusz Korczak, qualifié de véritable « père des droits de l'enfant ». Mais il restera encore quelques décennies à parcourir pour que l'enfant soit défini comme un « sujet » et que l'idée d'enfant « objet » soit définitivement abandonnée en droit.

La création en 1946 du Fonds international de secours à l'enfance (en anglais United Nations International Children's Emergency Fund ou UNICEF), émanation de l'ONU, constitue un pas important et vise alors à organiser l'aide pour les enfants marqués par le second conflit mondial.

Dans les années 50, et jusqu'aux années 80, les instruments juridiques évoluent peu, en tout cas sur le plan international ; il faut toutefois citer la Déclaration des droits de l'enfant de 1959 adoptée par l'ONU et à l'unanimité de ses membres mais à la portée limitée ou encore la proclamation de l'année 1979 comme « Année internationale de l'enfance » mettant en place pour la décennie suivante des travaux qui aboutiront à l'adoption, 10 ans plus tard, du texte de référence en la matière : la Convention Internationale des droits de l'enfant.

DES DROITS FONDAMENTAUX AUX SOURCES INTERNATIONALES

C'est le 20 novembre 1989 que l'Assemblée générale des Nations Unies adopte la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) à l'unanimité, texte le plus largement ratifié de l'histoire (193 états). C'est le 1^{er} texte obligatoire qui reconnaît les droits de l'enfant.

Ce traité international, contraignant pour les états signataires, devient par son contenu et sa portée le socle juridique universel permettant d'affirmer l'enfant comme un être à part entière, perçu dans sa globalité et tous les aspects de sa vie, qui n'est plus seulement « le fils ou la fille de... », c'est-à-dire la possession de ses parents ou de l'Etat, mais le sujet de ses propres droits.

L'UNICEF demeure la seule agence des Nations Unies spécifiquement consacrée à l'enfance, la CIDE étant sa « colonne vertébrale » ; l'article 45 de la CIDE énonce à cet effet que l'UNICEF est juridiquement tenu de promouvoir et de veiller au respect des droits de l'enfant.

La CIDE repose sur 4 principes

1

La non discrimination

La CIDE prend en compte la situation de tous les enfants, filles et garçons, quelle que soit leur origine ou celle de leurs parents.

2

L'intérêt supérieur de l'enfant

Tout ce qui a un impact sur les enfants doit être bénéfique pour eux et les aider à se développer.

3

Le droit à la vie, à la survie, et au développement

Cette dimension fait appel à la responsabilité des états signataires en particulier lors de situation de conflits armés.

4

Le respect de l'opinion de l'enfant sur toute question le concernant

L'idée que les enfants soient informés de leurs droits et soient en mesure de les voir respectés.

LES DROITS ATTACHÉS À LA PERSONNE DE L'ENFANT

Des droits culturels

- Droit d'être éduqué
- Droit d'avoir une information appropriée
- Droit aux loisirs

Des droits civils

- Droit à la vie
- Droit à la non discrimination
- Droit d'avoir un nom et une nationalité
- Droit d'accès à la justice

Des droits sociaux

- Droit d'être nourri
- Droit d'être soigné par des médecins
- Droit d'être protégé contre toute forme d'exploitation en cas de guerre

Des droits économiques

- Droit à un niveau de vie suffisant
- Droit à la sécurité sociale

Des droits politiques

- Droit d'avoir des opinions et de les exprimer
- Droit d'être protégé contre les mauvais traitements
- Droit d'être protégé contre la privation et la restriction des libertés

Si les droits fondamentaux des enfants sont désormais prévus dans un socle incontestable, leur application effective peut se révéler très disparate selon ses états signataires ; c'est notamment le rôle du Comité des droits de l'enfant qui, depuis 1991 contrôle l'application effective de la Convention et de ses protocoles adoptés par la suite.

En constatant des irrégularités, le Comité peut publier des rapports dénonçant des violations commises mais il ne lui est pas reconnu un pouvoir de sanction effectif.

Enfin, il est à noter que l'Union européenne a adopté en 2021 une stratégie européenne sur les droits de l'enfant.

En France, on soulignera le rôle majeur du Défenseur des droits, qui aux termes de la Constitution dans son article 71-1 « veille au respect des droits et libertés », dont les droits spécifiques attachés aux enfants ; ainsi, le Défenseur des droits est amené à traiter des réclamations qu'il reçoit et participe à promouvoir les droits des enfants. Dès lors, chaque enfant, comme tout adulte, association ou institution, peut le saisir s'il estime que les droits d'un enfant ne sont pas respectés. Pour cela, le Défenseur des droits dispose de prérogatives étendues, comme par exemple l'auto-saisine ou le pouvoir d'investigation.

Par ailleurs, le Haut conseil à la famille créé en 2016 et dépendant du Premier ministre comprend entre autres le Conseil de l'enfance et de l'adolescence ; ce Conseil veille notamment à la conformité des politiques publiques aux engagements internationaux de la France et au premier rang de la CIDE.

DES DROITS SPÉCIFIQUES EN SANTÉ DANS LES SOURCES INTERNES

La loi du 4 mars 2002, texte fondateur, a posé un cadre juridique venant consacrer et unifier les droits relatifs aux patients tant majeurs que mineurs.

Les articles L. 1111-2 et L. 1111-4 du code de la santé publique précisent notamment que les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur degré de maturité, et que leur consentement doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

On notera que la Haute Autorité de Santé exige dans le cadre de la certification des établissements de santé, en ce qui concerne l'accueil des enfants, la remise d'un livret d'accueil adapté à l'âge et à la compréhension des enfants et adolescents, ainsi que l'affichage de la charte européenne de l'enfant hospitalisé. Cette charte rappelle la nécessité de prendre en compte la spécificité de l'enfant au sein de la structure. Elle résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés. Si cette charte n'a pas de valeur normative, elle s'inscrit toutefois dans une démarche éthique et de qualité. En tout état de cause, les droits qu'elle décrit relèvent bien souvent du domaine législatif ou réglementaire ; ils doivent donc être respectés par tous les professionnels qui exercent en établissement de santé.

 **fiche 22**

FAQ

1 Quelle distinction réaliser entre la notion de « mineur » et celle d'« enfant » ?

Aux termes de la CIDE, l'enfant est défini dans son article 1^{er} comme « tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable ». Il s'agit d'une acception large du terme qui peut varier selon les disciplines qui traitent du sujet.

Le code civil français prévoit de son côté que « le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a pas encore atteint l'âge de dix-huit ans accomplis et qui est en conséquence frappé d'incapacité juridique sauf en cas d'émancipation ».



Références documentaires et juridiques :

- > Code civil, art. 372-1, 372-2, 371-4, 373
- > Code civil, art. 310-1 à 414, 1240 à 1242
- > Convention relative aux droits de l'enfant, 20 novembre 1989
- > Charte de l'enfant hospitalisé, 1988

02. L'AUTORITÉ PARENTALE

Dispositif juridique

LA DÉFINITION DE L'AUTORITÉ PARENTALE

L'autorité parentale est définie par l'article 371-1 du code civil comme un ensemble de droits et devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Si cette autorité appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant, c'est dans le but de le protéger :

- dans sa sécurité,
- dans sa santé,
- dans sa vie privée,
- dans sa moralité.

La finalité de ces trois attributions étant d'assurer l'éducation du mineur et de permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. L'autorité parentale doit s'exercer sans violences physiques ou psychologiques. Et les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.



A noter

Les actes de l'autorité parentale n'ont pas tous la même portée. Le code civil opère une distinction entre les actes usuels (qui peuvent être réalisés par un seul parent; le consentement de l'autre étant présumé) et les actes non usuels qui impliquent l'accord exprès des deux titulaires de l'autorité parentale. Réglementairement, il n'existe pas de liste précise définissant les actes usuels et non usuels et la caractérisation des actes est parfois difficile à établir dans le domaine des soins.

 fiche 11

LES MODALITÉS D'EXERCICE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

L'autorité parentale est en principe exercée en commun par le père et la mère.

Ce principe de l'exercice conjoint de l'autorité parentale impose que l'on obtienne l'accord du père et de la mère pour toute décision concernant le mineur, à l'exception des actes usuels de la vie courante pour lesquels chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre à l'égard des tiers de bonne foi (article 372-2 du code civil).  **fiche 11**

Il s'applique à tous les parents qu'ils soient mariés (peu importe le sexe des parents) ou non (pacsés ou en concubinage si l'enfant a été reconnu par le père), séparés ou divorcés. La séparation des parents est en effet sans incidence sur les règles d'application de l'exercice de l'autorité parentale (article 373-2 du code civil).

L'autorité parentale peut être exercée par un seul parent.

Toutes les hypothèses d'exercice de l'autorité parentale par un seul parent sont énumérées de manière limitative par les textes :

- Si la filiation de l'enfant est établie à l'égard d'un seul des parents plus d'un an après sa naissance;
- Si l'un des parents est hors d'état de manifester sa volonté, en raison de son incapacité, de son absence ou de toute autre cause tel un éloignement dû à son travail, sa fonction ou une mission (par exemple : parent militaire en mission);
- Si l'un des parents est décédé;
- Si le juge décide de confier l'exercice de l'autorité parentale à l'un des deux parents, lorsque l'intérêt de l'enfant l'exige;

Dans cette hypothèse, le parent privé de l'autorité parentale conserve un droit de visite et d'hébergement, sauf motifs graves. Il dispose également du droit et du devoir de surveiller l'entretien et l'éducation de l'enfant. Il doit être informé des choix importants relatifs à la vie de ce dernier.

● Si le juge décide de retirer totalement ou partiellement l'autorité parentale :

- Au parent qui met manifestement en danger la sécurité, la santé ou la moralité de l'enfant (mauvais traitements, soit par une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques ou un usage de stupéfiants, soit par une conduite notoire ou des comportements délictueux, soit par un défaut de soins ou un manque de direction).
- Au parent qui s'abstient volontairement pendant plus de deux ans d'exercer les droits et devoirs qu'il avait conservé malgré la mesure d'assistance éducative (exemple : le parent qui ne prend pas de nouvelle de l'enfant).
- Au parent condamné comme auteur, coauteur ou complice d'un crime ou d'un délit commis sur la personne de leur enfant ou par l'enfant lui-même.

La loi n° 2024-233 du 18 mars 2024 renforce la protection des mineurs victimes et co-victimes de violences intrafamiliales, en particulier à caractère sexuel. Leur vulnérabilité rend particulièrement intolérables toutes les atteintes commises à leur encontre, dans la sphère intrafamiliale. Son article 1^{er} prévoit, à l'article 378-2 du code civil, un dispositif de suspension automatique de l'exercice de l'autorité parentale et des droits de visite et d'hébergement du parent dans certaines hypothèses et renforce la protection des enfants victimes en modifiant, à l'article 378 du code civil, les règles relatives au retrait de la titularité de l'autorité parentale et de son exercice.

 A noter

Le retrait total porte de plein droit sur tous les attributs tant patrimoniaux que personnels se rattachant à l'autorité parentale. Le retrait partiel est limité aux attributs spécifiés dans la décision du juge.

La délégation de l'autorité parentale

- à la demande des parents
- à la demande d'un tiers

L'exercice de l'autorité s'effectue par le délégataire sur décision de justice

La déchéance de l'autorité parentale

- Perte partielle ou totale des attributs liés à l'exercice de l'autorité parentale
- selon la décision du juge.
 - consentement : à voir quels actes sont envisageables ou pas / plus de consentement possible par le parent déchu.
 - les informations à donner au parent déchu sur le mineur demeurent toujours.

LES CAS SPÉCIFIQUES D'EXERCICE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Le cas des père et mère dont l'enfant bénéficie d'une mesure d'assistance éducative.

Dans cette hypothèse chacun des parents conserve sur l'enfant l'autorité parentale et en exerce tous les attributs qui ne sont pas inconciliables avec l'application de la mesure. Ainsi, lorsque le juge estime nécessaire de retirer l'enfant de son milieu actuel en décidant de le confier à l'autre parent, à un membre de la famille ou à un tiers digne de confiance, à un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, à un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, seul le lieu de résidence du mineur est modifié. Les parents, sauf exception, conservent pleinement le droit d'être associé à l'ensemble des décisions concernant le mineur.

Le cas de l'exercice de l'autorité parentale dans une famille adoptive.

L'autorité parentale s'exerce différemment selon le type d'adoption dont a bénéficié le mineur :

- En cas d'adoption simple : l'adopté conserve tous ses liens avec sa famille d'origine. L'exercice de l'autorité parentale est exclusivement et intégralement attribuée au parent adoptif, sauf s'il s'agit de l'adoption d'un enfant de l'époux, du partenaire de Pacs ou du concubin, elle est exercée en commun. Dans cette hypothèse, le parent adoptif peut exercer l'autorité parentale uniquement s'il effectue avec l'autre membre du couple une déclaration conjointe devant le tribunal judiciaire.
- En cas d'adoption plénière : donne à l'adopté une filiation qui remplace sa filiation d'origine. L'autorité parentale est exclusivement et intégralement attribuée au parent adoptif. En cas d'adoption de l'enfant de l'époux, du partenaire de Pacs ou du concubin, l'autorité parentale est exercée en commun par les deux membres du couple.

Le cas de la famille recomposée.

Il n'existe actuellement aucune disposition juridique accordée en faveur de la « belle-mère » ou du « beau-père » d'un enfant avec lequel le parent vit en couple ou s'est remarié. L'autorité parentale repose uniquement sur le parent de l'enfant.

FAQ

1 Une mineure ayant eu un enfant est-elle détentrice de l'autorité parentale sur son enfant ?

L'autorité parentale appartient aux père et mère. Aucune référence à l'âge des parents n'est mentionnée dans le code civil. Dès lors, une mineure a l'autorité parentale sur son enfant. Il en ira de même pour le père mineur s'il reconnaît l'enfant avant l'âge d'un an.

2 Qu'en est-il des droits des grands-parents vis-à-vis de du mineur ?

S'agissant des grands-parents, il est important de rappeler qu'ils ont le droit d'entretenir des relations personnelles avec leurs petits-enfants, sauf motifs graves constatés par le juge (article 371-4 du code civil). Ils conservent donc, à l'hôpital, un droit de visite.

3 Dans quels cas un mineur peut-il être émancipé ?

Un mineur de 16 ans peut être émancipé à la demande de son ou ses parents sur décision du juge des contentieux et de la protection. Il aura la capacité de tous les actes de la vie civile excepté certains actes jugés graves qui lui sont interdits : se marier ou consentir à son adoption sans le consentement de ses parents, être commerçant sans l'autorisation du juge du contentieux et de la protection au moment de son émancipation.

4 Quelle démarche effectuer en cas de désaccord sur les soins importants entre les deux parents ?

Si les deux titulaires de l'autorité parentale ne sont pas en accord, il revient au juge aux affaires familiales de trancher les conflits parentaux relatifs à une décision médicale.

Recommandations

- Vérifier l'identité des parents et l'attribution de l'autorité parentale.
- Ne jamais favoriser un parent par rapport à l'autre en cas de mésentente entre ceux-ci.
- Ne pas oublier que les grands-parents et les beaux-parents n'exercent pas l'autorité parentale et n'ont aucun droit concernant toute décision relative aux soins de l'enfant.
- Saisir le substitut du procureur de la République, en cas de doute sur les conditions d'exercice de l'autorité parentale ou de problème particulier lié à celui-ci.
- Insérer les pièces justificatives quant au régime de l'autorité parentale dans le dossier du mineur.
- Assurer la traçabilité de la démarche suivie dans le dossier du mineur.



Références documentaires et juridiques :

- > *Code civil, art. 372-1, 372-2, 371-4, 373*
- > *Code de la santé publique, art. L.3211-10, R.1112-35*
- > *Circulaire du 19/10/2009 DGOS relative aux règles de facturation dans les établissements de santé*
- > *Circulaire du 22 août 2024 de présentation des dispositions issues de la loi n° 2024-233 du 18 mars 2024 visant à mieux protéger et accompagner les enfants victimes et co-victimes de violences intrafamiliales (NOR : JUSC2419274C)*

03.

LA SITUATION DES ENFANTS CONFIÉS À L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE

Dispositif juridique

PRÉSENTATION DE L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE

L'Aide sociale à l'enfance (ASE) est un service du département, placé sous l'autorité de son président et compétent en matière de protection de l'enfance. Son objectif principal est de venir en aide aux enfants (et aux jeunes majeurs de moins de 21 ans) et à leur famille par des actions de prévention, de protection et de lutte contre la maltraitance.

L'article L.221-1 du code de l'action sociale et des familles détaille les missions dont est chargée l'ASE, et notamment :

- Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs ;
- Mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des situations de danger à l'égard des mineurs et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le recueil et la transmission des informations préoccupantes relatives aux mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être, ou dont l'éducation ou le développement sont compromis ou risquent de l'être, et participer à leur protection ;
 - o Veiller au repérage et à l'orientation des mineurs victimes ou menacés de violences sexuelles, notamment des mineures victimes de mutilations sexuelles ;
 - o Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique au mineur qui se livre à la prostitution, même occasionnellement, réputé en danger.

Le service contrôle les personnes physiques ou morales à qui il a confié des mineurs, en vue de s'assurer des conditions matérielles et morales de leur placement.

Environ 340 000 jeunes vivent «sous protection» en France, dont environ 50% sont placés en foyers ou en familles d'accueil. Selon le rapport de l'Observatoire national de la protection de l'enfance, en 2022, les enfants de l'ASE sont moins bien pris en charge que les autres sur le plan médical.

Or la santé des enfants protégés soulève des questions spécifiques en raison de leur profil, de leur vécu et de leurs besoins. L'article L.223-1-1 du CASF prévoit qu'un bilan de santé et de prévention doit être obligatoirement réalisé à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. Il permet d'engager un suivi médical régulier et coordonné, lequel formalise une coordination de parcours de soins, notamment pour les enfants en situation de handicap. Il identifie les besoins de prévention et de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant, qui doivent être intégrés au projet pour l'enfant.

LES DISPOSITIFS DE L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE

Un panel de mesures et d'aides est à disposition de l'ASE pour le bénéfice de l'enfant : soit par un soutien aux familles à leur domicile, soit par un accueil et la prise en charge des mineurs confiés. L'ASE veille à la stabilité du parcours de l'enfant confié et au maintien des liens d'attachement noués par l'enfant.

Les aides à domicile

Lorsque la santé de l'enfant, sa sécurité, son entretien ou son éducation l'exigent, une aide à domicile peut être décidée. Elle vise à maintenir l'enfant dans son milieu habituel (ou à faciliter le retour à domicile après une prise en charge en dehors du milieu familial).



Les mesures de placement

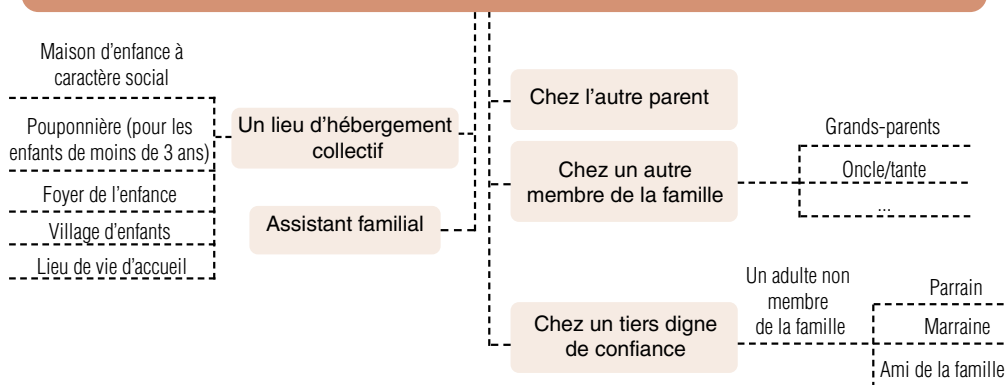
Le placement de l'enfant pour une durée plus ou moins longue est une décision qui apparaît parfois nécessaire voire indispensable dans son intérêt immédiat. Le placement a pour objectif d'assurer sa sécurité, sa santé, son éducation, son développement social et culturel, son épanouissement personnel.

Le placement peut être décidé dans un cadre administratif, avec l'accord des détenteurs de l'autorité parentale, ou sur décision judiciaire.

En effet, si la situation le nécessite, le juge des enfants peut décider de confier l'enfant hors de son milieu actuel et alors de recourir à une mesure de placement du mineur soit chez un membre de la famille, soit chez un tiers digne de confiance, soit à un service départemental de l'ASE, soit à un service ou à un établissement habilité, soit à un établissement d'accueil ou hospitalier. Le placement de l'enfant intervient en dernier recours, lorsque son maintien dans son environnement familial n'est pas possible. [🔍 fiche 7](#)

En cas d'urgence, le procureur de la République peut ordonner le placement provisoire d'un mineur. À charge pour lui de saisir le juge des enfants, qui décidera des suites à donner (article 375-5 du code civil).

Les différents types de placement



A noter

La prise en charge étant individualisée, le type de placement doit être le plus adapté à l'enfant. Le décret n°2024-119 du 16 février 2024 prévoit qu'en cas de manque de place dans les structures spécialisées, un accueil à titre exceptionnel dans des structures telles que des centres d'hébergement dits « jeunesse et sport » est possible (par exemple, un centre de colonies de vacances).

LES CONSÉQUENCES LORS DES SOINS

Sur l'autorité parentale

Lorsqu'un patient relève de l'ASE, il est nécessaire de clarifier sa situation au regard de l'autorité parentale. Ainsi, chaque situation est singulière mais les parents ont de droit un rôle pour tout ce qui concerne sa santé, variable selon les décisions rendues.

L'autorité parentale est définie par l'article 371-1 du code civil comme un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.

 **fiche 2**

Quand l'enfant est placé, l'autorité parentale continue d'être exercée par les père et mère mais son exercice peut être aménagé pour des raisons pratiques. Ainsi, les actes dits usuels relèvent de l'établissement ou du particulier auquel l'enfant a été confié.

Mais toutes les décisions importantes, qualifiées d'actes non usuels, continuent de relever en principe des parents. Dès lors, il est indispensable de déterminer ce qui relève de l'autorité parentale initiale et de l'autorité déléguée, c'est-à-dire les actes usuels et non usuels.

 **fiche 11**

A noter

L'article L.223-1-2 du CASF prévoit que lorsque l'enfant pris en charge par l'ASE est confié à une personne physique ou morale, une liste des actes usuels de l'autorité parentale que cette personne ne peut pas accomplir au nom de ce service sans lui en référer préalablement est annexée au projet pour l'enfant. Le projet pour l'enfant définit les conditions dans lesquelles les titulaires de l'autorité parentale sont informés de l'exercice des actes usuels de l'autorité parentale.

Le juge des enfants peut exceptionnellement, dans tous les cas où l'intérêt de l'enfant le justifie, autoriser la personne, le service ou l'établissement à qui est confié l'enfant à exercer un ou plusieurs actes déterminés relevant de l'autorité parentale. Par exemple, en cas de refus abusif ou injustifié ou en cas de négligence des détenteurs de l'autorité parentale ou lorsque ceux-ci sont poursuivis ou condamnés, même non définitivement, pour des crimes ou délits commis sur la personne de l'enfant, à charge pour le demandeur de rapporter la preuve de la nécessité de cette mesure.

En outre, des procédures de substitution de l'autorité parentale peuvent être mises en place pour protéger l'enfant de ses parents, si cela est nécessaire (délégation, retrait...).

Les établissements de santé doivent donc connaître la place qui revient à chaque parent et les éventuelles limites à l'exercice de leur autorité parentale. Il est indispensable que la personne qui accompagne le patient mineur lors des soins (assistant familial, éducateur spécialisé, etc.) communique à l'établissement de santé toutes les informations permettant le respect des droits et obligations de chacun. En tout état de cause, en cas d'urgence ou de soins indispensables pour préserver la santé du jeune patient, le professionnel de santé doit faire primer l'intérêt supérieur de l'enfant.



A noter

Dans la partie consacrée aux établissements publics de santé du code de la santé publique, l'article R. 1112-36 prévoit que « *Lorsque le malade relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur adresse sous pli cacheté dans les 48 heures de l'admission au service médical de l'aide à l'enfance le certificat confidentiel du médecin chef de service indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation* ».

Sur le secret professionnel

La volonté d'améliorer la prise en charge médicale des enfants protégés et la cohérence de leurs parcours de soins doit aussi être conciliée avec les dispositions relatives au secret professionnel et au droit au respect de la vie privée des patients, tels que posés à l'article L. 1110-4 du CSP. Les professionnels participant à la prise en charge d'une même personne peuvent, échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne, et du périmètre de leurs missions (articles R. 1110-1 et R. 1110-3 du CSP).

Les professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations doivent être selon l'article R.1110-2 du CSP :

- Professionnels de santé (quel que soit leur mode d'exercice) ;
- Ou, notamment,
 - o assistants de service social ;
 - o ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et psychothérapeutes non professionnels de santé par ailleurs, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux ;
 - o assistants maternels et assistants familiaux ;
 - o éducateurs et aides familiaux, personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs, personnels permanents des lieux de vie ;
 - o non-professionnels de santé salariés des établissements et services et lieux de vie et d'accueil, ou y exerçant à titre libéral en vertu d'une convention.



A noter

La Cour de cassation, par une décision du 8 juin 2021, a affirmé que les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre ou apportent leur concours à la politique de la protection de l'enfance sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier, après en avoir informé les personnes responsables du mineur.

En l'espèce, la mère d'un enfant avait déposé plainte pour violation du secret professionnel contre deux médecins pour avoir, au cours d'une réunion de synthèse organisée sous l'égide du conseil général, partagé des éléments à caractère secret avec des membres du service d'éducation spéciale et de soins à domicile, une assistante sociale de secteur, le directeur de l'école et l'institutrice spécialisée du mineur. Le compte rendu de la réunion avait été joint à un signalement du conseil général au procureur de la République aux fins d'ouverture d'une mesure d'assistance éducative pour le mineur.



FAQ

1 Est-ce que le patient mineur confié à l'ASE peut bénéficier de soins dans le secret, à la fois vis-à-vis des titulaires de l'autorité parentale et de son assistant familial et directeur de foyer ?

Oui, ce droit prévu à l'article L. 1111-5 du CSP est au bénéfice de tout mineur, sans distinction (qu'il soit ou non protégé). Dans son rapport sur la santé des enfants protégés, l'Observatoire national de la protection de l'enfance souligne que ces dispositions essentielles doivent être connues de l'ensemble des professionnels intervenant au titre de la protection de l'enfance. [🔍 fiche 12](#)

2 Qu'est-ce que la PJJ (protection judiciaire de la jeunesse) ?

Comme l'ASE, il s'agit d'un dispositif pour protéger les mineurs. Mais la PJJ les accompagne et les protège dans un cadre judiciaire, c'est-à-dire sur décision de justice, lorsqu'ils sont en danger ou qu'ils ont commis une infraction. Son rôle est d'éduquer, de protéger, de garantir l'insertion sociale, scolaire et professionnelle des mineurs, et de lutter contre la récidive. La PJJ est une des directions du Ministère de la Justice.

Recommandations

- Veiller à ne pas présumer la position de retrait d'un des parents alors qu'il reste titulaire de l'autorité parentale lorsque l'enfant est confié à l'ASE.
- En cas de doute, faire préciser à la personne en charge de l'enfant les actes usuels de l'autorité parentale qu'elle peut accomplir seule.
- Tracer dans le dossier médical du patient les échanges avec vos interlocuteurs à l'ASE lors de sa prise en charge.
- Demander la production du jugement sur l'autorité parentale, le placement, la mesure d'assistance éducative...



Références documentaires et juridiques :

- > *Code de l'action sociale et des familles*, art. L.221-1, L.223-1-1, L.223-1-2
- > *Code civil*, art. 371-1
- > *Code de la santé publique*, art. L.1110-4, L.1111-5, R.1110-1, R.1110-2, R.1110-3, R.1112-36
- > *Cass, ch. crim.*, 8 juin 2021, n°20-86.00
- > *Guide de la justice des mineurs*, Ministère de la justice, éditions spéciales playBac, janvier 2022
- > *Observatoire national de la protection de l'enfance, La santé des enfants protégés, Seizième rapport au Gouvernement et au Parlement*, juillet 2022

04.

LE MINEUR ÉTRANGER NON ACCOMPAGNÉ

Dispositif juridique

LE STATUT DU MINEUR ÉTRANGER NON ACCOMPAGNÉ

Un mineur non accompagné (MNA) est un enfant de moins de 18 ans, de nationalité étrangère, présent sur le territoire français sans être accompagné d'un adulte responsable (titulaire de l'autorité parentale ou représentant légal). Sa situation doit avoir fait l'objet d'une évaluation, conduite par le conseil départemental, concluant à son âge et à son isolement familial.

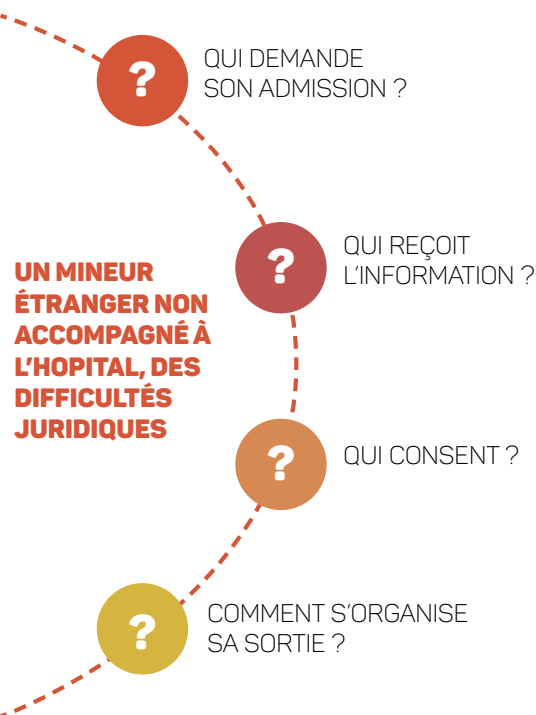
Les MNA sont avant tout des enfants et doivent donc bénéficier de l'ensemble des droits prévus par la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE). 🔍 [fiche 1](#)

Les articles L. 112-3 et L. 221-2-2 du code de l'action sociale et des familles font référence à la notion de « mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille » et précisent qu'ils entrent dans le droit commun de la protection de l'enfance et relèvent donc à ce titre de la compétence des départements.

Le parcours de soins des mineurs étrangers non accompagnés est particulièrement complexe à organiser en raison de leur errance souvent persistante, de leur allophonie, de leur méconnaissance de notre système de santé, ... Une réelle coordination entre les différents acteurs, dont l'hôpital, est nécessaire afin de faciliter leur suivi.

Selon la Fédération hospitalière de France, « *dans l'objectif d'une reprise du parcours de soins pour un MNA, le séjour hospitalier doit être l'occasion d'une évaluation globale de sa situation (accès à une couverture sociale, mise à l'abri, lien avec les services de protection de l'enfance)* ». Par ailleurs, la place des permanences d'accès aux soins (Pass) dans les établissements de santé devrait être renforcée afin de répondre à l'évolution du nombre de mineurs non accompagnés sur le territoire.

LA PRISE EN CHARGE À L'HÔPITAL



Comme pour tout patient mineur, c'est l'intérêt supérieur du MNA qui doit primer sur toute autre considération. Le Défenseur des droits a rappelé qu'un mineur isolé étranger est avant toute chose un mineur vulnérable qui, accessoirement, se trouve être de nationalité étrangère (Décision n°MDE-2012-179, 21 décembre 2012).

Dans un contexte d'urgence, la priorité est donnée à la délivrance des soins nécessaires.

Hors urgence, la règle du consentement aux soins donné par le ou les titulaires de l'autorité parentale telle que prévue à l'article L. 1111-4 du code de la santé publique ne pouvant être appliquée à la situation particulière du MNA, une instruction ministérielle du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants donne une conduite à tenir :

« Pour les personnes qui indiquent être mineures, et sans représentation légale, la question du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour les soins se pose. En l'absence de représentation légale, par analogie avec les articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du code de la santé publique, si le mineur est accompagné par un majeur de son choix, les médecins et les sage-femmes peuvent mener des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention s'imposant pour sauvegarder la santé des mineurs non accompagnés. Les infirmiers peuvent également mener de telles actions pour les questions relatives à la santé sexuelle ».

En tout état de cause, l'article R. 1112-35 du CSP prévoit que lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risque d'être compromise par l'impossibilité de recueillir le consentement du représentant légal du mineur, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer l'ouverture des mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

A noter que si le MNA a été pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance (ASE), les actes dits usuels relèvent de l'établissement ou du particulier auquel l'enfant a été confié.

 fiche 3

De même, il peut bénéficier d'une décision judiciaire de délégation de l'exercice de l'autorité parentale ou l'ouverture d'une tutelle à la personne pour tout acte considéré comme non usuel.

Enfin, comme tout patient mineur, le MNA doit être associé aux décisions qui le concernent, selon son degré de maturité ; son consentement doit être recherché et le cas échéant tracé dans son dossier médical.

Le recours à un interprète

Il est important de recourir à un interprète, ou à des supports visuels adaptés, autant que de besoin afin de s'assurer de la bonne compréhension par le patient des informations délivrées.

En instaurant un climat de confiance, le patient pourra se sentir autorisé à s'exprimer librement. Dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à l'accompagnement des mineurs isolés étrangers, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et sociaux et médico-sociaux (depuis intégrée à la Haute Autorité de Santé), précise que *« l'interprète utilisé parfois en tant que médiateur, favorise la connaissance, par le professionnel de santé, du pays et de la culture d'origine du jeune, occasionnant un gain de temps dans la prise en charge. Il facilite et apaise la relation avec les MNA en leur donnant de l'assurance, la possibilité de s'exprimer librement dans la langue maternelle, langue dans laquelle on exprime le mieux les émotions »*.

L'établissement de santé doit consulter les services de l'ASE pour déterminer la conduite à tenir à l'issue de l'hospitalisation. Le procureur de la République est contacté en cas de situation de danger.

En tout état de cause, le patient devrait quitter l'hôpital avec les documents nécessaires à la suite de sa prise en charge sanitaire.

FAQ

1. Un examen osseux est-il obligatoire pour les mineurs étrangers non accompagnés ?

Le Conseil Constitutionnel a rappelé dans sa décision du 21 mars 2019 (n°2018-768 QPC) que cet examen ne peut être ordonné qu'à titre subsidiaire, si la personne en cause n'a pas de documents d'identité valables et si l'âge qu'elle allègue n'est pas vraisemblable. En outre, cet examen ne peut intervenir qu'après que le consentement éclairé de l'intéressé ait été recueilli, dans une langue qu'il comprend.

Recommandations

- Mettre en place un dispositif d'accueil spécifique au sein de l'établissement pour les mineurs étrangers non accompagnés.
- Dès l'arrivée du patient, rechercher s'il a été ou non confié au service de l'Aide sociale à l'enfance et s'il bénéficie d'un représentant légal.



Références documentaires et juridiques :

- Code de l'action sociale et des familles, art. L. 111-1, L. 112-3, L. 223-2, R. 221-11
- Code civil, art. 388
- CE, 13 mars 2019, n° 427708
- Conseil Constitutionnel, décision n°2019-797 QPC du 21 mars 2019
- Défenseur des droits, Décision n°MDE-2012-179, 21 décembre 2012
- Défenseur des droits, Rapport « Les mineurs non accompagnés au regard du droit » – février 2022
- ANESM/HAS, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers », décembre 2017
- Fédération hospitalière de France, L'accueil des enfants à l'hôpital public, Les propositions de la FHF, 2019

05. LES DROITS DU PATIENT MINEUR À L'HÔPITAL

Dispositif juridique

La plupart des principes généraux qui régissent les droits des patients hospitalisés sont transposables aux patients mineurs qui possèdent par ailleurs des droits spécifiques. L'exercice des droits appartient par principe aux parents ou au tuteur. Mais le mineur peut en exercer en partie de manière autonome selon son degré de maturité et s'il est capable d'apprécier raisonnablement ses intérêts.

DES DROITS...

La loi du 4 mars 2002 reconnaît aux patients majeurs et mineurs un certain nombre de droits fondamentaux : notamment le droit à l'information, le droit au consentement, le droit d'accès à son dossier médical.

 [fiches 9, 10 et 15](#)

Le droit à la scolarité

L'article L. 111-2 du code de l'éducation dispose que « tout enfant a droit à une formation scolaire qui, complétant l'action de sa famille, concourt à son éducation. » Si le code civil pose le devoir d'éducation des titulaires de l'autorité parentale à l'égard de l'enfant (article 371-1), un autre texte aborde la question du suivi scolaire de l'enfant hospitalisé (quelle que soit la durée de cette hospitalisation). Ainsi, l'article L. 1110-6 du code de la santé publique prévoit que: « dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein des établissements de santé. »

Le droit à la présence des parents

La présence des parents auprès de l'enfant hospitalisé est une des applications pratiques du droit de garde et de surveillance des titulaires de l'autorité parentale. Cette présence traduit tant le devoir de protection des parents, qu'une prérogative qui leur est reconnue, dans l'intérêt de l'enfant.

A noter

La séparation des parents est sans impact sur le droit de l'enfant à la présence de ses deux parents. Il en est de même si un seul des deux parents a la garde de l'enfant. Par ailleurs, il ne faut pas confondre autorité parentale, qui induit des prérogatives décisionnelles, et qualité de parent, notion qui sous-tend le maintien et l'entretien de liens avec l'enfant. Dès lors, quelle que soit la situation familiale, l'enfant doit donc pouvoir compter sur la présence de l'un et de l'autre.

Sur le plan pratique, l'établissement de santé et ses professionnels ne peuvent par principe s'opposer à la présence d'un parent auprès de son enfant. Les professionnels de santé doivent conserver une attitude de réserve et de retenue à leur égard et de la relation que ceux-ci entretiennent avec leur enfant. Ce n'est que si la présence des parents présente un danger pour le mineur (par exemple en cas de maltraitance) que les professionnels peuvent intervenir, et le cas échéant saisir le magistrat compétent.

 fiche 16



Le droit de visite

La loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie a consacré le droit de visite en établissement de santé. Désormais, l'article L.1112-2-1 du CSP prévoit que ces derniers « *garantissent le droit des personnes qu'ils accueillent de recevoir chaque jour tout visiteur de leur choix. Sauf si le patient en exprime le souhait, aucune visite ne peut être subordonnée à une information préalable de l'établissement. Le directeur de l'établissement ne peut s'opposer à une visite que si elle constitue une menace pour l'ordre public à l'intérieur ou aux abords de l'établissement ou si le médecin responsable de la prise en charge du patient ou, à défaut, tout autre professionnel de santé estime qu'elle constitue un risque pour la santé de la personne hospitalisée, pour celle des autres patients ou pour celle des personnes qui y travaillent. Une telle décision, motivée, est notifiée sans délai au patient et à la personne sollicitant la visite* ».

Cet article n'évoque pas la situation des patients mineurs. En tout état de cause, leur droit de recevoir des visites s'exerce sous la vigilance des titulaires de l'autorité parentale. Ces derniers ne peuvent systématiquement s'opposer à la visite des grands-parents et ascendants, dans la mesure où l'enfant « *a le droit d'entretenir des relations personnelles avec ses ascendants. Seul l'intérêt de l'enfant peut faire obstacle à l'exercice de ce droit. Si tel est l'intérêt de l'enfant, le juge aux affaires familiales fixe les modalités des relations entre l'enfant et un tiers, parent ou non* » (article 371-4 du code civil).

... ET DES OUTILS

Il existe plusieurs outils pour la mise en œuvre des droits du patient mineur en établissement de santé, et notamment :

La charte des droits de l'enfant

La charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé, rédigée à Leiden en 1988 lors de la première conférence européenne des associations « Enfants à l'hôpital » reprend les grands droits des personnes qu'elle applique aux enfants hospitalisés :

- 1.** L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
- 2.** Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.
- 3.** On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.
- 4.** Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.
- 5.** On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.
- 6.** Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.
- 7.** L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.

- 8.** L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.
- 9.** L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.
- 10.** L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

Le livret d'accueil

La Haute Autorité de Santé souligne l'importance de la remise d'un livret d'accueil adapté à l'âge et à la compréhension des enfants et adolescents, ainsi que l'affichage dans les services de la charte européenne de l'enfant hospitalisé (HAS, Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins, version 2024).

Le règlement intérieur

Le règlement intérieur définit les éléments essentiels de la vie institutionnelle, l'organisation administrative et médicale de l'hôpital, et précise les règles applicables tant aux patients qu'aux personnels. Il revient à chaque établissement de santé d'adapter au sein de son règlement intérieur les droits concernant les mineurs. Leur bonne application relève de la compétence du directeur de l'hôpital, chargé de la police administrative, d'une manière générale, de celle de tous les personnels de la structure.

La commission des usagers

Dans chaque établissement de santé, une commission des usagers (CDU) a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge (article L. 1112-3 du CSP).

FAQ

1 Une méconnaissance de la charte de l'enfant hospitalisé peut-elle constituer une faute de nature à engager la responsabilité d'un établissement de santé ?

La charte n'a pas de portée juridique en droit français. Toutefois, de nombreuses circulaires concernant la prise en charge de l'enfant à l'hôpital sont inspirées par les principes contenus dans la charte, telles que la circulaire n° 83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants, la circulaire du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents ou encore la circulaire n° DH/EO3/98/688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie. Par conséquent, la charte de l'enfant hospitalisé « *a le caractère de recommandation et ne présente aucun caractère contraignant, son éventuelle méconnaissance ne pouvant être regardée comme une faute de nature à engager la responsabilité du service public hospitalier* » (Cour administrative d'appel de Paris, 7 novembre 2016, n° 15PA02481).

Recommandation

- Veiller à l'application des règles inscrites dans la charte des droits de l'enfant et, plus largement, de tous les textes concernant l'hospitalisation des enfants.



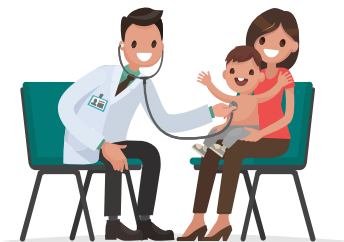
Références documentaires et juridiques :

- > Code civil, art. 371-1, 371-4
- > Code de l'éducation, art. L. 111-2
- > Code de la santé publique, art. L. 1110-6, L. 1112-2-1, L. 1112-3
- > Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé, rédigée à Leiden en 1988
- > CAA Paris, 7 novembre 2016, n° 15PA02481
- > HAS, Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins, version 2024

06. L'ADMISSION DU MINEUR

Dispositif juridique

L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe, ou en hôpital de jour (Charte de l'enfant hospitalisé, article 1^{er}). Si l'hospitalisation est nécessaire, il est préférable qu'elle soit proche du domicile et que sa durée soit réduite au minimum. L'alternative à l'hospitalisation conventionnelle doit être favorisée quand le contexte environnemental, social et humain est favorable : hospitalisation à domicile, hôpital de jour ou de nuit, consultations externes, etc. (Haute Autorité de Santé, « Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé Certification V2010 », décembre 2011).



L'ADMISSION PROGRAMMÉE

L'admission d'un mineur est prononcée par le représentant légal de l'établissement – le directeur – sur l'avis d'un médecin ou d'un interne, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire, muni du certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement.

Lors de l'admission, il faut :

- Vérifier systématiquement l'identité des accompagnants et le régime d'exercice de l'autorité parentale.
- S'assurer de l'accord d'au moins un titulaire de l'autorité parentale pour l'hospitalisation; si l'accompagnant n'est pas titulaire de l'autorité parentale, il faut joindre l'un des deux titulaires.
- Recueillir les coordonnées (adresse, téléphone) des deux titulaires de l'autorité parentale.

Ainsi, un certain nombre de documents sont à joindre au dossier médical du patient mineur :

Les pièces permettant de justifier de l'exercice de l'autorité parentale ou de l'émancipation

Carte d'identité du (ou des) titulaires de l'autorité parentale
Livret de famille
Eventuelles décisions de justice de l'accompagnant

Les pièces justifiant de l'ouverture des droits

Carte vitale de la personne assurant l'enfant (carte vitale de l'enfant de plus de 16 ans)

Autres documents

Tout autre attestation de prise en charge; couverture complémentaire (carte mutuelle, CMU, AME, etc...)
La fiche individuelle d'admission: il est recommandé qu'elle soit signée par un titulaire de l'autorité parentale, cette formalité, non obligatoire, permettant d'attester de la demande d'admission

Attention : en l'absence de pièces justificatives probantes, la procédure d'admission peut être suspendue, sauf en cas d'urgence.

Les situations particulières

- Les mineurs relevant de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) : l'admission d'un mineur que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier est prononcée respectivement à la demande du directeur de cet établissement ou de celle du gardien (article R. 1112-34 alinéa 2 du CSP).
- Les mineurs relevant du service de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) : « *L'admission est prononcée à la demande de ce service, sauf si le mineur a été confié à ce service par ses père, mère ou tuteur. Toutefois, lorsque ceux-ci ne peuvent être joints en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance* » (article R. 1112-34 alinéa 3 du CSP). Le directeur adresse sous pli cacheté, dans les 48 heures de l'admission au service médical de l'aide à l'enfance, le certificat confidentiel du médecin chef de service indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation (article R. 1112-36 du CSP).

**A noter**

La préparation du séjour de l'enfant à l'hôpital :

Il est conseillé de communiquer au patient, selon son âge et son degré de maturité ainsi qu'à ses parents toutes les informations indispensables au bon déroulement de son séjour. Le livret d'accueil de l'établissement peut être remis par anticipation, ainsi que le cas échéant un livret d'accueil adapté à la compréhension des plus jeunes, ou une brochure explicative qui répondra aux questions et attentes de tous.

L'ADMISSION EN URGENCE

En cas d'urgence, la priorité est toujours donnée aux soins. Le médecin délivre les soins nécessaires, en présence ou hors présence des parents. Toutefois, l'établissement de santé doit tout mettre en œuvre pour contacter les représentants légaux du patient le plus rapidement possible. Le code de déontologie médicale indique notamment que l'urgence ne dispense pas le médecin de s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal pour obtenir leur consentement.

Toute la démarche effectuée doit être tracée dans le dossier médical du patient mineur, et notamment les éléments d'appréciation médicale justifiant l'urgence.

L'ADMISSION À LA DEMANDE DU MINEUR

Dans certaines circonstances, l'admission du mineur peut être prononcée sur sa seule demande : par exemple, le mineur émancipé et les soins dans le secret.

 **fiche 12**



Références documentaires et juridiques :

- > *Code civil*, art. 375-9
- > *Code de la santé publique*, art. L.3211-10, L.3213-1, R.1112-34, R.1112-36
- > *Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé*, rédigée à Leiden en 1988
- > Haute Autorité de Santé, « *Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé Certification V2010* », décembre 2011

FAQ

1 Est-ce que l'admission d'un patient mineur en psychiatrie répond à des exigences particulières ?

L'admission du mineur en psychiatrie relève d'un cadre juridique complexe. Le droit prévoit ainsi deux grandes catégories d'hospitalisation pour les mineurs en psychiatrie :

- Soit à la demande des représentants légaux ;

Contrairement à une admission en Médecine-Chirurgie-Obstétrique, en psychiatrie il convient de recueillir l'accord des deux parents, de façon formelle, dès lors qu'ils partagent l'exercice de l'autorité parentale. En cas de désaccord entre eux, le juge aux affaires familiales statue (article L.3211-10 du CSP). Il s'agit ici d'un acte non usuel donc l'accord des deux titulaires de l'autorité parentale est nécessaire. En l'état du droit, le consentement du mineur à son hospitalisation doit être recherché mais n'est pas un préalable indispensable à l'admission. 🔍 **fiche 08**

- Soit à la demande d'une autorité publique, juge ou représentant de l'Etat (préfet).

L'article 375-9 du code civil prévoit le placement direct à l'hôpital psychiatrique sur décision du juge des enfants statuant dans le cadre de l'assistance éducative. Dans cette hypothèse, la décision est soumise à des conditions spécifiques, introduites par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : elle est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder 15 jours. La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable.

L'article L.3213-1 du CSP qui fixe les conditions d'admission en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat dans le département s'applique indifféremment aux patients majeurs et mineurs. Ainsi, le préfet prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié émanant d'un psychiatre extérieur à l'établissement d'accueil, l'admission des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

07.

FOCUS SUR L'ORDONNANCE DE PLACEMENT PROVISOIRE

Dispositif juridique

Le placement provisoire d'un mineur constitue une mesure d'assistance éducative prévue par le code civil. Le juge des enfants est compétent en la matière. Il reçoit les requêtes en assistance éducative et prend des mesures de protection judiciaire du mineur. Il peut également être saisi par le parquet ou directement par le mineur lui-même, les parents, le tuteur, la personne ou le service à qui l'enfant a été confié. 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 8 jours le juge compétent, qui maintiendra, modifiera ou rapportera la mesure.

Les principes sont les suivants :

- Chaque fois qu'il est possible, le mineur doit être maintenu dans son milieu actuel. Le juge peut toutefois subordonner le maintien de l'enfant dans son milieu à des obligations particulières, telles que celle de fréquenter régulièrement un établissement de santé ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé. Par exemple, le juge peut ordonner que le mineur soit pris en charge dans une structure extra-hospitalière de pédopsychiatrie, ou qu'il fasse l'objet d'examen.

- Si la protection de l'enfant l'exige, le juge des enfants peut décider de le confier, à un membre de la famille, à un service départemental de l'aide sociale à l'enfance (ASE), à un service ou à un établissement habilité pour l'accueil de mineurs, ou à un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé.

Un mineur peut ainsi faire l'objet d'une mesure de placement provisoire :

- Chez un tiers, avec obligation de recevoir des soins à l'hôpital,
- En établissement de santé, pour y recevoir des soins dans le cadre d'une prise en charge hospitalière.

Le procureur de la République ou le juge des enfants prend sa décision en stricte considération de l'intérêt de l'enfant, qu'il apprécie notamment à partir des éléments ainsi transmis pour garantir des modalités d'accueil adaptées (article 375-5 du code civil).

Un établissement de santé qui serait amené à prendre en charge un mineur faisant l'objet d'une OPP devra scrupuleusement respecter les conditions de la mesure de placement, et alerter le juge en cas de difficulté.

Le placement provisoire n'a pas, en lui-même, pour effet de retirer aux parents leur autorité parentale. Les parents continuent à être associés aux décisions qui concernent l'enfant. La loi précise d'ailleurs que :

« Les père et mère de l'enfant bénéficiant d'une mesure d'assistance éducative continuent à exercer tous les attributs de l'autorité parentale qui ne sont pas inconciliables avec cette mesure » (article 375-7 du code civil).

Toutefois, quand l'enfant est confié à un tiers (ASE, établissement de santé, membre de la famille...), l'exercice de l'autorité parentale doit être aménagé. S'agissant des visites, le code civil rappelle que :

- Le lieu d'accueil de l'enfant doit être recherché dans l'intérêt de celui-ci et afin de faciliter l'exercice du droit de visite et d'hébergement par le ou les parents et le maintien de ses liens avec ses frères et sœurs ;
- Les parents conservent un droit de correspondance ainsi qu'un droit de visite et d'hébergement ;
- Le juge en fixe les modalités et peut, si l'intérêt de l'enfant l'exige, décider que l'exercice de ces droits, ou de l'un d'eux, est provisoirement suspendu. Il peut également imposer que le droit de visite du ou des parents ne peut être exercé qu'en présence d'un tiers qu'il désigne (article 375-7 du code civil).



S'agissant des soins, la distinction pour l'exercice de l'autorité parentale entre actes usuels et non usuels continue de s'appliquer, avec des nuances.

« Pour des raisons pratiques, les actes dits usuels vont relever de l'établissement ou du particulier auquel l'enfant a été confié, comme par exemple aller chez le coiffeur. En revanche, toutes les décisions importantes relèveront en principe des parents, comme par exemple une intervention chirurgicale ; ce sont les actes non usuels. » - Guide de la justice des mineurs, Ministère de la Justice, 2021, page 37.

La loi pose une limite :

« Le juge des enfants peut exceptionnellement, dans tous les cas où l'intérêt de l'enfant le justifie, autoriser la personne, le service ou l'établissement à qui est confié l'enfant à exercer un ou plusieurs actes déterminés relevant de l'autorité parentale en cas de refus abusif ou injustifié ou en cas de négligence des détenteurs de l'autorité parentale ou lorsque ceux-ci sont poursuivis ou condamnés, même non définitivement, pour des crimes ou délits commis sur la personne de l'enfant, à charge pour le demandeur de rapporter la preuve de la nécessité de cette mesure ».



Une mesure d'assistance éducative,
pour protéger un mineur en danger

Décision relevant du juge des enfants



Placement à l'hôpital, ou placement chez
un tiers avec obligation pour le mineur
d'accéder à des soins



Autorité parentale maintenue;
mise en oeuvre adaptée



FAQ

1 En psychiatrie, quel intérêt d'une ordonnance de placement provisoire ?

La loi n'interdit pas que le mineur puisse faire l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat dans le département (article R.6123-200 du code de la santé publique). Toutefois, la pratique peut amener à privilégier que la prise en charge sous contrainte soit réalisée dans le cadre d'une mesure de placement provisoire, qui permet :

- De situer les décisions prises dans le cadre des dispositifs légaux de la protection de l'enfance en danger ;
- De placer le contrôle de la mesure sous la responsabilité du juge des enfants, ce qui peut paraître plus adapté qu'un contrôle judiciaire de droit commun.

Par ailleurs, la décision confiant le mineur, sur le fondement du 5° de l'article 375-3 du code civil, à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder 15 jours. La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable (article 375-9 du code civil).

Recommandations

- En cas d'accueil d'un mineur à l'hôpital sur décision du juge dans le cadre d'une mesure de placement provisoire, veiller à informer l'ensemble de l'équipe sur le respect des conditions judiciaires posées dans la mesure.
- En cas d'accueil à l'hôpital d'un mineur qui fait par ailleurs l'objet d'une mesure de placement provisoire, s'enquérir auprès de la personne ou de la structure d'accueil des mesures à prendre pour respecter la décision judiciaire.
- Adapter le lien avec les titulaires de l'autorité parentale (information, association décision...) en fonction du contenu de la mesure de placement.
- Alerter le juge des enfants en cas de difficulté rencontrée dans la prise en charge ou le respect des conditions de la mesure de placement.



Références documentaires et juridiques :

- > *Code civil, art. 375 et suivants*
- > *Guide de la justice des mineurs, Ministère de la justice, éditions spéciales playBac, janvier 2022*

08. LES SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DU MINEUR EN PSYCHIATRIE

Dispositif juridique

La plupart des situations de prise en charge d'un mineur ne diffèrent pas réellement entre la MCO et la psychiatrie. Cependant il existe quelques spécificités à prendre en compte.

L'ADMISSION DU MINEUR

En principe, l'admission d'un mineur au sein de l'établissement de santé est prononcée, sauf nécessité ou urgence, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire (article R. 1112-35 du code de la santé publique). La demande d'hospitalisation est considérée comme un acte usuel de l'autorité parentale. Or dans le cas de la psychiatrie, l'admission du mineur ne peut être prononcée qu'avec l'accord des deux parents détenteurs de l'autorité parentale (article L.3211-1 combiné à l'article L.3211-10 du CSP), lorsque les deux disposent de cette attribution. Aussi cette hospitalisation n'est pas considérée comme un acte usuel, mais un acte non usuel au vu des conséquences potentiellement graves, du moins importantes, de cette prise en charge.

 **fiches 2 et 11**

A noter

Le mineur est alors considéré en soins psychiatriques libres en application de l'article L.3211-2, alinéa 1^{er} du CSP, de sorte que sa situation n'est pas soumise au contrôle du juge des libertés et de la détention et que ne peut être mise en œuvre aucune mesure d'isolement ou de contention.

On rappellera que dans le cadre de cette prise en charge en soins psychiatriques le mineur dispose des mêmes droits, libertés et limites que tout autre patient mineur pris en charge pour un autre motif médical.

 **fiche 5**

Le libre choix de l'établissement de santé mentale

Selon l'article L.3211-1 alinéa 2 du CSP, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence. Aussi, les parents peuvent faire valoir leur libre choix quant à l'établissement de prise en charge de leur enfant.

Le cas de désaccord sur l'hospitalisation du mineur entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale

Le dispositif juridique de l'admission des mineurs prévoit qu'en cas de désaccord entre les deux parents sur le principe de l'hospitalisation de leur enfant mineur, le juge aux affaires familiales statuera. Aussi, il est nécessaire que les parents ou le parent le plus diligent des deux, saisissent le magistrat par voie de requête à déposer au greffe du tribunal judiciaire dont relève leur domicile.

Si les parents sont divorcés et qu'ils n'habitent pas le même département ou région, le tribunal compétent sera celui du domicile du parent qui aura engagé la procédure.

Le mineur confié à un établissement de santé mentale par la justice

Il est prévu à l'article 375-9 du code civil que le mineur peut être confié à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, par décision de justice (juge des enfants), après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil et pour une durée maximum de quinze jours. La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de cet établissement, pour une durée d'un mois renouvelable.

Le mineur hospitalisé en soins contraints : le SDRE

Un mineur peut être admis en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, le préfet, qui décide que les troubles mentaux du patient nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public (article L.3213-1 du CSP). Un seul certificat médical doit être rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Cette mesure doit cependant demeurer exceptionnelle.

Dans ce cas, la décision d'admission doit lui être notifiée lorsque son âge ou sa maturité le permet, ainsi qu'à ses parents ou à la personne disposant de l'autorité parentale. L'ensemble du dispositif des soins contraints prévu aux articles L.3213-1 à L.3213-11 du CSP s'appliquera au patient mineur. Par ailleurs, il ne peut être envisagé de prendre une mesure de protection en cas de danger imminent ou immédiat (isolement et contention) à l'encontre du mineur que dans le cadre d'une mesure de soins contraints à la demande du préfet (article L.3222-5-1 du CSP).

L'accueil du mineur dans un environnement adapté

La Haute Autorité de Santé (HAS) comme la réglementation ont produit récemment recommandations et textes afin de mieux accueillir et prendre en charge les mineurs en établissement de santé. La nécessité de l'adaptation de l'environnement à la spécificité du mineur selon son âge sont des priorités absolues notamment en ce qui concerne les autorisations d'activité et la qualité de la prise en charge. 🔍 fiches 22 et 23

LES SPÉCIFICITÉS DE LA PSYCHIATRIE PÉRINATALE

La psychiatrie périnatale s'occupe de la santé mentale des femmes pendant la grossesse et dans les mois ou années qui suivent l'accouchement. L'article D.6124-264 du CSP prévoit que chaque site assurant la prise en charge de patients en hospitalisation complète comprend :

- Des chambres individuelles permettant l'accueil d'au moins un parent. Chaque chambre est équipée d'un dispositif d'appel accessible au patient et d'un placard fermant à clé. Chaque chambre individuelle est équipée d'un verrou permettant au patient de s'enfermer de l'intérieur et aux seuls soignants d'ouvrir la porte. En cas de besoin, la chambre peut également accueillir le ou les nourrissons ;
- Des chambres individuelles permettant l'accueil du ou des nourrissons ;
- Une chambre collective permettant d'accueillir les bébés sans leur parent ;
- Au moins un local dédié aux soins et activités de puériculture. Le cas échéant, ces locaux peuvent être mutualisés ;
- Au moins un chariot d'urgence ;
- Au moins une salle dédiée à la rééducation et à l'activité physique, sur site ou accessible sur un autre site ;
- Au moins un espace de convivialité ;
- Un ou plusieurs espaces permettant des prises en charge collectives. Le cas échéant, ces espaces peuvent être mutualisés ;
- Un espace d'accueil de l'entourage du patient permettant des visites dans l'intimité et respectant la confidentialité des échanges ;
- Un accès à un espace extérieur sur site.

Le titulaire de l'autorisation s'assure de la sécurité des locaux, notamment contre les intrusions.

Les recommandations du Contrôleur des lieux de privation de liberté (CGLPL)

Le Contrôleur a fait un certain nombre de recommandations touchant à la spécificité de la prise en charge du mineur en psychiatrie. Les recommandations retenues ici sont celles qui n'ont pas fait l'objet d'une correspondance dans les décrets relatifs aux autorisations d'activités en psychiatrie ou dans les référentiels HAS :

- En cas d'admission à la demande des deux représentants légaux, il convient de recueillir l'accord des deux parents, de façon formelle, dès lors qu'ils partagent l'exercice de l'autorité parentale. Si un seul des deux parents dispose de cet exercice, l'autre parent doit toutefois être informé au plus tôt.
- Nécessité de sensibiliser le personnel hospitalier aux questions d'ordre juridique relatives au patient mineur.
- Nécessité de former le personnel spécifiquement afin de prévenir les crises et à y répondre par d'autres moyens que le placement en chambre d'isolement.
- La décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement prononcée par le représentant de l'Etat (SDRE) doit être notifiée au patient mineur lorsque son âge ou sa maturité le permet et systématiquement à partir de l'âge de 13 ans.
- La conception et l'aménagement des unités de soins pour mineurs : les locaux doivent être spacieux et comporter un accès à l'air libre. Et les équipements doivent être conformes à la sécurité des patients tout en préservant leur dignité et leur intimité.

FAQ

1 Un mineur hospitalisé en psychiatrie peut-il demander le secret dès son admission sur sa prise en charge ?

L'article L. 1111-5 du CSP qui prévoit ce droit accordé au mineur ne fait pas de distinction entre le mineur en service de pédiatrie ou le mineur en service de pédopsychiatrie. Le droit s'applique de la même manière et aux mêmes conditions. Aussi, le mineur peut demander le secret pour une consultation, comme pour une hospitalisation.

2 Un mineur peut-il être hospitalisé en service adultes à partir de ses 16 ans ?

Selon les recommandations du CGLPL, quelle que soit la situation du mineur (enfants ou adolescents) il ne doit en aucun cas être hospitalisé en psychiatrie avec des adultes. Le suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédiatrie et à la pédopsychiatrie. Le décret relatif aux autorisations d'activité en psychiatrie précise que la pédopsychiatrie concerne les mineurs de 0 à 18 ans (article R.6123-192 du CSP). Cependant en ce qui concerne la situation d'un mineur pris en charge en soins contraints prononcée par le préfet (SDRE) l'article R.6123-200 du CSP prévoit qu'« à titre exceptionnel, un mineur de plus de seize ans peut être pris en charge par un titulaire de la mention "soins sans consentement" et de la mention "psychiatrie de l'adulte". Le titulaire doit disposer d'une convention établie avec un titulaire de la mention "psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent" prévoyant les modalités de prise en charge et de transfert du patient ».

Recommandations

- Obtenir l'accord des deux parents pour l'admission ainsi que les documents attestant de leur filiation.
- Si les parents ne sont pas en accord sur l'hospitalisation de leur enfant, leur conseiller de saisir le juge aux affaires familiales.
- Distinguer l'autorisation d'admission de l'autorisation de soins dans vos documents.
- Eviter le plus possible la prise en charge d'un mineur en service d'adultes, y compris en soins contraints.



Références documentaires et juridiques :

- > *Code civil*, art. 375-3 5°, 375-9
- > *Code de la santé publique*, art. L.1111-5, L.3211-1, L.3211-2, L.3211-10, L.3213-1 à 11, L.3222-5-1, R.1112-35, R.6123-192, R.6123-200, D.6124-264
- > *CGLPL, rapport thématique : Droits fondamentaux des mineurs enfermés* ; Ed. Dalloz, 2021
- > *CGLPL, rapport thématique : Les droits fondamentaux des mineurs en établissement psychiatrique* ; Ed. Dalloz, 2017

09.

L'INFORMATION
SUR LES SOINS

Dispositif juridique

LE PRINCIPE DE L'INFORMATION

L'information du mineur sur les soins n'est dans son principe qu'une application du droit de toute personne à être informée sur :

- Son état de santé,
- Les actes de soins proposés.

Toutefois, la mise en œuvre de ce droit à l'information est particulière s'agissant d'un patient mineur, puisqu'il n'a pas la pleine capacité juridique.

Selon l'article L.1111-2 du code de la santé publique, « *Les droits des mineurs (...) sont exercés par les personnes titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur, qui reçoivent l'information ...* »



- le patient mineur est bénéficiaire du droit à l'information,
- mais, le mineur n'ayant pas la pleine capacité juridique, l'exercice effectif de ce droit revient aux titulaires de l'autorité parentale (ou au tuteur).

Par conséquent, s'agissant de soins sur mineurs, le devoir d'information est double puisqu'il vise autant le mineur que les titulaires de l'autorité parentale sauf en cas de soins dans le secret, prévus aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du CSP.

Dès lors, ce sont d'abord les titulaires de l'autorité parentale qui recevront l'information sur les soins, c'est-à-dire sur « *les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus* ».

Cette information est due aux seuls titulaires de l'autorité parentale. Les autres membres de la famille ou de l'entourage du mineur n'ont pas de droit à l'information.

Mais le dispositif d'information ne s'arrête pas là. L'enfant n'est pas lui-même dépossédé de toute prérogative. L'article L.1111-2 dispose que les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité.

Il s'agit de l'application du principe selon lequel le mineur doit être associé par ses parents aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité (article 371-1 du code civil). S'agissant de sa santé, cette association prendra la forme d'une information de l'enfant, dans des conditions adaptées à sa capacité de compréhension, de jugement et de discernement.

Il est important de rappeler la dimension morale, déontologique et éthique de cette obligation d'information du mineur. Si le professionnel de santé manque à son devoir, le risque d'un contentieux en responsabilité engagé par le mineur, à l'acquisition de sa majorité, est quasi-nul. L'information de l'enfant doit avant tout être pensée comme une étape indispensable au processus d'adhésion de l'enfant aux soins, et à la construction d'une relation de confiance avec le professionnel.

LA FORME DE L'INFORMATION

Rappelons que l'information est par principe orale. L'écrit n'intervient que par exception. A fortiori, s'agissant d'un mineur, il revient à l'équipe de soins de déterminer la meilleure façon, au cas par cas, d'expliquer les actes de soins à venir à l'enfant. Les professionnels peuvent ainsi utiliser des images, des dessins, des vidéos, un mannequin...

Dans un service de pédiatrie, ou prenant habituellement en charge des mineurs, il peut être opportun de conduire une réflexion collective sur les outils pédagogiques d'information sur les soins à développer à l'usage des enfants.

FAQ

1 Comment évaluer le degré de maturité du mineur pour adapter l'information ?

Une telle évaluation relève de la compétence du médecin, seul habilité à déterminer la capacité de compréhension de l'enfant. Mais l'appréciation du degré de maturité peut s'effectuer à partir des observations qui auront été faites par l'équipe soignante. Attention toutefois, la maturité n'est pas toujours corrélée à l'âge !

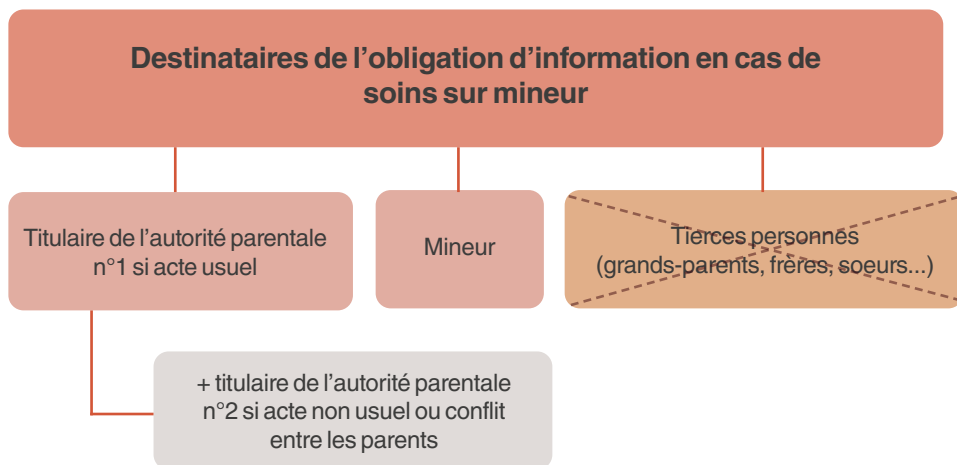
2 Quel dispositif d'information en cas de soins au mineur dans le secret ?

L'information des titulaires de l'autorité parentale est écartée lorsque le mineur demande à recevoir des soins dans le secret, selon le dispositif prévu par les articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du CSP. Une fois le mineur placé sous le régime juridique de ces dispositions légales, la confidentialité s'impose au professionnel de santé qui ne pourra pas ou plus délivrer l'information en principe due aux parents. Seul le mineur recevra l'information. 🔍 [fiche 12](#)

3 Faut-il informer les deux titulaires de l'autorité parentale ?

Il convient d'informer les deux titulaires de l'autorité parentale. Certes, selon l'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 ». Mais cette présomption ne vaut que pour les actes de soins usuels. 🔍 [fiche 11](#)

Par ailleurs, si l'équipe a connaissance d'un conflit entre les deux parents, il est préférable d'informer également les deux parents, quel que soit le type d'acte à accomplir.



Recommandations

- La situation des parents (en couple ou séparé) et l'attribution du droit de garde n'ont aucun impact sur l'autorité parentale et donc l'obligation d'information telle que prévue par le code de la santé publique.
- En cas de séparation des parents et si l'un seul des deux a la garde de l'enfant, veiller à ce que les deux titulaires de l'autorité parentale reçoivent une information complète, a minima pour les actes non usuels.
- Tracer au dossier patient les démarches d'informations entreprises, auprès de l'enfant aussi bien que des titulaires de l'autorité parentale.
- Engager une réflexion sur la dimension pédagogique des pratiques d'information des patients mineurs dans les services concernés.



Références documentaires et juridiques :

- > Code de la santé publique, art. L. 1111-2, L. 1111-5, L. 1111-5-1, R.4127-42
- > HAS, Recommandation de bonne pratique, Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, mai 2012

10.

LE CONSENTEMENT AUX SOINS

Dispositif juridique

LE PRINCIPE DU CONSENTEMENT

Depuis les lois du 4 mars 2002 sur l'autorité parentale et sur les droits des malades, une réelle autonomie est accordée au mineur dans les décisions concernant sa santé.

Selon l'article 371-1 du code civil, « *Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité* ».

Selon l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. [...] Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision* ».

Au titre de la déontologie médicale, l'article R.4127-42 du CSP prévoit qu'un médecin appelé à donner des soins à un mineur doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement, sauf en cas de soins dans le secret. Si le mineur est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, son consentement doit également être recherché.

Ainsi,

- le mineur doit être associé aux décisions qui le concernent, selon son degré de maturité ;
- mais n'ayant pas la pleine capacité juridique, il ne peut consentir seul aux soins ;
- ce sont donc le ou les titulaires de l'autorité parentale qui consentent aux soins, selon qu'il s'agit d'un acte usuel ou non usuel ;  **fiche 11**
- toutefois le mineur peut bénéficier, à certaines conditions, de soins dans le secret.

 **fiche 12**

Si la situation est grave et urgente, alors le médecin donne les soins nécessaires dans l'intérêt de l'enfant.

En tout état de cause, le délai de recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale ne doit pas entraîner de conséquence préjudiciable à l'intérêt du mineur.

A noter : la séparation des parents est sans incidence sur les règles de dévolution de l'exercice de l'autorité parentale (article 373-2 du code civil), sauf si l'un des parents en a été déchu.

LE REFUS DE SOINS

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif (article L. 1111-4 du CSP).

Mais pour les mineurs, il est précisé que dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

Par ailleurs, l'article R. 1112-35 du CSP (dans la partie consacrée aux dispositions particulières aux établissements publics de santé) prévoit qu'en cas de refus de signer l'autorisation d'opérer 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. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, « le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent ».

En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale sur la nature de la prise en charge de leur enfant et sa mise en œuvre, le juge aux affaires familiales peut être saisi par l'un des parents. Ainsi, l'article 373-2-8 du code civil prévoit que « *Le juge peut également être saisi par l'un des parents ou le ministère public, qui peut lui-même être saisi par un tiers, parent ou non, à l'effet de statuer sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale et sur la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant* ».

LA FORME DU CONSENTEMENT

L'article L. 1111-4 du CSP ne précise pas les modalités du recueil du consentement. Dans la mesure où des textes prévoient que, dans certaines situations spécifiques, le consentement est donné à l'écrit, a contrario, le consentement est par principe donné à l'oral. Et tracé dans le dossier médical du patient.

L'autorisation d'opérer un mineur fait partie des actes pour lesquels un écrit est prévu (article R. 1112-35 du CSP). Il est important qu'elle précise de façon circonstanciée l'intervention prévue et ne soit donc pas rédigée de façon générale.

FAQ

1 Le mineur peut-il refuser les soins ?

Si le consentement du mineur et sa participation aux soins qu'il reçoit doivent toujours être recherchés par l'équipe médicale, du strict point de vue juridique, la décision des titulaires de l'autorité parentale reste prédominante. C'est le critère de l'intérêt du patient qui domine à défaut de pouvoir se fonder sur ce qu'il aurait voulu. Toutefois, d'un point de vue éthique, il convient de prendre en considération toute manifestation d'un refus de soin et de déterminer la conduite à tenir selon l'acte envisagé, la maturité du patient, le contexte familial. Ce refus s'apparente juridiquement à un avis du mineur sur sa prise en charge et peut déterminer la manière dont il va participer aux soins. Le dialogue triangulaire est donc indispensable afin de trouver des alternatives qui satisferont à la fois les parents et l'enfant.

2 Qui décide en cas d'émancipation du mineur ?

En cas d'émancipation, le seul consentement du mineur est requis. Pour mémoire, l'émancipation est prévue aux articles 413-1 et suivants du code civil et a pour effet de placer le mineur hors de la puissance parentale ou de la tutelle. L'émancipation est de plein droit lorsque le mineur se marie et elle peut également être obtenue par décision du juge des tutelles, pour justes motifs et à la demande des parents, lorsque le mineur atteint l'âge de 16 ans révolus.

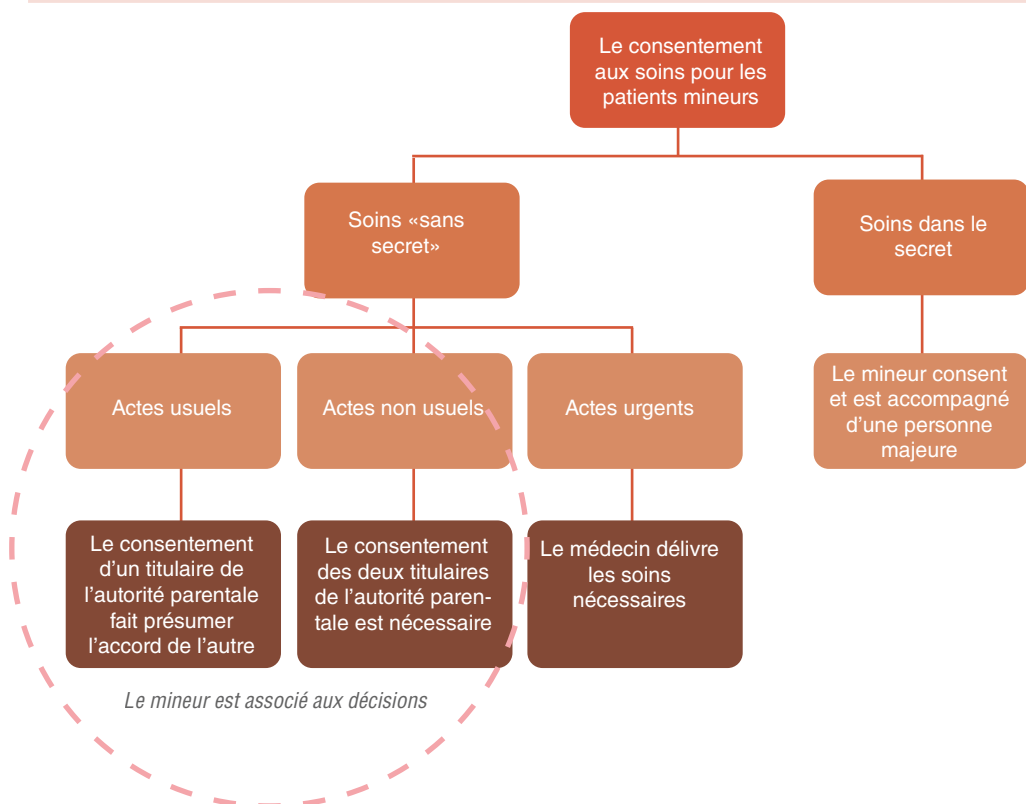
3 Qui décide pour les mineurs sous tutelle ?

Un enfant mineur est placé sous le régime de la tutelle si ses deux parents sont décédés, si ses parents font l'objet tous les deux d'un retrait de l'autorité parentale ou s'il n'a ni père, ni mère. La tutelle d'un mineur est une mesure de protection juridique par laquelle une autre personne l'aide à protéger ses intérêts. En ce qui concerne la santé du mineur, le tuteur est compétent en tant que représentant légal du mineur et détient donc les mêmes prérogatives que les titulaires de l'autorité parentale. Toutefois, pour les actes les plus graves ou qui comportent un risque exceptionnel, l'autorisation est donnée par le conseil de famille.

4 Les parents peuvent-ils autoriser des tiers à prendre des décisions concernant la santé de leur enfant ?

Les parents ne sont pas en droit de renoncer à l'exercice de l'autorité parentale (article 376 du code civil).

Une délégation d'autorité parentale ne peut avoir lieu que par décision de justice. Dès lors, les parents ne peuvent pas donner autorisation à un autre membre de la famille ou à un proche de prendre des décisions relatives à la santé de leur enfant. De même, les autorisations parentales établies dans le cadre des activités scolaires ou extra scolaires ne sont pas suffisantes pour permettre la réalisation des soins et n'ont aucune valeur légale.



Recommandations

- Tracer dans le dossier du patient les démarches entreprises pour obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale.
- En cas de situations conflictuelles, les équipes doivent conserver dans le dossier du patient toutes les indications permettant de justifier la recherche du consentement des titulaires de l'autorité parentale (numéros appelés, dates et heure des appels téléphoniques, sms, courriels, courriers, ...).
- Prendre en considération l'avis du mineur et assurer sa traçabilité dans son dossier médical.
- Instaurer une réflexion juridique et éthique au sein de l'établissement sur la place de l'avis du mineur dans le consentement aux soins.



Références documentaires et juridiques :

- > *Code de la santé publique*, art. L.1111-2, L.1111-4, L.1111-5, L.1111-5-1, R.4127-42, R1112-35
- > *Code civil*, art. 371-1, 373-2-8, 376, 413-1

11.

FOCUS SUR LES ACTES USUELS ET NON USUELS

Dispositif juridique

Selon l'article 372 du code civil, l'autorité parentale est exercée en commun par les parents, quel que soit le statut juridique du couple.

 **fiche 2**

L'article 372-2 du code civil énonce 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 ». Dès lors, au quotidien, les actes de la vie quotidienne ne requièrent pas l'accord des deux titulaires de l'autorité parentale.

A l'hôpital, en matière de soins, cette distinction entre actes usuels et non usuels est fondamentale :

- Pour les actes usuels, l'accord d'un seul titulaire de l'autorité parentale suffit,
- Pour les actes non usuels, l'accord des deux titulaires de l'autorité parentale est nécessaire.

Réglementairement, il n'existe pas de liste précise définissant les actes usuels et non usuels et la caractérisation des actes est parfois difficile à établir.

En matière de santé, une circulaire du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensées dans les établissements de santé définit les actes usuels comme « *prescriptions ou gestes de soin qui n'exposent pas le malade à un danger particulier, tels que les soins obligatoires (vaccinations), les soins courants (blessures superficielles, infections bénignes), les soins habituels (poursuite d'un traitement)* ». A l'inverse, sont considérés comme non usuels par cette circulaire, les « *actes considérés comme lourds, dont les effets peuvent engager le devenir du malade (hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes, actes invasifs tels que l'anesthésie, l'opération chirurgicale)* ».

Par ailleurs, la jurisprudence en définit certains mais cette différence appelle à une vigilance particulière.

Un jugement de la Cour d'appel d'Aix en Provence du 28 octobre 2011 en fait la définition suivante : « *Les actes usuels (...) ne donnent pas lieu à une appréciation de principe essentielle et ne présentent aucun risque grave apparent pour l'enfant, ou encore, même s'ils revêtent un caractère important, des actes s'inscrivent dans une pratique antérieure non contestée (...).* A contrario, relèvent de l'autorisation des parents titulaires de l'autorité parentale, et en cas de désaccord, d'une éventuelle autorisation judiciaire, les décisions qui supposeraient en l'absence de mesure de garde, l'accord des deux parents, ou qui encore, en raison de leur caractère inhabituel ou de leur existence particulière dans l'éducation et la santé de l'enfant, supposent une réflexion préalable sur leur bien-fondé ».

Pour qualifier le caractère usuel ou non de l'acte médical, le professionnel de santé doit s'attacher, « *eu égard à la nature de cet acte, aux caractéristiques du patient, en particulier à son âge et compte tenu de l'ensemble des circonstances* » dont le médecin a connaissance (CE, 4 octobre 2019, n°417714).



LES ACTES USUELS

Il s'agit d'actes de la vie quotidienne sans gravité, ponctuels et d'une portée limitée, prescriptions ou gestes de soin qui n'exposent pas le patient à un danger particulier.

Ils répondent aux caractéristiques suivantes :

- N'engagent pas l'avenir de l'enfant,
- N'impactent pas ses droits fondamentaux,
- S'inscrivent dans une pratique antérieure établie par les parents et non contestée par l'un d'eux et qui par conséquent, ne rompt pas avec le passé.

LES ACTES NON USUELS

Il s'agit d'actes considérés comme lourds, dont les effets peuvent engager le devenir du patient et ayant une probabilité non négligeable de survenir.

Ils répondent aux caractéristiques suivantes :

- Rompent avec le passé de l'enfant,
- Et/ou qui engagent de façon déterminante son avenir.

ACTES USUELS		ACTES NON USUELS	
Hospitalisation			
Hospitalisation en MCO		Hospitalisation en psychiatrie <i>(Rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatif aux droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale, 2017)</i>	
Traitement			
Poursuite d'un traitement Traitement des maladies infantiles ordinaires		Traitement comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes Traitement lourd	
Vaccination			
Vaccination obligatoire		Vaccination non obligatoire	
Soins			
Soins courants (blessures superficielles, infections bénignes)		Tout acte médical invasif et pratiqué sous anesthésie	
Chirurgie			
Circoncision revêtant un caractère médicalement nécessaire <i>(CA Versailles, 1er janvier 2016, n°15/08970)</i>		Circoncision rituelle <i>(C.Cass. 1ère civ. 26 janvier 1994, n°92-10838)</i>	
		Résolution d'arrêter les soins ou de les réduire à un traitement de confort	
Consultation psychologique			
Séances ponctuelles et d'une portée limitée dans un but de prévention de la santé mentale <i>(CA Lyon, 28/02/2011, n°10/03604 2007/00476)</i>		Psychothérapie de longue durée avec une grande régularité <i>(idem)</i>	

FAQ

1 Les actes réalisés en urgence obéissent-ils à cette distinction entre actes usuels et non usuels ?

En cas d'urgence, toutes mesures utiles doivent être prises pour que les personnes exerçant l'autorité parentale sur le mineur soient prévenues. Si elles ne peuvent pas être jointes et que la situation est grave et urgente, alors le médecin donne les soins nécessaires dans l'intérêt de l'enfant. Ce point a été rappelé par le Conseil d'Etat dans une décision du 7 mai 2014 (n°359076) concernant la prescription d'un antidépresseur à une patiente mineure : *« Considérant (...) qu'un acte médical ne constituant pas un acte usuel ne peut être décidé à l'égard d'un mineur qu'après que le médecin s'est efforcé de prévenir les deux parents et de recueillir leur consentement ; qu'il n'en va autrement qu'en cas d'urgence, lorsque l'état de santé du patient exige l'administration de soins immédiats »*. La Haute juridiction souligne qu'il est alors nécessaire de caractériser l'urgence au sens de l'article R.4127-42 du CSP (déontologie médicale).

2 Et en cas d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ?

Pour les mineures, le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas requis, la femme mineure pouvant être accompagnée par toute personne majeure de son choix.

En effet, l'article L.2212-7 du CSP prévoit que si la demande d'IVG est exprimée par une femme mineure non émancipée, alors le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Si elle désire garder le secret, le médecin ou la sage-femme doit s'efforcer, dans son intérêt, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés. Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche 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. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

3 Que faire en cas d'opposition d'un des parents aux soins, même usuels ?

Si le médecin a connaissance d'une opposition à la prise en charge du patient mineur de l'un des titulaires de l'autorité parentale, même pour un soin usuel, la présomption d'accord n'est plus remplie et la prise en charge est impossible sauf en cas d'urgence vitale. Au besoin, le juge des affaires familiales pourra être saisi.

Recommandations

- La définition des actes usuels et non usuels n'étant pas fixée légalement, une vigilance constante est requise pour l'ensemble des prises en charge des patients mineurs afin de déterminer si l'acte en question relève d'un acte usuel ou non au moyen des questions suivantes :
 - L'acte engage-t-il l'avenir du patient mineur ?
 - L'acte concerne-t-il ses droits fondamentaux ?
 - L'acte est-il en lien avec une prise en charge antérieure qui n'aurait pas été contestée par l'un des deux parents ?
- En cas de doute, l'acte doit être considéré comme non usuel et le consentement des deux titulaires de l'autorité parentale doit être recherché.



Références documentaires et juridiques :

- > *Code civil, art. 371, 372*
- > *Code de la santé publique, art. L. 1111-5, L.2212-7, L.3211-10, L.3213-1, L.3211-12, R.1112-34 à R.1112-36*
- > *Conseil d'Etat, 4 octobre 2019, n° 417714*
- > *Conseil d'Etat, 7 mai 2014, n°359076*
- > *Cour d'Appel d'Aix-en-Provence, 28 octobre 2011, n° 11/00127*
- > *Cour d'Appel de Lyon, 28 février 2011, n° 10/03604*
- > *Cour d'Appel de Paris, 9 juillet 2015, n°15/00320*
- > *Cour d'Appel de Versailles, 1 janvier 2016, n°15/08970*
- > *Cour de Cassation, 1ère civ, 26 janvier 1994, n°92-10838*
- > *Circulaire DHOS/F4 n° 2009-319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé NOR : SASH0924512C, BO Santé Protection sociale Solidarités n°2009/11 du 15 décembre 2009*
- > *L'exercice des actes relevant de l'autorité parentale pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, guide du Ministère des Solidarités et de la Santé, MAJ 2018*
- > *Admission d'un mineur dans un établissement de santé, Fiche du Ministère de la Santé et des Sports, version du 15 septembre 2009*
- > *Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Rapport sur les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale, 2017*

12.

LES SOINS DANS LE SECRET AU PATIENT MINEUR

Dispositif juridique

En matière de santé, ce sont les titulaires de l'autorité parentale, ou le tuteur légal, qui reçoivent l'information concernant l'état de santé du patient mineur et donnent le consentement aux soins (articles L. 1111-2 et L. 1111-4 du code de la santé publique).

 **fiches 9 et 10**

Mais ce dispositif connaît une exception d'ordre général :

- Lorsque le patient mineur s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé (article L. 1111-5 du CSP) ;
- Sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure (article L. 1111-5-1 du CSP).

COMMENT S'EXERCE CE DROIT AU SECRET POUR LE PATIENT MINEUR PRÉVU PAR LES ARTICLES L.1111-5 ET L.1111-5-1 DU CSP ?

Il n'est pas prévu d'âge minimum pour l'exercice de ce droit au secret par le patient mineur.

Il n'est pas accepté automatiquement mais relève d'une appréciation en opportunité par le médecin, la sage-femme ou l'infirmier selon le degré de maturité du patient, du contexte familial et de l'acte envisagé.

Il incombe au praticien de s'efforcer de convaincre le patient mineur d'accepter la consultation des titulaires de l'autorité parentale.

L'ensemble de la démarche est consigné par écrit dans le dossier médical du patient mineur.

En cas d'acceptation de réaliser les soins dans le secret, le patient mineur devra être accompagné d'une personne majeure de son choix.

Cas particulier : 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, son seul consentement est requis.

 A noter

Ce secret peut être tenu, selon le souhait du mineur, à l'égard d'un seul des deux parents.

Demande de secret de la part du patient mineur

Appréciation en opportunité du professionnel de santé



Dialogue

Pour tenter de persuader le patient de consulter ses représentants légaux

Soins dans le secret uniquement si maintien du refus



Réalisation des soins dans le secret

Uniquement les soins de nécessité thérapeutique

Le patient mineur doit être accompagné d'un majeur de son choix

LE PÉRIMÈTRE DES SOINS DANS LE SECRET

L'admission et la présence à l'hôpital

Au-delà des soins prodigués, la présence même du patient mineur au sein de l'établissement de santé est confidentielle et les titulaires de l'autorité parentale ne doivent pas en être informés.

Les documents de sortie

À l'issue de la prise en charge, le mineur doit quitter l'établissement avec tous les documents et informations nécessaires à la continuité des soins (lettre de liaison, prescription...). Ces documents et informations sont donnés par un membre de l'équipe médicale ou soignante qui s'assure de sa bonne compréhension.

La facturation

Par extension, le secret s'applique également à la facturation des soins qui ne doivent pas être adressés aux titulaires de l'autorité parentale.

Un numéro d'inscription au répertoire (NIR), aussi appelé numéro de sécurité sociale, anonyme permet de conserver l'anonymat des mineurs. L'établissement procède à une facturation isolée, avec une dispense d'avance de frais, et utilise le NIR anonyme, en renseignant toutefois la date de naissance exacte du patient mineur. Le code de la sécurité sociale a par ailleurs prévu que, dans le cas de soins dans le secret pour le patient mineur, les dépenses liées à ces soins sont également couvertes par le secret. La liste des actes et prestations concernés est fixée par arrêté.

Le dossier médical

L'ensemble de la démarche doit être retranscrit dans le dossier médical du patient mineur qui peut souhaiter que le secret soit également gardé lors de la communication de son dossier (articles L.1111-7 et R.1111-6 du CSP).

- Une mention écrite concernant cette opposition doit être faite dans le dossier.
- En cas de demande d'accès à ces informations par les titulaires de l'autorité parentale, le praticien doit s'efforcer d'obtenir le consentement du patient mineur.
- Si le patient mineur refuse, les informations ne pourront pas être communiquées.
- Le patient mineur peut demander à ce que ces informations soient communiquées aux titulaires de l'autorité parentale par l'intermédiaire d'un médecin.

FAQ

1 Quels actes de soins peuvent être réalisés dans le cadre du secret ?

Le code de la santé publique vise l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, un traitement ou une intervention qui s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure. Cette définition large concerne donc tant les consultations que l'hospitalisation.

2 Qui sont les professionnels de santé habilités à réaliser ces soins dans le secret ?

Le code de la santé publique vise le médecin, et la sage-femme mais également l'infirmier lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'un patient mineur (article L. 1111-5-1 du CSP).

3 Le secret peut-il être levé ?

Le médecin ou la sage-femme peut lever à tout moment le secret s'il considère que la prise en charge du mineur à l'insu de ses parents n'est plus envisageable en raison d'un réel danger pour la santé du mineur. Il devra alors veiller à bien informer son patient des raisons qui motivent cette levée du secret.

4 Quel est le rôle de la personne majeure choisie par le patient ?

Son rôle est d'accompagner et de soutenir le patient dans ses démarches. Elle sera contactée en cas de besoin mais elle ne remplace pas les titulaires de l'autorité parentale : elle ne donne donc pas son consentement aux soins, ne signe pas l'autorisation d'opérer et n'aura pas accès au dossier médical du patient mineur. Son identité, vérifiée à l'aide d'un document administratif officiel, et ses coordonnées sont consignées dans le dossier médical du patient.

Recommandations

- Toute demande de secret du patient mineur doit être traitée avec vigilance et discernement quant aux suites à apporter.
- La demande de soins dans le secret du patient puis la réflexion et la décision du médecin ou de la sage-femme doivent être tracées avec précision dans le dossier médical.



Références documentaires et juridiques :

- > *Code civil*, art. 371, 372
- > *Code de la santé publique*, art. L. 1110-4, L. 1111-2, L. 1111-4 à L. 1111-5-1, L. 1111-7, L. 1112-1, L. 2212-7, R. 1111-6, R. 1112-62, R. 1222-57, R. 4127-42
- > *Code de la sécurité sociale*, art. L. 861-1, L. 162-1-18-1, D. 132-1
- > *Arrêté du 22 décembre 2016 relatif à la protection du secret des actes et prestations pris en charge intégralement par l'assurance maladie pour les ayants droit mineurs et majeurs infectés par le virus de l'immunodéficience humaine ou par le virus de l'hépatite C*
- > *Admission d'un mineur dans un établissement de santé, Fiche du Ministère de la Santé et des Sports, version du 15/09/2009*

13.

FOCUS SUR LA SITUATION DE LA MINEURE ENCEINTE

Dispositif juridique

La loi ne prévoit pas de dispositif particulier s'agissant de la situation de la patiente mineure enceinte. Il s'agit plutôt de compiler les dispositifs existants concernant la situation de la patiente mineure, la prise en charge de la grossesse et les modalités de soins sous le secret. En tout état de cause, la prise en charge de la mineure enceinte requiert la plus grande attention ; les professionnels prennent en compte son âge et sa situation, le stade de sa grossesse, le contexte familial et ses souhaits. Toutes les décisions concernant la grossesse et l'enfant à naître reviennent à la patiente mineure.

A noter

Il n'existe pas de dispositif spécifique s'agissant de la mineure enceinte, cependant en cas de mineure en danger, un signalement au procureur de la République doit être réalisé et l'ensemble des partenaires institutionnels sont à contacter pour l'accompagnement de la mineure. La situation de grossesse peut en effet résulter de maltraitances et/ou augmenter le risque de maltraitance.

 fiches 16,17 et 18

LA PRISE EN CHARGE DE LA MINEURE ENCEINTE

Dans ses recommandations de bonnes pratiques, la Haute Autorité de Santé préconise l'orientation de la mineure enceinte vers un établissement médical afin de mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire et permettre :

- d'apprécier sa situation de façon globale ;
- d'évaluer la situation familiale (autorité parentale, relation de la mineure avec ses parents, acceptation de la situation par les parents, présence et implication du coparent, violence intrafamiliale...), informer la mineure des aides auxquelles elle a droit et des solutions d'accompagnement qui peuvent lui être proposées, d'autant plus en cas de rupture familiale ;
- d'identifier les autres personnes ressources et les éventuels accompagnements déjà en place autour de la mineure (protection de l'enfance notamment) ;
- de déterminer si la mineure est en situation de handicap et/ou a des besoins particuliers ;
- d'informer la mineure sur le droit à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et la possibilité d'accoucher sous le secret (anonymat) ;

- si la poursuite de la grossesse met gravement en péril la santé de la mineure, l'interruption médicale de grossesse (IMG) peut être aussi envisagée ;
- d'anticiper l'accouchement en définissant avec la mineure les personnes qui pourront l'accompagner lors de l'accouchement puis pendant le séjour à la maternité.

Il convient de se rappeler que la mineure est encore une enfant qui a besoin d'être accompagnée et protégée, mais qui a aussi besoin d'être accompagnée dans son nouveau rôle de mère.

Concernant son suivi médical, l'équipe doit évaluer systématiquement le risque d'exposition à des maltraitances actuelles ou antérieures dans le cadre familial, conjugal, scolaire, etc.

Un suivi psychologique doit être systématiquement proposé (qui sera poursuivi en postnatal, si possible avec la même équipe afin d'évaluer les interactions mère/enfant).

L'autorisation de soins auprès des personnes ayant l'autorité parentale est à recueillir le plus tôt possible et à consigner dans le dossier médical. Cependant, conformément à l'article L. 1111-5 du code de la santé publique, *« le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre, lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé »*

 **fiche 12**

A noter

2 situations sont à distinguer : l'autorité parentale s'agissant de la mineure enceinte et celle concernant le nouveau-né.

La mineure enceinte : Les parents gardent l'autorité parentale sur leur fille pendant sa grossesse et jusqu'à sa majorité (sauf émancipation), et ce même après la naissance de l'enfant. En dehors des cas où la mineure peut demander le secret sur sa prise en charge, les titulaires de l'autorité parentale prennent les décisions en associant leur fille (suivi médical, formalités administratives...).

Le nouveau-né : Les parents du bébé ont l'autorité parentale pleine et entière sur cet enfant, même s'ils sont mineurs. Ils peuvent donc prendre toutes les décisions le concernant dès l'instant où la filiation est établie, sans en avoir à référer auprès des titulaires de leur propre autorité parentale. Quand le père a reconnu l'enfant, son consentement doit être recueilli, notamment pour les actes non usuels.

De façon systématique, un assistant du service social doit être sollicité afin de faire un bilan des besoins de la mineure (par exemple en ce qui concerne l'accès aux droits sociaux).

Au moment de l'accouchement, la HAS recommande de :

- prendre en compte le jeune âge de la patiente ;
- être attentif et expliquer les gestes réalisés afin que la maternité constitue un lieu bienveillant, empathique et sécurisant et représente un lieu positif pour la jeune fille ;
- privilégier une hospitalisation en chambre particulière permettant l'accompagnement de la jeune fille par la personne de son choix.

Afin de permettre une continuité de prise en soin après l'accouchement, les référents hospitaliers se mettent en lien dès l'hospitalisation en maternité avec les différents partenaires impliqués :

- professionnels qui ont suivi la grossesse ;
- service de protection maternelle et infantile (PMI) et tout particulièrement les puéricultrices ;
- services sociaux de secteur et assistante sociale scolaire ;
- acteurs de la protection de l'enfance, si la jeune femme bénéficie d'une mesure de protection ou si la situation le nécessite.

L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE DE LA PATIENTE MINEURE

L'IVG est possible, dans le cadre de la réglementation en vigueur, jusqu'à la 14ème semaine de grossesse.

Par principe, dans le cas d'une patiente mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal doit être recueilli.

Cet acte médical (IVG et soins médicaux connexes comme l'anesthésie) peut toutefois être réalisé sous le secret, à la demande de la patiente mineure ou à défaut de consentement de la part des titulaires de l'autorité parentale.

Le dispositif est précisé aux articles L. 2212-4 et 7 du CSP :

- Une consultation préalable obligatoire avec délivrance d'une attestation de consultation est réalisée;
- Le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale est recueilli;
- Si la mineure désire garder le secret, le médecin ou la sage-femme 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 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, qui doit toutefois se faire accompagner par une personne majeure de son choix,
- Après l'intervention, une deuxième consultation est obligatoirement proposée afin notamment d'informer la mineure sur les moyens de contraception.

! Attention

Il convient d'être attentif aux conditions dans lesquelles la mineure a choisi la personne majeure qui l'accompagne (afin de s'assurer qu'elle ne subit pas de pressions...), et de préciser qu'elle n'a aucun pouvoir de décision et ne dispose d'aucun des attributs de l'autorité parentale.

L'ACCOUCHEMENT SOUS LE SECRET

L'accouchement sous le secret (ou « accouchement sous X ») permet à une femme enceinte, majeure ou mineure, de demander lors de son accouchement, le secret de son admission et/ou de son identité et ainsi de ne pas créer de lien de filiation entre elle et l'enfant, sans qu'aucun justificatif ne lui soit réclamé. Par conséquent, pour la patiente mineure, ni l'autorisation parentale, ni l'autorisation d'opérer ne sont requises dans ce cadre.

L'établissement de santé doit informer sans délai les services compétents du conseil départemental chaque fois qu'est exprimée une demande de secret pour que les correspondants départementaux du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP) puissent se rendre auprès de la femme.

La patiente est informée :

- De l'ensemble des conséquences pour elle et l'enfant de l'accouchement dans le secret et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines;
- Du choix qui lui est laissé de donner son identité et/ou des éléments non-identifiants sous pli fermé;
- Des aides financières permettant d'élever l'enfant;
- Du régime des tutelles des pupilles de l'État;
- Des délais et conditions sous lesquels l'enfant peut être repris par ses parents.

Après sa naissance, l'enfant est confié aux services départementaux de l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Pendant deux mois, il est placé en pouponnière ou dans une famille d'accueil. C'est le temps légal accordé à la femme pour revenir sur sa décision et reconnaître l'enfant.

Après ce délai, et si elle n'est pas revenue sur sa décision, l'enfant est admis comme pupille de l'État et peut alors être proposé à l'adoption.

En revanche, si elle revient sur sa décision, un accompagnement des services sociaux lui est proposé pendant les 3 années suivant la restitution de son enfant.

Les services sociaux départementaux sont chargés de l'accompagnement psychologique et social de la femme accouchant sous le secret, spécifiquement pour le cas des femmes mineures.

FAQ

1 Est-il prévu un suivi spécifique pour la grossesse de la mineure enceinte et un signalement obligatoire auprès de l'Aide sociale à l'enfance ?

Il n'existe de dispositif particulier s'agissant de la grossesse de la mineure enceinte que ce soit au niveau obstétrique, juridique ou social. Il s'agit ici d'adapter à la situation concernée les dispositifs existants et une grande vigilance est demandée aux professionnels amenés à prendre en charge la mineure enceinte afin d'apprécier le contexte de cette grossesse et la situation de la mineure et de l'orienter vers les dispositifs et interlocuteurs adaptés à sa situation.

2 Dans le cadre d'un accouchement dans le secret, le père peut-il reconnaître son enfant ?

Le père d'un enfant né sous X peut reconnaître cet enfant, dans les 2 mois qui suivent la naissance, dans n'importe quelle mairie du territoire. S'il ignore les date et lieu de naissance de l'enfant, il peut saisir le procureur de la République qui les recherchera.

Recommandations

- Un travail en réseau est primordial afin de s'assurer du suivi de la mineure sur les plans médical, psychologique et social, les services départementaux ayant un rôle majeur dans le traitement de ces situations (PMI, ASE...).
- Une mineure enceinte n'est pas nécessairement en danger mais un suivi attentif est requis, chaque situation étant à appréhender au cas par cas.



Références documentaires et juridiques :

- > *Code civil*, art. 326, 341-1, 371, 372
- > *Code de la santé publique*, art. L.1110-4, L.1111-2, L.1111-4 à L.1111-5-1, L.2212-7, R.4127-42, L.2212-1 à L.2212-11, R.2212-1 à R.2212-3
- > *Code de l'action sociale et des familles*, art. L.222-1 à L.222-7, L.224-6
- > *Code de la sécurité sociale*, art. D.132-1
- > HAS, *Situation particulière de vulnérabilité : mineure enceinte*, janvier 2024

14.

LE PATIENT MINEUR EN FIN DE VIE

Dispositif juridique

Aucune disposition juridique particulière ne traite de la fin de vie du mineur, qui est donc soumise aux règles de droit commun.

Toutefois, l'expression de la volonté du mineur est particulière, puisque celui-ci n'a pas la pleine capacité juridique. La situation est donc délicate du fait de la relation triangulaire à prendre en compte (parent-enfant-équipe de soins) et du contexte dramatique de la fin de vie d'un enfant.

En tout état de cause, la maturité du mineur, son niveau de compréhension de la situation clinique, sa capacité de discernement et son degré d'autonomie doivent être évalués en équipe : (professionnels de santé dans lesquels l'enfant a confiance, le cas échéant, avec l'aide d'un pédopsychiatre ou d'un psychologue).

APPLICATION DU DROIT COMMUN AUX PATIENTS EN FIN DE VIE

Droit de ne pas subir d'obstination déraisonnable

La jurisprudence, notamment dans des situations où les parents refusaient une limitation ou un arrêt de traitement alors que les médecins estimaient qu'il y avait obstination déraisonnable, nous indique que :

- L'évaluation de la situation médicale du patient mineur doit se faire sur un temps suffisamment long.

Par exemple, la qualification d'obstination déraisonnable n'a pas été retenue dans la mesure où le laps de temps entre l'admission de la patiente de 15 mois et la décision d'arrêt de traitement était trop court, l'état du mineur étant encore susceptible de s'améliorer (CE, 8 mars 2017, n° 408146).

- Lorsque la volonté de l'enfant ne peut être connue, l'avis des parents revêt une importance particulière. Par exemple, une décision d'arrêt de traitement a été annulée, le Conseil d'Etat précisant : « *A défaut de pouvoir rechercher quelle aurait été la volonté de la personne s'agissant d'un enfant de moins de un an à la date de la décision, l'avis de ses parents, en particulier s'ils s'opposent tous les deux à l'arrêt des traitements, revêt une importance particulière.* »

De la même manière, lorsque compte tenu de son âge, il était envisageable de s'interroger sur ses souhaits (en l'occurrence la patiente était âgée de 14 ans), « *mais que les informations contradictoires relevées dans le dossier sur les avis émis par la jeune fille ne permettent pas de déterminer quelle aurait été sa volonté, l'avis des titulaires de l'autorité parentale revêt une importance particulière* » (CE, 5 janvier 2018, n°416689). En l'espèce, la décision de limitation et d'arrêt de traitement a été jugée conforme car la poursuite des traitements relevait d'une obstination déraisonnable.

Droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès dans les cas de situation incurable et en phase terminale

Aucune disposition particulière relative au patient mineur n'est prévue dans l'article L. 1110-5-2 du CSP.

Une personne mineure, dès lors qu'elle est douée d'une capacité de discernement jugée suffisante, peut demander la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. Le consentement des titulaires de l'autorité parentale est nécessaire. En cas de désaccord entre l'enfant et ses parents, il est essentiel de poursuivre le dialogue pour que chacun trouve un sens à la décision (dialogue au fil des heures ou jours suivants, recours à un psychologue, contact avec les autres membres de la famille et les personnes d'importance pour l'enfant, etc.) (Haute Autorité de Santé, « *GUIDE DU PARCOURS DE SOINS Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?* », février 2018, actualisé en janvier 2020).

Accompagnement au soulagement de la douleur

Les dispositions du code de la santé publique mettent en place des préconisations liées à l'hospitalisation des patients en fin de vie et s'appliquent évidemment au patient mineur.

L'article L. 1110-9 précise ainsi que toute personne malade dont l'état le requiert a le « *droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement* ».

Certains aménagements sont également prévus lorsque le patient est hospitalisé en fin de vie ; il est transporté, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle. « *Ses proches sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent* » (article R. 1112-68 du CSP).

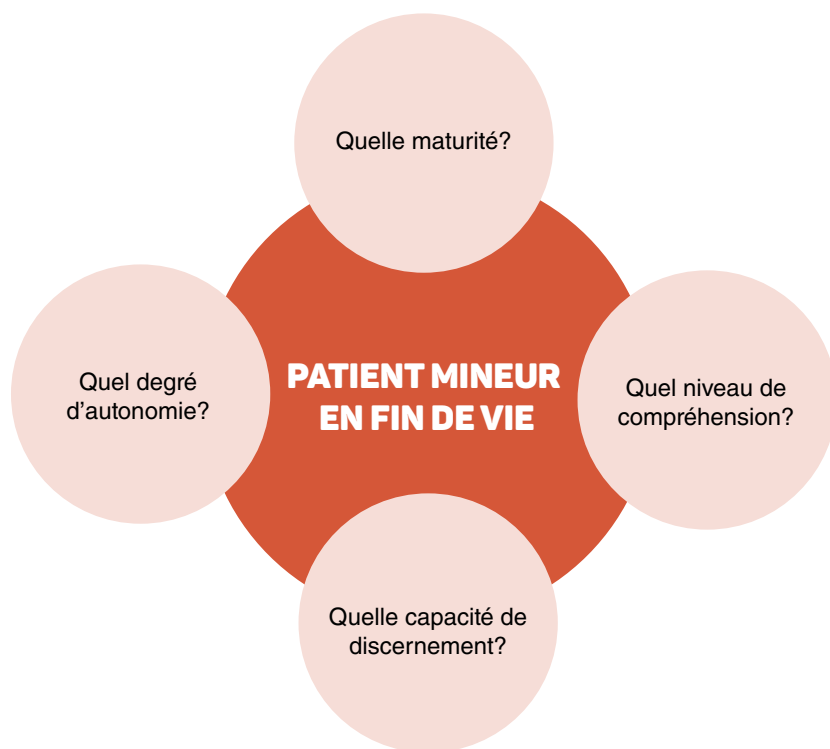
Une circulaire le confirme en pédiatrie en indiquant que « *le père ou toute autre personne qui s'occupe habituellement de l'enfant doit pouvoir accéder au service de pédiatrie quelle que soit l'heure et rester auprès de son enfant aussi longtemps que ce dernier le souhaite, y compris la nuit* » (circ. N° DH/EO3/98/688, 23 nov. 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie).

Enfin, l'accompagnement par les professionnels de la fin de vie des enfants doit être renforcé. La loi n° 2016-87 du 2 février 2016 a réaffirmé cette exigence de qualité, nécessaire à la prise en charge.

L'INFORMATION DU MINEUR EN FIN DE VIE

Les professionnels de santé doivent veiller à ce que les deux parents soient informés de l'état de l'enfant mineur en fin de vie, quel que soit le contexte familial ou conjugal puisqu'il ne s'agit pas d'actes usuels. 🔍 [fiche 11](#)

En outre, les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité (article L.1111-2 du CSP). Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et sa maturité. 🔍 [fiches 9 et 10](#)



L'EXPRESSION DE LA VOLONTÉ POUR LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS EN FIN DE VIE

Le principe selon lequel les droits des mineurs sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale, n'est pas modifié. Les parents doivent toujours consentir aux soins en prenant en compte l'avis du mineur (articles 371-1 du code civil et L.1111-4 du CSP). Cependant, en matière de limitation ou d'arrêt de traitement, la partie réglementaire du code de la santé publique prévoit que les parents ne donnent qu'un avis.

En effet, l'article R.4127-37-2 du CSP prévoit que « *lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur (...), le médecin recueille en outre l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, selon les cas, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation* ».

Décision par l'autorité parentale	Avis de l'autorité parentale
Tous les soins autres que ceux concernant la limitation ou l'arrêt de traitements	En matière de limitation ou d'arrêt de traitements (la décision revient alors au corps médical)

LIMITE AU DROIT COMMUN : PAS DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE, PAS DE DIRECTIVES ANTICIPÉES

Le mineur ne peut pas désigner une personne de confiance. Il ne dispose pas non plus du droit de rédiger des directives anticipées.

FAQ

1 Quelle est la place de la fratrie dans l'information donnée sur la fin de vie du mineur ?

« Une attention particulière est portée à l'information de la fratrie, qui sont les grands oubliés de la fin de vie d'un enfant », telles sont les préconisations du rapport sur la fin de vie et l'accompagnement d'octobre 2003 (rapport de la Mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie, 15 octobre 2003). « La tentation des parents est généralement de ne pas les informer de ce qui se passe. Ils croient ainsi les protéger, alors que c'est justement la découverte brutale de l'absence d'un frère ou d'une sœur qui fait traumatisme. La fratrie doit être informée et invitée à s'associer à l'accompagnement. Cette attitude prévient les deuils difficiles ou pathologiques. La présence d'un(e) psychologue dans le service peut aider les parents à trouver la manière d'annoncer la mort proche aux frères et sœurs, en fonction de leur âge et de leur personnalité ».

Recommandations

- La demande d'un patient mineur en fin de vie doit être écoutée de la même façon que celle d'un patient adulte.
- Il est fondamental de bien communiquer avec les proches (parents et fratries notamment) et de tracer cette communication dans le dossier patient.
- Il peut être intéressant de mener une réflexion éthique autour des spécificités de la fin de vie des mineurs avec les équipes de soins.
- Il faut mettre en place une démarche de formation autour de la fin de vie, qui peut s'inclure dans le développement professionnel continu pour les professionnels des services de pédiatrie ou de réanimation néonatale.



Références documentaires et juridiques :

- Code civil, art. 371-1 et suivants
- Code de la santé publique, art. L. 1111-2, L. 1111-4, L. 1110-9, R. 1112-68, R. 4127-37
- Haute Autorité de Santé, « GUIDE DU PARCOURS DE SOINS Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? », février 2018, actualisé en janvier 2020

15.

L'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL DU MINEUR

Dispositif juridique

Si la loi précise que toute personne a accès aux informations concernant sa santé détenues par l'établissement de santé, il en exclut cependant le patient mineur (exception faite du mineur émancipé). En effet aux termes des articles L. 1111-7 et R. 1111-6 du code de la santé publique, le mineur ne dispose pas du droit d'accéder à son dossier médical.

LE DROIT D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL DU MINEUR S'EXERCE PAR LES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Les droits des mineurs sont en principe exercés par les titulaires de l'autorité parentale.

🔍 **fiche 2**

Seuls ces derniers ou la personne qu'ils ont mandatée à cette fin, peuvent accéder aux informations contenues dans le dossier médical du mineur.



On précisera que chaque titulaire de l'autorité parentale, quelle que soit sa situation juridique [marié, divorcé, séparé, pacsé ou concubin (si l'enfant a été reconnu par le père)], a l'autorité parentale sur son enfant et peut donc demander à accéder à son dossier.

Ainsi, chacun dispose des mêmes droits, et l'opposition de l'un d'entre eux à ce que l'autre ait accès au dossier du mineur n'a aucune valeur juridique. De plus, aucune disposition du code de la santé publique n'impose que l'autre parent, titulaire de l'autorité parentale conjointe, soit averti de la demande de communication. En tout état de cause, il est important de faire preuve d'une grande prudence dans la sélection des informations transmises aux titulaires de l'autorité parentale, a fortiori lorsqu'il existe un conflit entre les deux. Il convient notamment de veiller à occulter toute mention se rapportant à la vie privée du parent qui n'est pas le demandeur de la transmission du dossier.

Ces données font en effet partie des informations qui, concernant un tiers à la prise en charge, sont exclues de la communication.

Remarque : Il existe des cas où la situation peut ne pas être si claire. En effet, le parent peut ne pas disposer des prérogatives attachées à l'exercice de l'autorité parentale. Dès lors, le destinataire d'une demande d'accès au dossier médical d'un mineur doit être particulièrement attentif à la qualité juridique du demandeur qui doit apporter la preuve de ses droits. Il s'agira, donc, de vérifier la qualité juridique du demandeur. Il importe ensuite de tenir compte des demandes présentées par le mineur lui-même lorsqu'il a atteint un degré de maturité suffisante pour exprimer sa volonté.

La loi accorde en effet certaines prérogatives au mineur faisant ainsi valoir son droit à une certaine autonomie (*cf infra*).

Par ailleurs, la loi ne permet pas au mineur d'accéder directement à son dossier. Cependant dans la mesure où l'article L. 1111-2 du CSP relatif au droit à l'information des patients prévoit que le mineur est informé de sa situation de santé selon son degré de maturité et sa capacité à participer à la décision, le médecin devra tenir compte de cette demande lors de l'entretien médical avec le mineur.

A noter

Au-delà de l'âge de la majorité, la règle d'accès par le patient à son dossier s'applique normalement comme pour tout majeur. Les parents ne peuvent donc plus faire de demande d'accès, y compris pour les données recueillies à l'époque de la minorité de leur enfant.

L'AMÉNAGEMENT DU DROIT D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL PAR LE PATIENT MINEUR

La réglementation accorde au mineur un droit d'opposition à l'accès direct des titulaires de l'autorité parentale à son dossier médical. Deux situations d'opposition sont prévues par les textes :

- D'une part, le droit d'opposition à l'accès aux informations contenues dans son dossier médical. Le mineur dispose d'un droit d'opposition totale à l'accès de ses parents dès lors qu'il a antérieurement sollicité et obtenu du médecin, de la sage-femme ou de l'infirmier l'ayant pris en charge, le secret sur les soins dont il avait besoin au titre des articles L. 1111-5 et L. 1111- 5-1 du CSP. Le personnel médical et soignant doit, dans ces conditions, faire mention écrite dans le dossier médical de la demande de soins effectuée dans le secret. De plus, la mention de l'opposition du mineur doit y être inscrite après avoir essayé d'obtenir l'accord de celui-ci pour que ses parents puissent accéder à son dossier. Cependant, si le mineur persiste dans son opposition, il sera impossible pour les parents de prendre connaissance de ces informations sans la levée du secret par le mineur (article R. 1111-6 du CSP).  **fiche 12**

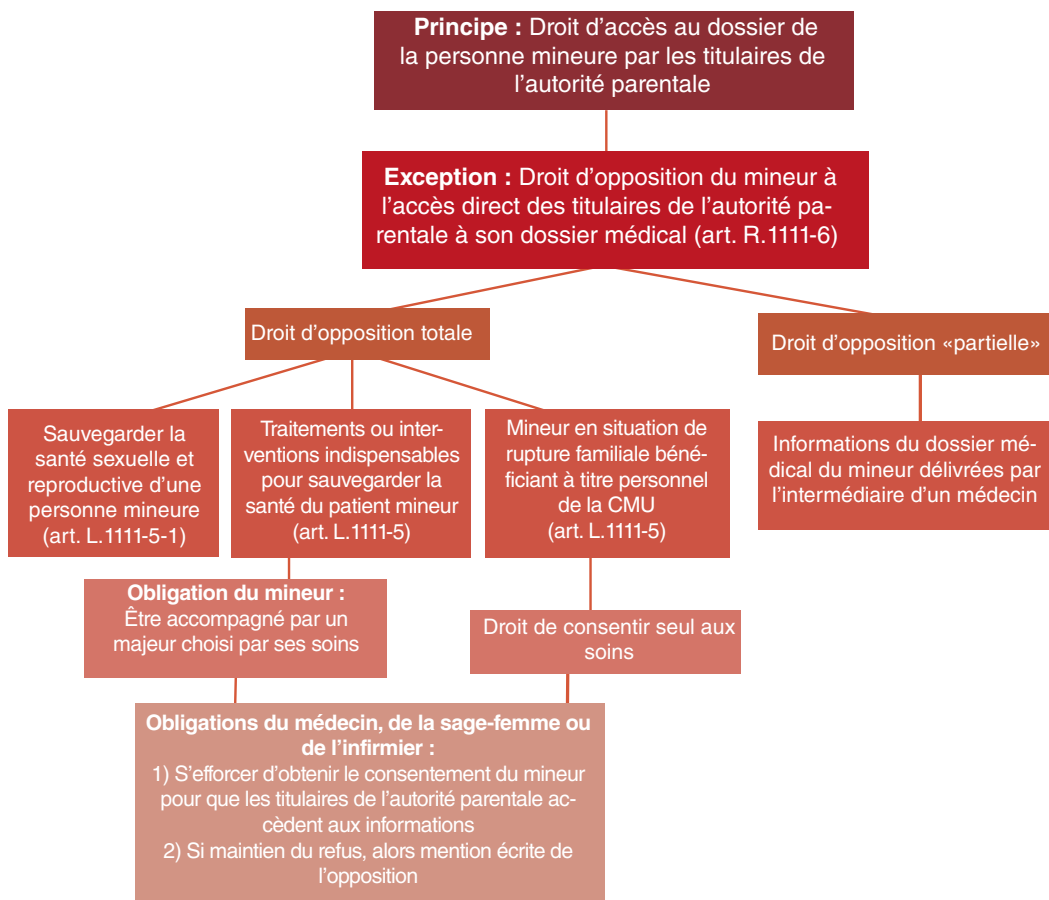
Aussi, on relève trois hypothèses dans lesquelles le mineur dispose d'un droit d'opposition totale :

- La situation d'un mineur dont le traitement ou l'intervention en cause apparaissent indispensables pour sauvegarder sa santé et qui souhaite garder le secret sur ce traitement ou cette intervention (article L. 1111-5 alinéa 1 du CSP).
 - La situation du patient mineur en rupture de liens familiaux et bénéficiant de la protection universelle maladie (article L. 1111-5 dernier alinéa du CSP).
 - L'opposition du mineur à transmettre des informations à ses parents concernant les soins afférents à la sauvegarde de sa santé sexuelle et reproductive (article L. 1111-5-1 du CSP).
- D'autre part, le droit d'opposition à l'accès direct à son dossier médical. Il s'agit de permettre au mineur, quelles que soient ses conditions de prise en charge, d'exprimer sa volonté sur le fait que ses parents (ou toute personne exerçant l'autorité parentale) n'accèdent à son dossier que par l'intermédiaire d'un médecin. Toutefois, ce médecin intermédiaire devra être désigné par ces derniers afin d'accéder au dossier du mineur. On notera que dans ce cas précis, le médecin intermédiaire devra procéder à la lecture du dossier aux représentants de l'autorité parentale en préservant les droits du mineur et son intimité.



A noter

Concernant ces deux modes d'opposition attribués au mineur, il s'agit cependant de dispositions dérogatoires à l'autorité parentale, qui doivent demeurer d'application exceptionnelle.



L'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL DU PATIENT MINEUR DÉCÉDÉ

En cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, se serait opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du CSP (article L.1110-4 du CSP).

Les parents n'ont pas à motiver leur demande d'accès contrairement aux ayants droit, au partenaire pacsé et au concubin d'un patient majeur décédé, et peuvent obtenir l'intégralité du dossier médical de leur enfant, sous réserve que le mineur n'ait pas bénéficié d'une prise en charge dans le secret.

FAQ

1 Comment procéder si un parent ne peut prouver qu'il détient l'autorité parentale sur le mineur ?

Si le demandeur ne peut fournir aucune pièce prouvant sa filiation avec l'enfant, il convient de refuser la demande ou, avec son accord, de prendre contact avec l'autre parent afin d'être éclairé sur l'exercice de l'autorité parentale.

2 Les parents d'un enfant faisant l'objet d'une mesure de placement ont-ils accès à son dossier médical ?

Ce droit d'accès étant lié à l'autorité parentale, rien ne s'y oppose par principe. Le parent dont l'enfant fait l'objet d'une mesure de placement conserve son droit d'accès à moins qu'il n'ait été déchu de son autorité parentale.

3 Que faire si la communication du dossier médical aux titulaires de l'autorité parentale est susceptible de constituer une menace pour la santé ou la sécurité de l'enfant ?

La Commission d'accès aux documents administratifs (Cada) considère que l'intérêt supérieur de l'enfant, protégé par l'article 3 de la convention internationale des droits de l'enfant, peut s'opposer à la communication aux titulaires de l'autorité parentale des informations médicales concernant une personne mineure si cette communication est susceptible de constituer une menace pour la santé ou la sécurité de l'enfant (Cada, avis, 19 mars 2015, n°20150229). Elle estime ainsi que les dispositions de l'article L. 1111-7 du CSP, auxquelles renvoie l'article L.311-6 du code des relations entre le public et l'administration, ne sauraient être interprétées comme prescrivant la communication aux titulaires de l'autorité parentale des pièces du dossier médical de l'enfant, dans l'hypothèse où cette communication serait susceptible de constituer une menace pour la santé ou la sécurité de l'enfant (dont relève également son bien-être). C'est donc au vu des circonstances propres à chaque situation qu'il convient d'apprécier l'intérêt supérieur de l'enfant. Cette appréciation relève du médecin.

Recommandations

- Veiller à toujours vérifier la qualité des titulaires de l'autorité parentale par les documents officiels prouvant cette qualité.
- Tenir compte de la demande d'accès direct présentée par un mineur en lui proposant de reprendre avec lui l'information à laquelle il a droit.
- Veiller à ne pas entrer dans les conflits familiaux, appliquer le droit.
- Ne pas communiquer un document qui serait susceptible de constituer une menace pour la santé ou la sécurité de l'enfant.



Références documentaires et juridiques :

- > *Code de la santé publique*, art. L.1111-4, L.1111-5, L.1111-5-1, L.1111-7, R1111-6
- > *Code des relations entre le public et l'administration*, art. L.311-6
- > Arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès.
- > *Cada*, avis, 19 mars 2015, n°20150229
- > *Guide relatif aux modalités d'accès au dossier médical du patient ; ouvrage collectif, Centre de droit JuriSanté, CNEH, disponible sur : <https://www.cneh.fr/blog-jurisante>*

16.

LA CONDUITE À TENIR FACE À UN MINEUR EN DANGER

Dispositif juridique

LA DÉFINITION ET LE REPÉRAGE DU DANGER

Le danger, tel que prévu par l'article 375 du code civil, est caractérisé lorsque « *La santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou [que] les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises (...).* »

Le danger peut être de plusieurs sortes :

- Violences physiques : fait d'utiliser délibérément la force physique. Par exemple, des coups, gifles (articles 222-7 à 222-14 du code pénal).
- Violences sexuelles : propositions sexuelles sur mineur de moins de 15 ans, atteinte sexuelle sur mineur, agression sexuelle sur mineur, viol sur mineur, inceste, recours à la prostitution des mineurs, proxénétisme sur mineurs (articles 222-22 à 227-27 du code pénal).
- Violences psychologiques : paroles, gestes, comportements qui ont pour effet de dénigrer, humilier, blesser moralement la victime (article 222-14-3 du code pénal).
- Négligences : privations des éléments indispensables au bon développement et au bien-être de l'enfant. Par exemple : manque de nourriture, de sommeil, de soins, d'attention.

L'évaluation de la situation du mineur requiert, chaque fois que cela est possible, la mise en commun, pluridisciplinaire, d'informations provenant des différentes approches (médecins, psychologue, assistante sociale, etc.). Tous ces éléments doivent être consignés dans le dossier médical et social du patient. Pour aider les professionnels, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une fiche mémo « *Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir* ». Il y est souligné que toutes les données recueillies au cours de l'examen clinique doivent être consignées dans le dossier du patient. Les propos de l'enfant et de la famille sont retranscrits mot pour mot, entre guillemets, tels qu'ils ont été entendus ou observés, en évitant tout commentaire, interprétation ou appréciation personnelle.

LES DÉROGATIONS AU SECRET PROFESSIONNEL

Les professionnels de santé sont soumis au secret notamment prévu par l'article L. 1110-4 du code de la santé publique :

« Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code (...) a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. »

Même si l'article 434-3 du code pénal exclut expressément les professionnels de santé de l'obligation de signalement en cas de mauvais traitements, agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur, du fait du secret professionnel, ceux-ci n'y sont toutefois pas soustraits.



Tout d'abord, sur le plan pénal, la possibilité leur est donnée de signaler les privations et sévices infligés aux mineurs, même si une information couverte par le secret professionnel doit être révélée (article 226-14 du code pénal). Cette révélation n'entraînera alors aucune sanction disciplinaire ou ordinaire, sauf s'il est établi qu'ils n'ont pas agi de bonne foi.

Ce principe a, par ailleurs, été à plusieurs reprises confirmé par la jurisprudence, notamment dans les situations où des professionnels médicaux avaient adressé des signalements du fait de violences et de maltraitements commises sur des mineurs. Le Conseil d'Etat a annulé les sanctions disciplinaires prononcées à leur encontre pour violation du secret professionnel.

Une illustration

Le Conseil d'Etat a rappelé qu'il résulte des articles 226-13 et 226-14 du CP que, lorsqu'un médecin signale au procureur de la République ou à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) des faits laissant présumer qu'un mineur a subi des violences physiques, sexuelles ou psychiques, et porte à cet effet à sa connaissance tous les éléments utiles qu'il a pu relever ou déceler dans la prise en charge de ce jeune patient, notamment des constatations médicales, des propos ou le comportement de l'enfant et, le cas échéant, le discours de ses représentants légaux ou de la personne accompagnant l'enfant soumis à son examen médical, sa responsabilité disciplinaire ne peut être engagée à raison d'un tel signalement, s'il a été effectué dans ces conditions, sauf à ce qu'il soit établi que le médecin a agi de mauvaise foi (CE, 5 juillet 2022, n° 448015).

De plus, et de manière générale, une obligation est également prévue par l'article 40 du code de procédure pénale, selon lequel tout crime ou délit qui viendrait à la connaissance d'un fonctionnaire doit être signalé au procureur de la République.

LE CHOIX DU SIGNALEMENT

Il existe deux types de signalement :

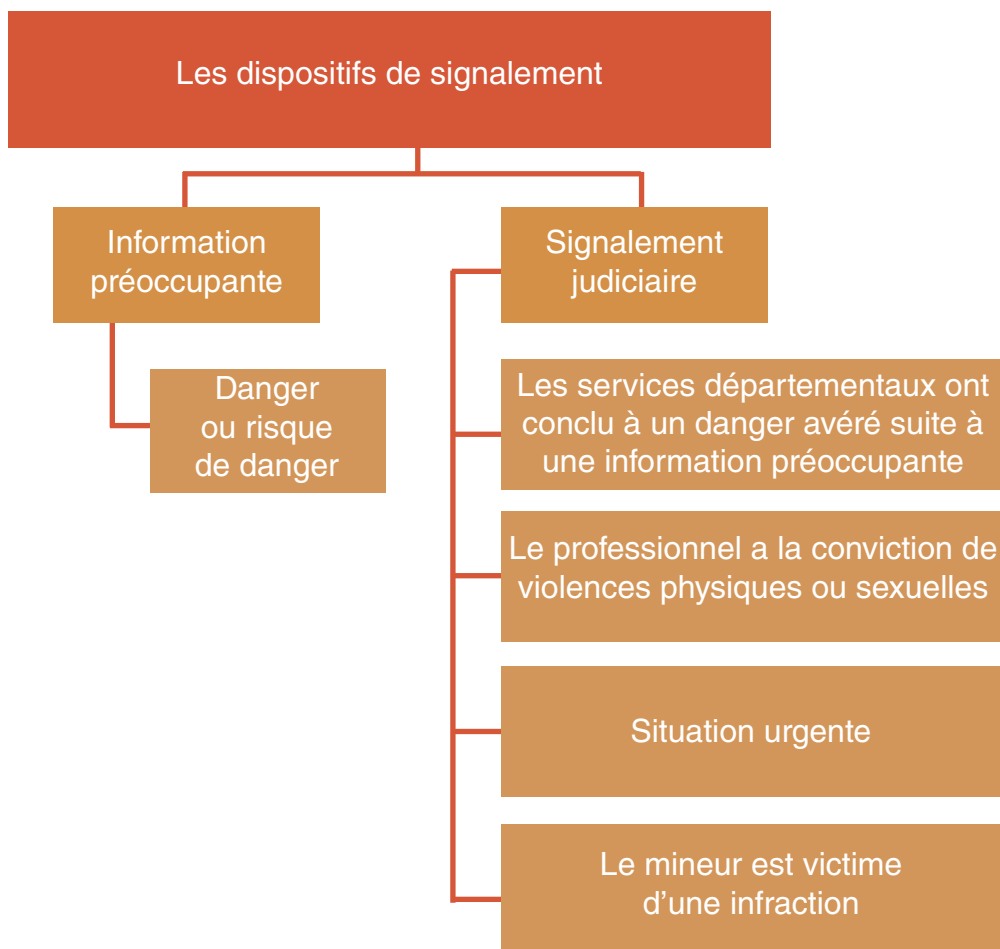
- L'information préoccupante : le professionnel peut alerter le président du conseil départemental lorsqu'il estime qu'un mineur est en danger ou en risque de danger.

Une cellule départementale, la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), a ainsi été créée pour centraliser les alertes, garantir le respect des procédures et des délais d'évaluation et conseiller les professionnels. 🔍 **fiche 18**

- Le signalement judiciaire : le professionnel peut adresser un signalement au procureur de la République dans les cas les plus graves. Le mineur est alors immédiatement placé en sécurité. 🔍 **fiche 17**

Ces deux dispositifs n'ont donc pas la même portée mais la finalité reste identique, protéger le patient mineur.

Comme souligné par la HAS, « *protéger l'enfant est un acte médical et une obligation légale : le médecin ou un autre professionnel de santé n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour alerter l'autorité compétente* ».

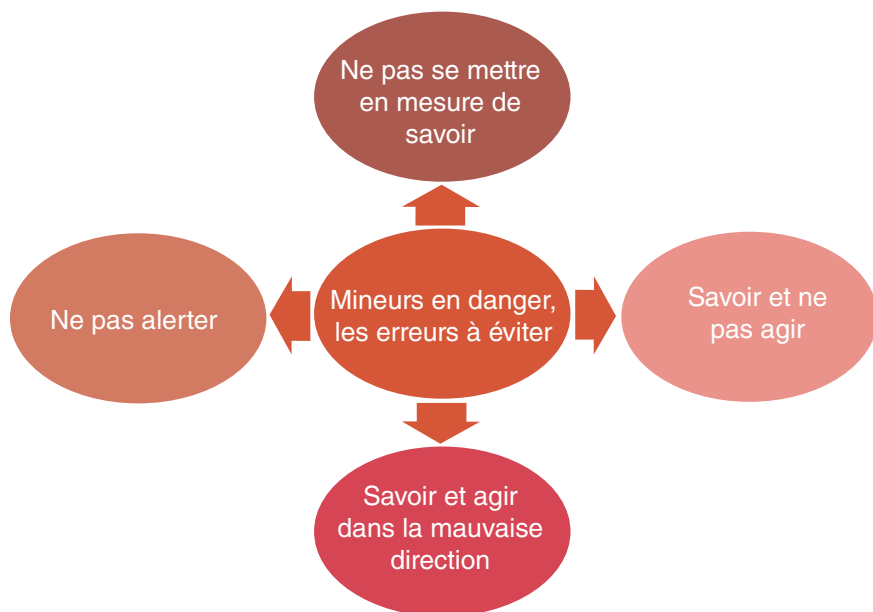


LA NÉCESSITÉ D'AGIR

Au-delà de la question du signalement au procureur de la République ou de l'information préoccupante à la CRIP, le devoir de tout professionnel de santé est d'empêcher à l'aide des moyens dont il dispose que la situation de maltraitance perdure. Leur intervention ne devant pas nécessairement prendre la forme d'un signalement administratif ou judiciaire. Ils ont donc l'obligation d'agir directement dans le cas où le patient mineur se trouverait en situation de danger grave et imminent : hospitaliser le mineur ou prolonger la durée de son hospitalisation par exemple. Et en tout état de cause, la limite est la non-assistance à personne en danger qui est punie par la loi (article 226-3 du code pénal).

Les UAEPED : En 2023, 88 Unités d'Accueil Pédiatriques Enfant en Danger (UAPED) étaient déployées et 27 autres en projet (source : La Voix De L'Enfant). Ainsi, de plus en plus de centres hospitaliers disposent d'une unité regroupant, dans un lieu unique, des ressources soignantes spécialisées en santé de l'enfant et de l'adolescent et une salle d'audition adaptée. Les UAPED ont pour objectif de concilier, d'une part, la prise en compte de la souffrance de l'enfant sur le plan médical, psychologique et social, et d'autre part, répondre aux nécessités de l'enquête et/ou de l'instruction judiciaire ayant pour finalité de parvenir à la manifestation de la vérité.

Elles assurent le repérage, les premiers soins somatiques et psychiques, et orientent vers les soins ultérieurs en lien avec le médecin référent protection de l'enfance du conseil départemental. Elles contribuent à réaliser les informations préoccupantes et les signalements. Elles peuvent répondre aux réquisitions judiciaires avec les services de médecine légale.



FAQ

1 Comment faire si le patient mineur s'oppose au signalement des violences ?

L'article 226-14 2° du code pénal prévoit que lorsque la victime est un mineur son accord n'est pas nécessaire. Mais il est recommandé de tout tenter pour convaincre le patient de la nécessité du signalement avant d'entreprendre les démarches. C'est le meilleur moyen pour qu'il accepte de l'aide.

2 Que faire si le patient mineur s'oppose à l'information de ses parents ?

L'auteur d'une information préoccupante ou d'un signalement doit, par principe, prévenir les parents, y compris si l'enfant s'y oppose. Toutefois, si cela risque de mettre en danger sa vie alors il doit s'abstenir. L'enjeu est de les prévenir de la démarche qui a été engagée et de leur expliquer les éléments d'observation qui ont conduit à l'information préoccupante ou au signalement.

Recommandations

- En cas de situation de danger avéré ou potentiel, prévenir l'encadrement et le poste de sécurité de l'établissement, le cas échéant.
- Former les professionnels au repérage des violences, notamment dans les situations de vulnérabilité spécifiques (grossesse, hospitalisation suite à une tentative de suicide, ...).
- Sensibiliser les professionnels à la pratique du questionnement pour permettre la révélation des violences et amorcer la mise en sécurité de l'enfant.
- Pour protéger le mineur et, le cas échéant, réaliser des examens complémentaires permettant d'asseoir le diagnostic, ne pas hésiter à hospitaliser ou prolonger l'hospitalisation du mineur.



Références documentaires et juridiques :

- > *Code civil, art. 375 et suivants*
- > *Code pénal, art. 222-7 à 222-14, art. 222-22 à 227-27, art. 222-14-3, art. 434-3*
- > *Code de la santé publique, art. L. 1110-4*
- > *Code de procédure pénale, art. 40*
- > *CE, 5 juillet 2022, n°448015*
- > *Rapport de la Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants (CIIIVISE), Violences sexuelles faites aux enfants : « on vous croit », novembre 2023*
- > *HAS, Fiche Mémo Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir, octobre 2014/mise à jour juillet 2017*
- > *Guide de la justice des mineurs, Ministère de la justice, éditions spéciales playBac, janvier 2022*

17.

FOCUS SUR LE SIGNALEMENT

Dispositif juridique

Si le département est le chef de file de la protection de l'enfance, la justice est amenée à intervenir dans certaines situations pour protéger l'enfant.

DÉFINITION

Il y a signalement au procureur de la République en cas de danger grave et immédiat, notamment dans les situations de maltraitance.

Mais aussi, selon l'article L.226-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF) dans les cas suivants:

- Si le danger est impossible à évaluer ;
- Si la protection administrative se révèle insuffisante ;
- Si la famille refuse l'aide proposée / n'adhère pas à la mesure ;

Quant à l'article 226-14 du code pénal, il vise les constats de sévices, maltraitements ou privations, sur le plan physique ou psychique, qui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises.

Le signalement correspond à un événement imprévu, inhabituel, rapide, dommageable au mineur ET nécessitant une protection immédiate. L'urgence de la situation se définit par référence au degré élevé de mise en danger du mineur.

La Haute Autorité de Santé a élaboré une fiche mémo pour aider au repérage des violences chez l'enfant et la conduite à tenir pour le protéger.

DÉCISION DE SIGNALER

Chaque professionnel d'un établissement de santé peut être confronté, dans l'exercice de ses missions, à des enfants victimes de violences physiques, sexuelles ou de négligences lourdes. L'article 226-14 du code pénal prévoit la levée de leur secret professionnel en cas de privations ou de sévices, dont ceux à caractère sexuel, infligés à un mineur, dès lors que l'information est donnée aux autorités judiciaires.

C'est en fonction de la situation du mineur que le professionnel (et l'équipe) doit se déterminer et après avoir apprécié les mesures adéquates de protection à mettre en œuvre. L'article R.4217-44 du CSP prévoit 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. Lorsqu'il s'agit d'un mineur 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 alerte les autorités judiciaires [ou administratives], sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience.

L'Ordre des médecins souligne que « *s'agissant des moyens susceptibles d'être mis en œuvre par le médecin, l'article R.4127-44 se borne à évoquer les moyens les plus adéquats, en ajoutant que le médecin doit faire preuve de prudence et de circonspection. Tout est dès lors affaire de la personne concernée, des circonstances, et du degré pressenti de maltraitance. Dans les cas les plus flagrants, il appartient au médecin de faire en sorte de soustraire la victime à la maltraitance en cause, par exemple en l'hospitalisant et en s'assurant de l'effectivité de cette mesure* » (Ordre national des médecins, Code de déontologie médicale et ses commentaires, juin 2022).

Pour mémoire, l'article 223-6 du CP sur l'omission de porter secours est applicable en toute circonstance.

 [fiche 16](#)



A noter

Le manuel de certification des établissements de santé de la HAS (Version 2024) prévoit que l'établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients (critère 3.2-05). Il est précisé que « si les maltraitances les plus graves doivent faire l'objet d'un suivi à la fois médical et psychologique, social et, le cas échéant, judiciaire, les maltraitances, qui ne relèvent pas d'une qualification pénale, sont également indispensables à prévenir, détecter et à traiter ».

COMMENT SIGNALER ?

L'information du procureur de la République peut être réalisée par téléphone, avec une transmission du signalement écrit par tout moyen.

A noter que, s'agissant d'un mineur, son accord au signalement n'est pas requis.

Le signalement doit être exempt de tout jugement de valeur et de toute subjectivité, aucun commentaire personnel n'y figure. L'écrit du professionnel peut être accompagné utilement de tout document complémentaire de type dessin de l'enfant. Mais le signalement n'a pas à établir la preuve des faits, il appartient à l'autorité judiciaire d'y procéder, une fois saisie, le cas échéant. Pour autant, le signalement doit s'appuyer sur un constat objectif, une connaissance personnelle par le professionnel de la situation incriminée ou de fortes présomptions de la réalité des faits. Le plus souvent, le signalement s'appuie sur un faisceau d'indices, c'est-à-dire un ensemble d'éléments qui, cumulés entre eux, laissent présumer les violences ou les maltraitances.

Le Conseil d'État a rappelé que le signalement du médecin sur le fondement de l'article R. 4127-44 du CSP se distingue d'un certificat ou d'une attestation prévus à l'article R. 4127-76 du CSP, à la fois dans le contenu et la communication. En effet, lors d'un signalement adressé aux autorités judiciaires [ou administratives] afin de les alerter sur la situation d'un patient mineur en danger, le médecin va transmettre tous les éléments utiles qu'il a pu relever ou déceler au travers de constatations médicales, du comportement de l'enfant, de ses propos et, le cas échéant, le discours de ses parents. À la différence d'un certificat ou d'une attestation qui sont rédigés sur la base des seules constatations médicales et sont donc susceptibles d'être remis au patient ou à ses représentants légaux (CE, 19 mai 2021, n° 431346).

! Attention

Aucune poursuite, ni sanction n'est possible à l'encontre du professionnel si le signalement est effectué selon les règles. En revanche, si le signalement n'a pas été entouré de toutes les précautions requises et a entraîné un préjudice, le professionnel pourra être considéré comme fautif. En voici une illustration : des parents ont conduit leur enfant âgé de deux mois au service des urgences d'un centre hospitalier universitaire suite à un gonflement de la jambe gauche. Le CHU a diagnostiqué une fracture du tibia gauche et a effectué un signalement de suspicion de maltraitance auprès du procureur de la République.

Cette démarche a conduit au placement de cet enfant auprès des services de l'aide sociale à l'enfance. Mais un autre établissement public de santé a diagnostiqué chez ce jeune patient la « maladie des os de verre ». Le tribunal administratif a considéré que, si l'erreur de diagnostic ne saurait être regardée en l'espèce comme constituant, à elle seule, une faute compte-tenu de la difficulté de poser un diagnostic d'ostéogenèse imparfaite sur un nouveau-né qui justifiait l'hésitation des médecins, le service hospitalier ne s'est toutefois pas entouré de toutes les précautions, en ne procédant pas à l'analyse des antécédents familiaux du patient, qui auraient pu permettre de lever les hésitations dans l'établissement du diagnostic posé dans le cas de ce nourrisson.

Dans ces conditions, la démarche médicale n'a pas été entourée de la mise en œuvre de tous les moyens qui auraient permis de limiter les risques d'erreur de diagnostic. Il en a découlé un signalement de maltraitance infondé et à tout le moins hâtif. Le centre hospitalier universitaire a donc commis une faute de nature à engager sa responsabilité ; il doit être condamné à en réparer les conséquences dommageables pour les requérants (TA Limoges, 3 novembre 2011, n°09022183).

A retenir : si un signalement tardif présente un risque pour la victime, dont la protection sera différée d'autant, un signalement hâtif, à l'inverse peut se révéler insuffisamment fondé.



SUITE DU SIGNALEMENT

Il appartient au procureur de la République, destinataire du signalement, de déterminer les mesures qui doivent être prises dans l'intérêt de l'enfant. Si le danger apparaît grave et imminent, le magistrat du parquet pourra ordonner un placement provisoire de l'enfant et saisir le juge des enfants dans le cadre d'une procédure d'assistance éducative.

 **fiche 7**

L'intérêt supérieur de l'enfant est le critère principal de l'intervention judiciaire. Le juge le prend toujours en compte dans sa décision.

FAQ

1 Le signalement peut-il être adressé directement au juge des enfants ?

Le juge des enfants est un juge spécialisé du tribunal judiciaire. Il a, d'une part, pour mission de protéger les mineurs en danger (mal nourris, violentés, déscolarisés...) et d'aider les parents dans l'éducation de leurs enfants. D'autre part, il juge seul, dans son bureau, les mineurs poursuivis pour les infractions les moins graves et peut ordonner des mesures éducatives en réponse à leurs actes.

Le Conseil d'État a confirmé que le juge pour enfants n'est pas au nombre des autorités destinataires d'un signalement selon l'article 226-14 du CP. Toutefois, il a considéré que le signalement par un médecin de maltraitances au juge des enfants déjà saisi de la situation, ne caractérise pas un manquement au secret professionnel (CE, 30 mai 2022, n° 448646).

Recommandations

- Dans toute la mesure du possible, faire précéder le signalement d'une réflexion collégiale et d'une analyse collective des éléments à disposition.
- N'adresser le signalement qu'au procureur de la République (éventuellement doublé à la CRIP) mais pas aux parents ou aux tiers (enseignants par exemple).



Références documentaires et juridiques :

- > Code pénal, art. 223-6, 226-14
- > Code de la santé publique, art. R.4217-44
- > CE, 30 mai 2022, n° 448646
- > CE, 19 mai 2021, n° 431346
- > TA Limoges, 3 novembre 2011, n°09022183
- > Ordre national des médecins, Code de déontologie médicale et ses commentaires, juin 2022
- > Guide de la justice des mineurs, Ministère de la justice, éditions spéciales playBac, janvier 2022
- > HAS, Fiche Mémo Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir, octobre 2014/mise à jour juillet 2017

18.

FOCUS SUR L'INFORMATION PRÉOCCUPANTE

Dispositif juridique

Les professionnels des établissements de santé sont des acteurs clés en termes de repérage, de prise en charge, de transmission des éléments d'inquiétude ou de danger, voire de mise en application de certaines mesures de protection des mineurs.

La réforme de la protection de l'enfance de 2007 a créé le dispositif de « l'information préoccupante » dont le cadre légal est différent de celui du signalement judiciaire.

DÉFINITION

Selon l'article R.226-2-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF), l'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale de recueil des informations préoccupantes (CRIP) pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être.

La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation du mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont lui et sa famille peuvent bénéficier.

SITUATIONS DONNANT LIEU À LA TRANSMISSION D'UNE INFORMATION PRÉOCCUPANTE

L'enfant en risque

Il s'agit de l'enfant qui se trouve dans une situation où le danger potentiel auquel l'expose son environnement familial ou personnel est suffisamment caractérisé pour justifier une intervention. Il peut également s'agir d'un enfant non directement victime d'un environnement familial maltraitant mais qui souffre de conditions d'existence propres qui fragilisent ou menacent son développement et son épanouissement personnel.

L'enfant maltraité

Il s'agit de l'enfant qui est ou serait victime de violences physiques (par exemple, ecchymoses, plaies, brûlures, fractures...) ou psychologiques par le rejet qui lui est manifesté, par les humiliations répétées,....

Il convient donc d'adresser à la CRIP toutes les informations préoccupantes concernant des enfants en risque de danger y compris celles :

- qui ne relèvent pas de l'urgence ;
- qui ne relèvent pas de la maltraitance avérée ou d'une suspicion de violence sexuelle ;
- concernant des enfants dont les parents n'ont pas manifesté leur refus de collaboration à l'investigation ou à d'éventuelles mesures administratives ;
- qui nécessiteront une évaluation partenariale.

AUTEUR DE L'INFORMATION PRÉOCCUPANTE

L'information préoccupante repose sur une évaluation de la situation qui peut être réalisée par une équipe pluridisciplinaire ou par un seul professionnel à l'hôpital : aucun texte ne la définit précisément, il appartient donc à chaque établissement de définir une manière de procéder en interne.

Comme souligné par la Haute Autorité de Santé, dans le cas d'enfants/adolescents en danger, le professionnel de santé (médecin, cadre de santé, infirmier, etc.) peut effectuer les démarches directement auprès des autorités administratives ou judiciaires, notamment en cas de danger nécessitant une prise en charge immédiate. Toutefois, ces démarches se déroulent généralement en équipe et en interaction avec le service social afin de rassembler les éléments médicaux et environnementaux avant transmission de l'information préoccupante ou du signalement.



Quoiqu'il en soit, la réalisation d'une information préoccupante doit respecter certains principes importants, comme le secret professionnel. Mais sauf intérêt contraire de l'enfant, le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur sont préalablement informés de cette transmission, selon des modalités adaptées (article L.226-2-1 du CASF).

CONTENU DE L'INFORMATION PRÉOCCUPANTE

- Les indications souhaitées dans une information préoccupante concernent :
 - l'informateur: identité, coordonnées, profession ou qualité, lien avec le mineur.
 - le mineur : identité, date de naissance, adresse/coordonnées de la famille ; identité des titulaires de l'autorité parentale et des personnes vivant avec le mineur ; précisions sur son mode de garde, sa scolarité...
- La nature et la justification de l'information :
 - faits constatés, faits rapportés par l'enfant et/ou l'accompagnateur, faits supposés (attention, les faits rapportés ou non vérifiés doivent être rédigés au conditionnel et les propos sont cités entre guillemets) ;
 - contexte de la découverte ;
 - description et date des faits, fréquence ;
 - examens médicaux réalisés, état et besoins du mineur.

Le professionnel rédige l'information préoccupante à partir de son examen clinique, des informations qu'il a en sa possession et dont il a eu connaissance dans le cadre de son exercice.

CONSÉQUENCES DE L'INFORMATION PRÉOCCUPANTE

La CRIP décide des orientations les plus appropriées selon la situation de l'enfant après évaluation.

L'évaluation de la situation d'un mineur à partir d'une information préoccupante est réalisée, au regard du référentiel national d'évaluation des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant fixé par décret après avis de la HAS, par une équipe pluridisciplinaire de professionnels identifiés et formés à cet effet. A cette occasion, la situation des autres mineurs présents au domicile est également évaluée (article L.226-3 du CASF).

L'article D.226-2-3 du CASF précise que l'évaluation a pour objet :

- D'apprécier le danger ou le risque de danger au regard des besoins et des droits fondamentaux, de l'état de santé, des conditions d'éducation, du développement, du bien-être et des signes de souffrance éventuels du mineur. Elle n'a pas pour objet de déterminer la véracité des faits allégués ;
- De proposer les réponses de protection les mieux adaptées en prenant en compte notamment la capacité des titulaires de l'autorité parentale à se mobiliser pour la protection du mineur, à mobiliser leurs ressources et celles des personnes de leur environnement.

Dès lors qu'une première analyse d'une information reçue à la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation fait apparaître qu'il s'agit d'une information préoccupante le président du conseil départemental :

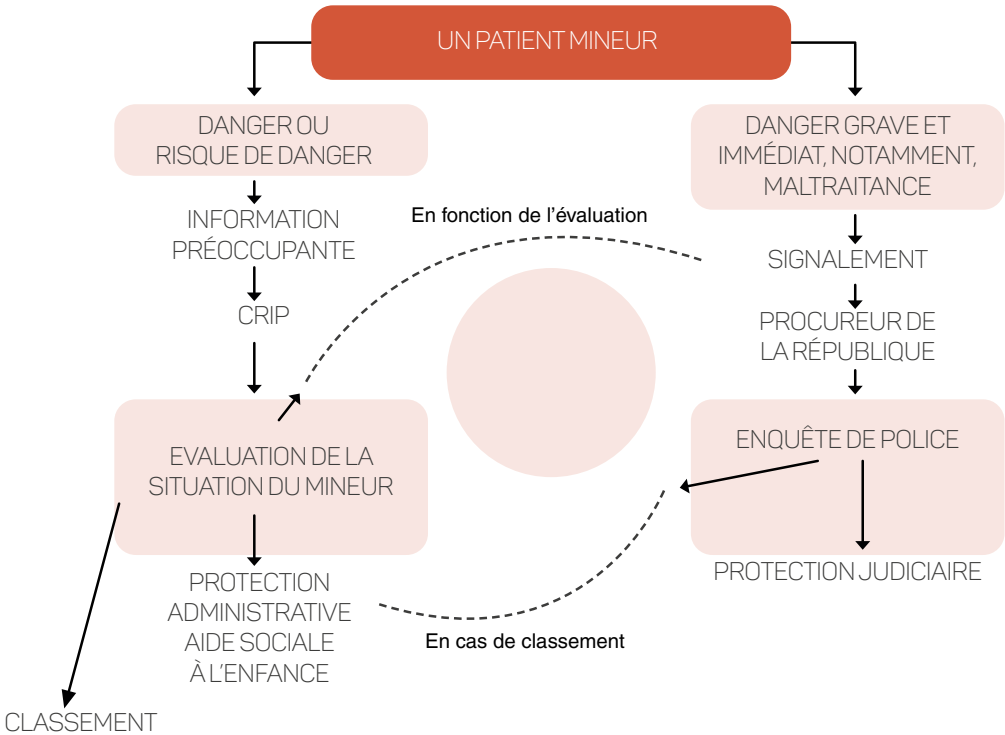
- Confie l'évaluation de la situation du mineur à l'équipe pluridisciplinaire ;
- Le cas échéant, saisit l'autorité judiciaire des situations de danger grave et immédiat, notamment dans les situations de maltraitance.

La conclusion unique et commune du rapport d'évaluation confirme ou infirme l'existence d'un danger ou d'un risque de danger (article D.226-2-7 du CASF). Elle formule les propositions suivantes :

- Soit un classement ;
- Soit des propositions d'actions adaptées à la situation, telles qu'un accompagnement de la famille, une prestation d'aide sociale à l'enfance ;
- Soit la saisine de l'autorité judiciaire, qui est argumentée.

Le président du conseil départemental informe, dans un délai de trois mois à compter de la transmission de l'information, les personnes qui lui ont communiqué des informations dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur activité professionnelle, des suites qui leur ont été données (article L.226-5 du CASF).

L'ARTICULATION ENTRE INFORMATION PRÉOCCUPANTE ET SIGNALEMENT



FAQ

1 Un professionnel de santé peut-il voir sa responsabilité engagée suite à la réalisation d'une information préoccupante ?

La transmission d'une information préoccupante ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi (article 226-14 du CP). À titre d'exemple, un médecin d'un centre médico-psychologique pour patients mineurs avait alerté la CRIP au sujet d'un enfant susceptible d'être l'objet de maltraitances psychologiques par sa mère.

L'enfant était pris en charge dans ce centre à la suite d'une première information préoccupante transmise quelques mois plus tôt par d'autres professionnels de santé. Après le signalement de ce médecin, l'enfant a été placé par le juge des enfants. Sa mère a alors porté plainte contre le praticien auprès de l'ordre des médecins. La Haute Juridiction a rappelé qu'il résulte des articles 226-13 et 226-14 du CP que lorsqu'un médecin signale au procureur de la République ou à la CRIP des faits laissant présumer qu'un mineur a subi des violences physiques, sexuelles ou psychiques, et porte à cet effet à sa connaissance tous les éléments utiles qu'il a pu relever ou déceler dans la prise en charge de ce jeune patient, notamment des constatations médicales, des propos ou le comportement de l'enfant et, le cas échéant, le discours de ses représentants légaux ou de la personne accompagnant l'enfant soumis à son examen médical, sa responsabilité disciplinaire ne peut être engagée à raison d'un tel signalement, s'il a été effectué dans ces conditions, sauf à ce qu'il soit établi que le médecin a agi de mauvaise foi (CE, 5 juillet 2022, n° 448015).

Recommandations

- Agir avec prudence et circonspection. L'information transmise doit être strictement nécessaire, pertinente et proportionnée à la situation ; elle doit porter sur les actes et jamais sur leur auteur.
- Les parents doivent être informés de l'information préoccupante mais cette dernière n'est pas une pièce du dossier médical ; elle ne leur est donc pas communicable.
- Ne pas faire subir au patient un interrogatoire, ne pas organiser de confrontation avec sa famille.



Références documentaires et juridiques :

- > *Code de l'action sociale et des familles*, art. L.226-2-1, L.226-3, L.226-5, R.226-2-2, D.226-2-3, D.226-2-7
- > *Code pénal*, art. 226-14
- > *CE*, 5 juillet 2022, n° 448015
- > *Guide de la justice des mineurs*, Ministère de la justice, éditions spéciales playBac, janvier 2022
- > *Observatoire national de la protection de l'enfance*, *La santé des enfants protégés*, *Seizième rapport au Gouvernement et au Parlement*, juillet 2022
- > *Haute Autorité de Santé*, *Évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger : cadre national de référence – Recommandation de bonne pratique – Mis en ligne en 2021 et mis à jour en 2023*

19.

FOCUS SUR LES MAGISTRATS INTERVENANT AUPRÈS DES MINEURS

Titre	Juge des enfants	Juge aux affaires familiales	Procureur de la République
Fonctions	Sa mission est double : - protège les mineurs en danger - possède des prérogatives pénales (juge les mineurs délinquants).	Le JAF est spécialisé dans le droit de la famille.	Membre du Parquet, le procureur de la République représente le ministère public devant toutes les juridictions de l'ordre judiciaire
Compétences	En matière civile, sa compétence relève du domaine de l'assistance éducative. Lorsque l'environnement familial et social du mineur menace sa santé, sa sécurité, ou sa moralité ou compromet son éducation, le juge peut intervenir. En matière pénale, il intervient auprès de mineurs ayant commis une infraction. Il peut, à ce titre, prononcer des mesures éducatives (remise à parent, placement, mise sous protection judiciaire,...). Le juge des enfants est assisté dans l'exercice de ses missions par de multiples partenaires, dont les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et diverses associations et spécialistes du domaine de la protection de l'enfance qui assurent son information et le suivi de ses décisions.	Le JAF est saisi pour le règlement des conflits dans les procédures de divorce ou à propos de l'exercice de l'autorité parentale. Il est également chargé d'homologuer certaines décisions. Sa décision est guidée par l'intérêt de l'enfant, dont l'audition est obligatoire quand il en fait la demande. Le JAF exerce aussi les fonctions de juge des tutelles des mineurs. La tutelle est exercée par un ou plusieurs tuteur(s), un subrogé-tuteur et un conseil de famille. Le conseil de famille est présidé par le juge et se compose d'au moins 4 membres, dont le tuteur et le subrogé-tuteur qui sont désignés par le conseil de famille. Ils sont choisis en considération de l'intérêt du mineur et en fonction de leur aptitude et des liens affectifs qu'ils ont avec lui.	Le procureur de la République intervient sur information des services de police, de gendarmerie, mais également des services de l'Etat ou à la suite d'une plainte d'un particulier, lorsqu'une infraction est commise dans le ressort du tribunal dans lequel il exerce ses fonctions.

20.

LA SORTIE DU MINEUR

Dispositif juridique

LA SORTIE DU MINEUR EN COURS D'HOSPITALISATION

L'article R. 1112-56 du code de la santé publique (dispositions particulières aux établissements publics de santé) dispose que *« les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier à titre exceptionnel, de permission de sortie d'une durée maxima de quarante-huit heures. Ces permissions de sorties sont données, sur avis favorable du médecin chef de service, par le directeur. »*

Pour ces sorties, l'autorisation préalable d'un titulaire de l'autorité parentale est requise : *« (...) les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux tierces personnes expressément autorisées par elles »* (article R. 1112-57 du CSP).

LA SORTIE DU MINEUR À L'ISSUE DE L'HOSPITALISATION

Lorsque l'état de santé d'un mineur ne requiert plus son hospitalisation, sa sortie est prononcée. Celle-ci doit être assortie de mesures particulières, notamment concernant son organisation.

Selon l'article R. 1112-64 du CSP (pour les établissements publics de santé) : *« Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, les personnes mentionnées à l'article R. 1112-57 sont informées de la sortie prochaine du mineur. Elles font connaître à l'administration de l'établissement si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement. »*

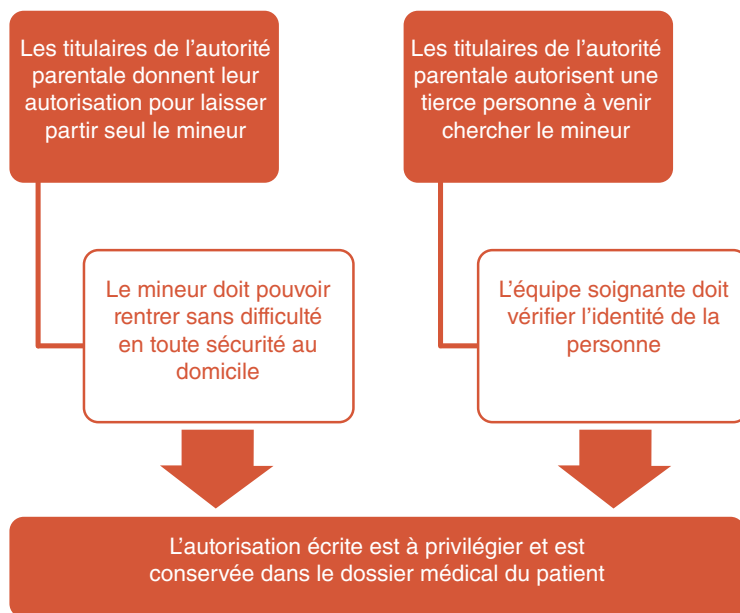
Ainsi, les titulaires de l'autorité parentale (ou le représentant légal) doivent organiser les modalités de sortie du mineur :

- Autoriser ou non le patient mineur à quitter seul l'établissement suite à son hospitalisation.
- Décider de le confier à un tiers.

Une autorisation écrite est à privilégier et conservée dans le dossier médical du patient.

Ces modalités peuvent être déterminées dès l'admission du patient par les titulaires de l'autorité parentale.

LA SORTIE DU MINEUR



L'information des titulaires de l'autorité parentale de la sortie du mineur

Les titulaires de l'autorité parentale doivent être informés de la sortie du mineur. Mais cette information peut n'être délivrée qu'à un seul des titulaires si les équipes peuvent présumer de l'entente entre les parents.

Il en va autrement lorsqu'un désaccord est connu par les professionnels ; alors, il est conseillé de donner l'information à chacun des titulaires de l'autorité parentale.

A noter

La lettre de liaison prévue à l'article L. 1112-1 du CSP doit être remise a minima à l'un des titulaires de l'autorité parentale au moment de la sortie du patient mineur. Le médecin qui l'a rédigée, ou un autre membre de l'équipe de soins, s'assure que les informations utiles à la continuité des soins du patient ont été comprises.

Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé (HAS) prévoit, dans son manuel de certification des établissements de santé, qu'« avant la sortie de l'enfant, l'équipe met à jour le carnet de santé de l'enfant pour les informations utiles à son suivi tout en prenant la précaution de respecter le secret médical » (V2024, critère 2.2-16).

Le mineur quitte seul l'établissement

L'âge de la personne mineure et son degré de maturité doivent être pris en considération par les professionnels de santé, de même que les modalités de retour à domicile, tels que : quel moyen de transport est envisagé ? quelle distance entre l'établissement de santé et le domicile ? Les professionnels peuvent s'opposer à cette sortie s'ils considèrent que les conditions ne sont pas favorables. Ils informent alors les parents du patient.



Le mineur est confié à un tiers

Lorsque le mineur est confié à un tiers, les professionnels doivent s'assurer de son identité au moyen d'un document justificatif (exemple : sa carte nationale d'identité). 🔍 [fiche 20](#)

La sortie en cas de soins dans le secret

Dans le cas spécifique des soins dans le secret, par dérogation au principe de l'autorité parentale, le mineur peut décider seul de sa sortie (article L. 1111-5 du CSP).

Le majeur qui l'accompagne peut être associé à l'organisation de sa sortie, dans l'intérêt du patient.

A noter

Concernant les mineurs émancipés, au sens des articles 413-1 à 413-8 du code civil, leur seul consentement suffit (article L. 1111-5, alinéa 2, du CSP). Ainsi, leur sortie se déroule selon les mêmes modalités que leur entrée, elle peut donc se faire seule.

FAQ

1 Une sortie contre avis médical est-elle possible pour un patient mineur ?

L'article R. 1112-62 du CSP relatif à la sortie contre avis médical pour les établissements publics de santé ne vise pas les mineurs : « *Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, à l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées d'office [soins sans consentement], les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement. Si le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour eux. Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.*

Toutefois, en raisonnant par analogie, on peut appliquer ce dispositif au mineur. Dans cette hypothèse, la demande de sortie contre avis médical d'un mineur est formulée par les titulaires de l'autorité parentale et il y a lieu d'appliquer les dispositions du code de la santé publique, à savoir leur faire remplir une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers résultant de cette sortie.

Mais si la sortie prématurée présente un danger pour le patient mineur, le médecin doit le protéger. Il peut mettre en œuvre la procédure prévue par l'article R. 1112-35 du CSP : « *lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent* ».

Recommandations

- Les modalités de sortie du patient mineur peuvent être décidées dès son admission par les titulaires de l'autorité parentale.
- L'établissement peut mettre en place des mesures de sécurité pour s'assurer du bon déroulement de la sortie du patient mineur, notamment en faisant appel à des compagnies de taxi, ou aux ambulances.
- Il convient de consigner par écrit dans le dossier médical du patient toutes informations relatives à la sortie du patient.



Références documentaires et juridiques :

- > *Code de la santé publique*, art. L. 1111-5, L. 1112-1, R. 1112-35, R. 1112-64, R. 1112-62,
- > *Code de la sécurité sociale*, art. D. 132-1
- > *Code civil*, art. 413-1 à 413-8
- > HAS, *Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins*, version 2024

21.

LA CONDUITE À TENIR EN CAS DE «FUGUE»

Dispositif juridique

OBLIGATION DE SURVEILLANCE

Aucun texte n'encadre ni n'évoque la situation de la fugue du patient, a fortiori lorsque celui-ci est mineur. La question de la circulation des mineurs n'est abordée que de manière secondaire, et peu précise. On ne peut que déduire des dispositions réglementaires du code de la santé publique que le mineur :

- Ne dispose pas d'une liberté d'aller et venir qui lui permettrait de quitter à tout moment et à sa demande, l'établissement (article R. 1112-62 du code de la santé publique) ;
- Ne peut, pour les sorties en cours de séjour, qu'être confié aux personnes exerçant l'autorité parentale ou à des tiers désignés par elles. 🔍 [fiche 20](#)

Il ne s'agit là que des conséquences pratiques de l'absence d'une pleine capacité juridique chez le mineur.

Toute sortie du patient mineur de l'établissement hors de ces deux situations encadrées par les textes constitue dès lors une sortie à l'insu du service, couramment et improprement appelée fugue, qui méconnaît à la fois les prérogatives de l'autorité parentale et les règles s'imposant à l'établissement.

L'établissement de santé, qu'il soit public ou privé, est tenu à l'égard du mineur d'une obligation de surveillance. Il doit ainsi se doter d'une organisation médicale, soignante, logistique, qui lui permet de protéger le patient mineur des risques extérieurs autant que de ses propres comportements, pouvant le mettre dans une situation de danger physique ou psychologique.

Cette obligation de surveillance constitue une obligation de moyens, et non de résultat. L'établissement n'est pas tenu de garantir la sécurité du mineur, seulement de mettre en œuvre les moyens attendus pour assurer cette sécurité. En revanche, la pratique et la jurisprudence peuvent tendre à poser un niveau d'exigence plus élevé à l'égard de l'établissement prenant en charge des mineurs dans les organisations déployées à cette fin.

Une illustration

S'agissant d'une patiente mineure parvenue à échapper à la vigilance du personnel médical et à quitter l'hôpital pour se jeter dans les fossés d'un château, ce qui a entraîné sa paraplégie, le Conseil d'Etat a censuré la cour d'appel qui n'avait pas déduit des différentes circonstances de cette fugue (remise des vêtements, inattention du personnel de sécurité...) l'existence d'une faute dans la prise en charge et la surveillance de la jeune fille (Conseil d'État, 18 juin 2018, n°411049).

L'obligation de l'établissement de santé face à l'hypothèse de la fugue d'un mineur intervient à deux niveaux :

- Dans la prévention de la fugue,
- Dans la gestion de la fugue.

PRÉVENTION DES FUGUES

S'agissant de la prévention des fugues, l'établissement doit, a priori, mettre en place une organisation de la prise en charge qui limite le risque de fugue :

- Surveillance renforcée des mineurs par l'équipe soignante;
- Gestion sécurisée des accès aux locaux de prise en charge;
- Identification des patients mineurs présentant un risque particulier de fugue (âge, antécédents de fugues, profil médical, comportement à risque...) et renforcement, le cas échéant des mesures de surveillance;
- Détermination en coordination avec les autorités de police ou de gendarmerie, des éventuelles mesures complémentaires à prendre en cas de fugue (à inscrire le cas échéant dans la charte ou la convention santé-police-justice).

Si l'établissement reçoit des mineurs de façon régulière, il est préconisé de formaliser ces organisations par le biais d'un protocole écrit.

OBLIGATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT EN CAS DE FUGUE

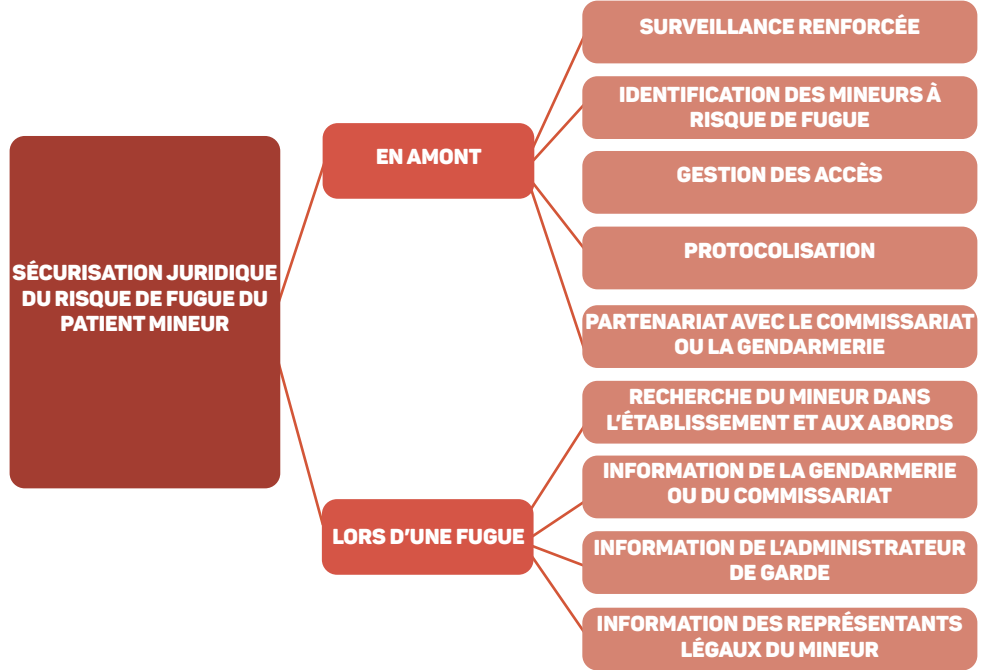
En cas de fugue, les mesures suivantes doivent être prises sans délai par les équipes hospitalières, sous le pilotage du directeur ou de l'administrateur de garde :

- Entreprendre des recherches systématiques au sein du service et dans son environnement proche. Communiquer à cette fin le nom et le signalement du patient au personnel assurant la surveillance des accès de l'établissement;
- Alerter les services de police ou de gendarmerie, leur communiquer le signalement du patient, afin de les associer le cas échéant aux recherches à l'intérieur et à l'extérieur des locaux hospitaliers et leur permettre d'engager les procédures leur incombant ;
- Aviser la direction ou l'administrateur de garde de la disparition et des démarches entreprises, le tenir informé de l'évolution de la situation;
- Prévenir les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur, s'enquérir auprès d'eux du lieu où aurait pu selon eux se rendre le mineur.

Le respect de ces diverses démarches est essentiel. La carence de l'établissement sur ce point pourrait engager sa responsabilité.

Une illustration

Le juge administratif a pu condamner un centre hospitalier qui, à la suite de la seconde fugue d'un patient mineur, et jusqu'à la découverte de l'incendie que celui-ci avait provoqué, n'a pas prévenu les services de police afin que ceux-ci organisent des recherches à l'extérieur de l'établissement ainsi que sa famille afin de rechercher s'il avait éventuellement rejoint son domicile. Une telle carence a été reconnue comme constitutive d'une faute de nature à engager la responsabilité de l'hôpital (Conseil d'Etat, 10 décembre 1982, 33373).



FAQ

1 Où s'arrête l'obligation de surveillance de l'établissement à l'égard du mineur ?

Bien entendu, la faute ne peut être caractérisée que sur la période où le mineur est censé être placé sous la surveillance de l'établissement. Le juge a eu à se positionner sur la situation d'un mineur de quatorze ans, raccompagné par taxi sanitaire à son domicile et qui, en accord avec sa mère, est parti de son domicile promener son chien ; à cette occasion, le mineur a accidentellement provoqué un incendie. La cour administrative d'appel a considéré qu'aucune obligation de surveillance du mineur n'incombait, au moment des faits litigieux, ni à l'établissement scolaire, ni à l'établissement hospitalier (Cour administrative d'appel de Douai, 20 janvier 2004, 01DA00823).

Recommandations

- Tracer au dossier d'un patient mineur toute sortie ou tentative de sortie à l'insu du service.
- Vérifier l'appropriation par les équipes soignantes prenant en charge des mineurs des règles de surveillance particulières à respecter.
- Si l'établissement reçoit régulièrement des mineurs et notamment des adolescents, élaborer un document particulier d'information à l'attention des patients et de leurs parents sur les règles de circulation dans l'établissement (horaires de visite, sorties éventuelles, interdictions de quitter l'établissement sans autorisation...).



Références documentaires et juridiques :

- *Code de la santé publique, art. R.1112-57, R.1112-62*
- *Conseil d'État, 18 juin 2018, n°411049*
- *Conseil d'État, 10 décembre 1982, n°33373*
- *Cour administrative d'appel de Douai, 20 janvier 2004, n°01DA00823*

22.

LA CERTIFICATION HAS ET LE PATIENT MINEUR

Dispositif juridique

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de santé (HAS), est une procédure d'évaluation du niveau de qualité et de sécurité des soins des établissements de santé. Elle est effectuée par des professionnels mandatés par la HAS, les experts-visiteurs, lors d'une visite de l'établissement, par référence à des objectifs définis au niveau national par les professionnels et les usagers.

LA PLACE DU MINEUR DANS LA CERTIFICATION HAS

La dernière version de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins (V2024) comporte 90 critères génériques qui s'appliquent à l'ensemble des structures et 41 spécifiques liés à des champs d'applicabilité particuliers relevant de populations, de modes de prise en charge ou de secteurs d'activités spécifiques. Les enfants et adolescents sont concernés par plusieurs critères, génériques et spécifiques.

LES MÉTHODES D'ÉVALUATION

Lors de leur visite de certification, les experts-visiteurs évaluent chaque critère par une ou plusieurs des 5 méthodes suivantes :

- Le patient traceur,
- Le parcours traceur,
- Le traceur ciblé,
- L'audit système,
- L'observation.

LES CRITÈRES CONCERNANT LES MINEURS

Le référentiel de certification comprend des critères à trois niveaux d'exigence :

- Des critères standard qui correspondent aux attendus de la certification ;
- Des critères impératifs qui correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Si une évaluation de l'un de ces critères est négative, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification à l'établissement ;
- Des critères avancés qui correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils constituent les potentiels critères standard de demain.

A noter

Parmi les 17 critères impératifs du manuel de certification, un est consacré aux mineurs : « Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté » (critère 1.2-02). Il y est précisé qu'il convient d'éviter l'hospitalisation d'un mineur dans un secteur d'adultes. Les enfants et adolescents doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier en toute sécurité des soins et des activités ludiques et éducatives, adaptées à leur âge. Les exceptions doivent être encadrées par des mesures adaptées pour le temps estimé de l'hospitalisation, dans un espace réservé, avec des professionnels formés et un environnement permettant de garantir la sécurité et le bien-être des enfants et adolescents. Pour les grands adolescents, il sera tenu compte chaque fois que possible de leurs souhaits quant au type de service où ils séjourneront. Les experts-visiteurs s'assurent que les professionnels sont formés à la prise en charge des enfants et adolescents.

Les autres critères spécifiques au mineur ont un niveau d'exigence standard.

Critères spécifiques aux mineurs			
Critère	Intitulé	Méthode d'évaluation	Niveau d'exigence
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Parcours traceur Observation	Impératif
1.1-04	L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins	Parcours traceur	Standard
1.4-03	Le patient mineur atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation	Patient traceur	Standard
2.2-15	En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient	Parcours traceur	Standard
2.2-16	Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins	Parcours traceur	Standard

De nombreux critères non spécifiques aux mineurs les impactent également. Par exemple, celui relatif à l'information (1.1-01), au bénéfice de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur (1.2-08), à la présence des proches (1.3-03), au repérage et à la prise en charge des maltraitements éventuelles subies par les patients (3.2-05), à la lutte contre la maltraitance (3.2-06).

FAQ

1 Qui donne le consentement pour la méthode d'évaluation du patient traceur lorsqu'il s'agit de la prise en charge d'un mineur ?

Le patient traceur consiste à évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement en recueillant son expérience et en s'entretenant avec l'équipe de soins. Lorsque le sujet est un mineur, le médecin expert-visiteur doit recueillir avant tout entretien le consentement du représentant légal pour un mineur, et selon son âge et son degré de maturité, celui du patient.

Recommandations

- Veiller au recueil du consentement du représentant légal du mineur dans le cadre du patient traceur.



Références documentaires et juridiques :

- > HAS, *Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins*, version 2024
- > HAS, *Fiche pédagogique « Evaluation de la prise en charge des enfants et adolescents »*, décembre 2020

23.

LA RÉFORME DES AUTORISATIONS ET LE PATIENT MINEUR

Dispositif juridique

LE CONTEXTE

Une réforme d'ampleur a été lancée sur le droit des autorisations d'activités de soins, touchant non seulement les aspects procéduraux, mais également les conditions techniques et d'implantation de la majorité des activités sanitaires soumises à autorisation. Certaines autorisations sont accordées spécifiquement pour la prise en charge de mineurs (traitement du cancer, cardiologie interventionnelle...).

Certains des nouveaux textes parus intègrent :

- Des règles quant à l'âge requis pour la prise en charge de mineurs par l'établissement, selon le type d'autorisation ;
- Des conditions techniques spécifiques à la prise en charge des patients mineurs.

Les principales prescriptions réglementaires sont présentées ci-après par activité autorisée.

SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE EN MÉDECINE

Si l'autorisation mentionne uniquement la prise en charge de patients adultes, le titulaire n'est pas autorisé à prendre en charge des patients enfants et adolescents.

Cependant,

- A titre exceptionnel et en fonction des besoins de prise en charge, le titulaire d'une autorisation « adultes » peut accueillir des patients mineurs âgés de 16 ans et plus ; dans ce cas, l'adolescent est accueilli dans une chambre dédiée.
- A titre exceptionnel et transitoire, afin d'assurer la continuité des soins, le titulaire d'une autorisation permettant la prise en charge de patients enfants et adolescents peut continuer à les prendre en charge après leur majorité lorsque leur état de santé le justifie.

S'agissant des locaux, l'unité d'hospitalisation à temps complet ou à temps partiel pédiatrique est constituée notamment d'un espace de vie réservé aux enfants et adolescents hospitalisés, proposant un environnement adapté à leurs besoins affectifs, et permettant la réalisation d'activités éducatives, scolaires et ludiques.

L'équipe pluridisciplinaire doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et de développement des enfants.

Au plan organisationnel :

- Des moyens de communication sont mis à disposition afin de faciliter le maintien des relations en dehors de l'unité d'hospitalisation, notamment celles nécessaires à la poursuite de la scolarité ;
- La continuité des soins est assurée par la présence dans l'unité d'hospitalisation à temps complet d'au moins deux professionnels paramédicaux dont au moins un infirmier diplômé d'Etat justifiant d'une expérience en pédiatrie.

SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE EN CHIRURGIE

Prise en charge par un établissement titulaire d'une autorisation de chirurgie pédiatrique

L'activité de soins de chirurgie pédiatrique concerne la prise en charge des enfants de moins de 15 ans. En cas de besoin, le titulaire de l'autorisation sous modalité « chirurgie pédiatrique » peut prendre en charge des enfants entre 15 et 18 ans.

L'établissement doit mettre en place une organisation et des aménagements permettant une prise en charge adaptée aux soins et aux besoins spécifiques des enfants, dans le respect de leur intimité. Il organise la prise en charge pédiatrique des patients, avec une répartition adaptée par groupes d'âge, dans une ou plusieurs unités d'hospitalisation à temps complet pédiatriques. Au sein des unités dédiées à la chirurgie ambulatoire, l'établissement dispose d'une organisation permettant une hospitalisation différenciée des enfants et des adultes. L'identification de secteurs spécifiques par âge n'est pas exigée.

Les textes précisent les exigences de qualification et/ou de formation pédiatrique de l'équipe médicale et paramédicale. L'intervention d'un psychologue doit être assurée en tant que de besoin.

Prise en charge par un établissement titulaire d'une autorisation « adultes »

La prise en charge de mineurs de plus de 15 ans est possible au titre d'une autorisation « adultes ».

De plus, par dérogation :

- Le titulaire de l'autorisation sous la modalité « adultes » peut prendre en charge des enfants, lorsque l'activité de chirurgie porte sur certaines pratiques thérapeutiques. Dans ce cas, l'établissement propose un accueil adapté, dans des locaux permettant une hospitalisation des enfants à temps complet, de jour ou de nuit, différenciée de celle des adultes.
- Le titulaire de l'autorisation sous la modalité « adultes » peut prendre en charge des enfants, lorsque l'activité de chirurgie porte sur certaines pratiques thérapeutiques pour des prises en charge urgentes d'enfants de plus de trois ans. Les compétences médicales doivent être adaptées à la prise en charge pédiatrique.

Pratiques thérapeutiques spécifiques de l'autorisation	Possible par le titulaire d'une autorisation « adultes » sur enfants
1° Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chir. orale	Par dérogation
2° Chirurgie orthopédique et traumatologique	Si urgence, > 3 ans
3°Chirurgie plastique reconstructrice	Par dérogation
4°Chirurgie thoracique et cardiovasculaire sauf cardiaque	
5°Chirurgie vasculaire et endovasculaire	
6° Chirurgie viscérale et digestive	Si urgence, > 3 ans
7°Chirurgie gynéco et obst. sauf actes liés à l'accouchement	Si urgence, > 3 ans
8° Neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, sauf moelle épinière	
9° Chirurgie ophtalmologique	Par dérogation
10° Chirurgie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale	Par dérogation
11° Chirurgie urologique	Si urgence, > 3 ans

SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE EN SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION (SMR)

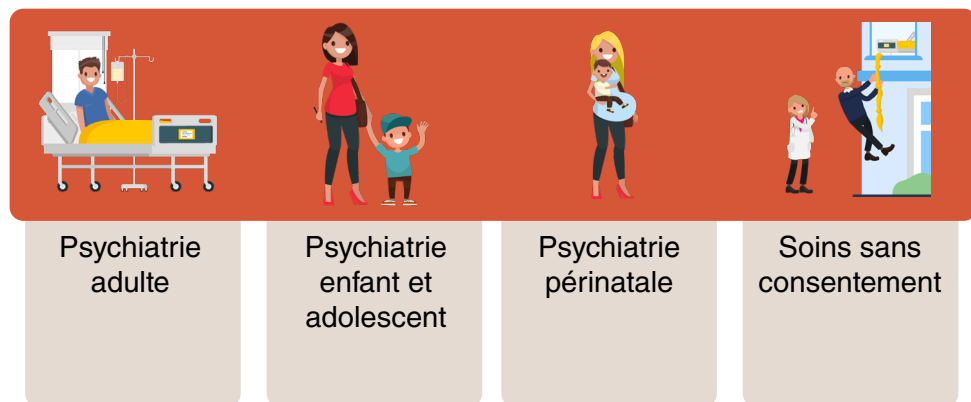
Une nouvelle modalité « pédiatrie » est créée, qui comprend les mentions suivantes:

- Mention « enfants et adolescents » ; seuls les titulaires d'une autorisation sous cette mention sont autorisés à la prise en charge des mineurs de 4 ans et plus.
- Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents » ; les titulaires d'une autorisation sous cette mention peuvent prendre en charge des mineurs de moins de 4 ans. Ces autorisations emportent le respect de normes spécifiques en matière de locaux, qualification des professionnels médicaux et non médicaux, prestations thérapeutiques proposées, continuité des soins...

Par exception, tout titulaire de l'autorisation de SMR peut prendre en charge un mineur à partir de 16 ans, en accord avec le titulaire de l'autorité parentale qui doit préalablement recueillir l'avis de l'enfant. Le titulaire de l'autorisation en informe l'Agence régionale de santé.

SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE EN PSYCHIATRIE

Il existe quatre mentions de l'autorisation de psychiatrie :



Dans des proportions variables et sous certaines conditions, ces quatre types de mentions peuvent amener à la prise en charge de mineurs.

La mention « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » assure les prises en charge de l'enfant et de l'adolescent de la naissance à l'âge de 18 ans. Le passage d'une prise en charge en « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » à une prise en charge en « psychiatrie de l'adulte » est organisée conjointement et de manière anticipée entre les deux services ou titulaires concernés. Un protocole général définissant des modalités d'organisation de cette transition entre les deux services ou titulaires concernés est élaboré. Dans ce cadre, le titulaire de l'autorisation peut assurer la prise en charge du patient mineur durant ce temps de transition.

A titre exceptionnel, en fonction des besoins de prise en charge, le titulaire de l'autorisation « adultes » peut accueillir des patients mineurs âgés de 16 ans et plus, en organisant si nécessaire le relais dès que possible vers une prise en charge dans un service de « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ».

Le titulaire d'une autorisation « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » est soumis à des exigences spécifiques :

- Composition de l'équipe pluridisciplinaire ;
- Lien notamment avec la médecine de ville, les services de pédiatrie, la protection maternelle et infantile, la médecine scolaire, les maisons des adolescents, les secteurs social et médico-social, l'aide sociale à l'enfance, les systèmes éducatif et judiciaire ;
- Mise en œuvre du respect de l'obligation d'instruction obligatoire ;
- Installation d'espaces de vie et de jeux intérieurs et extérieurs ;
- Organisation des séjours des patients en fonction des tranches d'âge prises en charge.

FAQ

1 Comment associer les parents à la prise en charge de l'enfant ?

Les textes apportent sur ce point quelques précisions :

- En médecine, afin d'éviter toute séparation pendant la durée du séjour, l'un des parents ou son substitut doit pouvoir rester auprès de l'enfant jour et nuit, si sa présence est compatible avec la prise en charge. L'accueil, l'information et le soutien des parents sont organisés en lien avec un assistant social et un psychologue et, en tant que de besoin, avec le concours d'un pédopsychiatre.
- En chirurgie, le titulaire dispose des moyens permettant d'assurer en permanence l'accueil et la présence continue d'au moins un des parents ou de son substitut auprès de l'enfant, y compris pour des prises en charges ambulatoires, dans des conditions adaptées à sa pathologie et à la sécurité des soins.
- En soins médicaux et de réadaptation, le titulaire de l'autorité parentale est associé à l'élaboration du projet thérapeutique du mineur établi par l'équipe pluridisciplinaire en liaison avec le médecin prescripteur. Les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique sont déterminés et périodiquement réévalués.

2 Comment assurer la prise en charge psychiatrique de patients « grands adolescents » et jeunes adultes ?

Les conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie introduisent un nouveau dispositif : la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes peut être organisée, par le titulaire de l'autorisation dans une même unité pour permettre une transition vers la psychiatrie de l'adulte. Cette unité fait l'objet d'une organisation formalisée et est soumise à des conditions d'autorisation (être autorisé sur les deux mentions à la fois) ou de conventionnement (avec un établissement titulaire de la mention manquante).

Recommandations

- Lorsque l'établissement est amené à accueillir, même de manière occasionnelle des mineurs, élaborer des protocoles et définir des organisations adaptées à leur prise en charge.
- Dans le respect des conditions réglementaires des activités de soins, veiller à la rédaction et au suivi des coopérations par voie de convention avec d'autres structures autorisées à la prise en charge pédiatrique.
- Identifier et répondre aux besoins de formation spécifiques de tous les professionnels médicaux et non médicaux amenés à intervenir auprès de patients mineurs.



Références documentaires et juridiques :

➤ *Code de la santé publique*, art. R. 6123-151, D.6124-220 à D.6124-224 (médecine), R. 6123-202, R.6123-206, D.6124-284 à D.6124-286 (chirurgie), D. 6124-177-3, D. 6124-177-58 à D. 6124-177-66 (SMR), R.6123-189 à R.6123-191, D. 6124-260 à D. 6124-262 (psychiatrie)

TABLEAU SYNTHÉTIQUE : PRINCIPALES RÈGLES POUR LA PRISE EN CHARGE DE MINEURS SUR DES AUTORISATIONS «ADULTES»

	Principes	Article CSP
Chirurgie	Par déduction des dispositions sur la chirurgie pédiatrique, PEC de mineurs possible à partir de 15 ans sur une autorisation « adultes ». Par dérogation aux règles sur la chirurgie pédiatrique, le titulaire de l'autorisation «adultes » peut prendre en charge des enfants, lorsque l'activité de chirurgie porte sur les PTS : • 1° Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale ; • 3° Chirurgie plastique reconstructrice ; • 9° Chirurgie ophtalmologique ; • 10° Chirurgie ORL et cervico-faciale. Par dérogation aux règles sur la chirurgie pédiatrique, le titulaire de l'autorisation «adultes » peut prendre en charge des enfants, lorsque l'activité de chirurgie porte sur les PTS : • 2° Chirurgie orthopédique et traumatologie ; • 6° Chirurgie viscérale et digestive ; • 7° Chirurgie gynécologique et obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement ; • 11° Chirurgie urologique ; pour des prises en charge urgentes d'enfants >3 ans.	R.6123-206 + D.6124-283 pour les exigences spécifiques à respecter R.6123-202 III et IV
Médecine	A titre exceptionnel, en fonction des besoins de prise en charge, le titulaire d'une autorisation permettant la prise en charge de patients adultes peut accueillir des patients mineurs âgés ≥ 16 ans (chambre dédiée).	R.6123-151 D. 6124-224
Soins critiques	• A titre exceptionnel et de manière temporaire, en l'absence de lits disponibles en soins critiques pédiatriques, les patients de moins de 18 ans peuvent être pris en charge en soins critiques adulte sur site ou par convention avec un titulaire de l'autorisation de soins critiques adultes, permettant la prise en charge dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des soins. • Dans le cadre d'une filière de soins pédiatriques, les enfants > 15 ans peuvent être pris en charge en soins critiques adultes sur site ou par convention établie entre les titulaires de l'autorisation de l'activité de soins critiques pédiatriques et adultes, permettant la prise en charge dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des soins.	R. 6123-34-4

Principes		Article CSP
Psychiatrie	• A titre exceptionnel, en fonction des besoins de prise en charge, le titulaire de l'autorisation peut accueillir des patients mineurs âgés de 16 ans et plus, en organisant si nécessaire le relais dès que possible vers une prise en charge dans un service de « enfant/adolescent » ou dans une unité dédiée accueillant des adolescents et jeunes adultes (R. 6123-190). • A titre exceptionnel, un mineur > seize ans peut être pris en charge par un titulaire de la mention « soins sans consentement » et de la mention « adulte ». Le titulaire doit disposer d'une convention établie avec un titulaire de la mention « enfant/adolescent » prévoyant les modalités de prise en charge et de transfert du patient.	R. 6123-34-4
SMR	Par exception aux règles applicables à la modalité « pédiatrie » tout titulaire de l'autorisation de SMR peut prendre en charge un mineur à partir de 16 ans, en accord avec le titulaire de l'autorité parentale qui doit préalablement recueillir l'avis de l'enfant. Le titulaire de l'autorisation en informe l'ARS.	R.6123-121



ÉCOLE DE RÉFÉRENCE
CONSEILLER DE CONFIANCE



POUR ALLER
PLUS LOIN

Le centre de droit JuriSanté propose une formation de deux journées au CNEH sur «Le patient mineur à l'hôpital, aspects juridiques et conseils pratiques». Une formation sur mesure, d'une ou deux journées, peut également être réalisée au sein de votre établissement.

Retrouvez nos prochaines dates
sur www.cneh.fr

pour tout renseignement sur notre offre de services, contactez Nadia HASSANI,
nadia.hassani@cneh.fr - 01 41 17 15 43

Organisme de formation : 11 92 1585 192 - Qualiopi : N°2021/92714.2
Certification qualité délivrée au titre de la catégorie : ACTIONS DE FORMATION
CNEH - 3 rue Danton - 92240 Malakoff - 01 41 17 15 15 - formation@cneh.fr