



L'ENFANT & L'ADOLESCENT À L'HÔPITAL

RÈGLES
ET RECOMMANDATIONS
APPLICABLES
AUX MINEURS

Marc Dupont et Caroline Rey-Salmon



PRESSES
DE L'EHESP



**L'enfant et l'adolescent
à l'hôpital :
règles et recommandations
applicables aux mineurs**

Marc DUPONT
Caroline REY-SALMON

2014
PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

Table des matières

► INTRODUCTION.....	5
.....	
① L'autorité parentale	11
► Les principes généraux.....	12
► Les attributs de l'autorité parentale.....	16
► Les titulaires de l'autorité parentale.....	29
.....	
② Autonomie, information et consentement du mineur	45
► La participation aux actes médicaux.....	46
► Secret et confidentialité.....	85
► Minorité et sexualité.....	98
.....	
③ Le nouveau-né	109
► L'état civil.....	110
► L'enfant à la maternité.....	123
► Accueil de l'enfant : situations problématiques.....	136
► L'enfant né dans le secret.....	143
► Le décès à la naissance.....	158
.....	
④ Les actions de prévention	161
► Hôpital et prévention.....	162
► La protection maternelle et infantile (PMI).....	171
► Les maladies transmissibles.....	175
.....	
⑤ L'organisation des soins	181
► L'hospitalisation, une étape parfois nécessaire.....	182
► Les orientations nationales.....	189
► Les unités pédiatriques.....	197
► Prise en charge de l'adolescent.....	206
► Urgences pédiatriques.....	211
► Les soins de santé mentale.....	220
► Les soins imposés au mineur.....	245
► Les activités médicales réglementées.....	251

▶ La prise en charge de la douleur.....	263
▶ Les soins palliatifs.....	267
.....	
⑥ Le séjour du mineur hospitalisé.....	271
▶ Les évolutions récentes.....	272
▶ L'accueil.....	276
▶ Un hôpital adapté à l'enfant.....	291
▶ Le mineur et son entourage.....	300
▶ Les règles de la vie quotidienne.....	314
▶ Les associations.....	327
▶ La scolarité.....	333
▶ La sortie.....	340
▶ Les frais de soins et d'hospitalisation.....	350
▶ Le décès de l'enfant.....	361
.....	
⑦ La protection du mineur en danger.....	375
▶ Les principes généraux.....	376
▶ L'accueil et le diagnostic.....	381
▶ L'élaboration d'un projet thérapeutique.....	392
▶ Information préoccupante et signalement.....	395
▶ Les dispositifs administratif et judiciaire.....	419
.....	
⑧ Le mineur, la police et la justice.....	423
▶ La réquisition : généralités.....	424
▶ La réquisition : les cas particuliers.....	431
▶ L'audition du mineur.....	438
▶ L'accueil du mineur détenu.....	441
.....	
Bibliographie.....	447
.....	
Index.....	455

► INTRODUCTION

Des textes fondamentaux, parmi lesquels la Convention internationale relative aux droits de l'enfant de New York adoptée par l'Organisation des Nations unies le 20 novembre 1989, puis ratifiée par la France en juillet 1990, ont affirmé avec force, au cours des dernières années, les droits de l'enfant désormais reconnus dans le domaine de la santé¹. Il a été ainsi établi que l'enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier des services médicaux qui lui sont nécessaires².

Les principes portés par ces textes constituent aujourd'hui le fondement de nombreuses règles du droit français qui s'imposent aux équipes hospitalières et à toutes les personnes qui, titulaires de l'autorité parentale, sont chargées de veiller à la santé de l'enfant.

L'attention contemporaine à l'enfance, du premier âge à l'adolescence, s'inscrit dans une évolution historique qui a été retracée par les travaux désormais classiques de Philippe Ariès³. L'enfant, longtemps indifférencié au sein d'une famille élargie, a été progressivement reconnu non plus comme un adulte en miniature, mais avec le statut de personne à part entière. L'émergence de la famille nucléaire, longtemps forme prédominante de la vie sociale, cimentée par l'affection que se portent ses membres, puis, plus récemment, l'éclatement et

1. L'art. 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948 avait déjà affirmé que « l'enfance a droit à une aide et à une assistance spéciales ».

2. Il est fait fréquemment référence au sein du présent ouvrage à certains textes internationaux visant les droits des enfants. Parmi ceux-ci, il convient de distinguer ceux ayant le statut de traité international conclu par la France. Selon le principe posé par l'article 55 de la Constitution, ces traités font partie de l'ordre juridique français et ont une autorité supérieure à celle de la loi. La Convention de New York de l'Organisation des Nations unies (ONU) en fait partie. Pour la Cour de cassation, les dispositions de cette convention ne peuvent cependant être invoquées devant les tribunaux, puisqu'elle ne crée des obligations qu'à la charge des États parties (Cass. Civ. 1^{re}, 10 mars 1993 : *Bull. civ.* I, n° 103 ; D. 1993. 361). D'autres textes, telles les déclarations de l'Association médicale mondiale (notamment la Déclaration dite d'Ottawa sur la santé des enfants, adoptée par la 50^e assemblée générale de l'AMM, Ottawa, Canada, octobre 1998, et modifiée par la 60^e assemblée générale de l'AMM, New Delhi, Inde, octobre 2009) ou la Charte de l'enfant hospitalisé (1988, inspirée de la résolution sur une Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé, adoptée par le Parlement européen le 13 mai 1986) comportent la proclamation de droits et de libertés fondamentales. Ils n'ont qu'une autorité « morale », mais cette autorité est importante et ils inspirent souvent la rédaction des règles de droit ou les positions adoptées par les juridictions.

3. P. Ariès, *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Le Seuil, 1973.

parfois la recomposition de nombreuses familles, n'ont fait que renforcer ce nouveau regard sur l'enfant.

Ce dernier est aujourd'hui défini par la Convention de l'ONU comme « tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt » (art. 1^{er}), définition qui rejoint en France celle du mineur. Il en résulte que les âges successifs constituant l'enfance et l'adolescence — pourtant si distincts — sont réunis au plan du droit sous le régime unique de la *minorité* : l'enfant, ne pouvant vivre seul, doit nécessairement être entouré dans son développement, en principe par ses parents ; « incapable », il ne peut exercer lui-même, avant son dix-huitième anniversaire, ses droits de personne. Cependant, cette incapacité s'atténue au fur et à mesure qu'il devient adolescent.

L'accueil de l'enfant à l'hôpital a depuis longtemps été entouré de dispositions particulières : ainsi, des hôpitaux, services et unités spécifiques ont été créés avant même que la pédiatrie ne se soit constituée en spécialité médicale. Il est en effet manifeste que l'enfant ne se soigne pas comme un adulte. La naissance, les pathologies infantiles, aujourd'hui les besoins de l'adolescent, justifient leurs propres modalités de prise en charge ; l'enfant ne peut par ailleurs être laissé à lui-même dans l'unité de soins, loin de son entourage ou dépourvu de la sollicitude des personnels hospitaliers. Enfin, depuis quelques années, la notion de droits de l'enfant fait son chemin, pour reconnaître à l'enfant comme patient, mais, d'abord et surtout, comme personne, une légitimité à être accueilli et soigné dans le respect de son corps et de sa dignité, en tenant compte de son degré d'autonomie.

Progressivement, tout un corpus de règles et de recommandations s'est constitué, issu de textes nombreux, de nature différente : dispositions légales et réglementaires, circulaires, recommandations de bonne pratique professionnelle, chartes, mais aussi décisions de jurisprudence. Elles encadrent les conditions de séjour et de soins des enfants, la place et le rôle respectifs des parents et des personnels hospitaliers ; elles fixent les responsabilités qui s'imposent aux établissements qui accueillent et sont amenés à être les gardiens des enfants qui leur sont confiés.

La Haute Autorité de santé (HAS) a récemment apporté sa contribution et souligné combien cette « population spécifique » présente des besoins et des risques particuliers, relevant d'un véritable enjeu de santé publique⁴. C'est dans cette perspective qu'a été rédigé, en 2006, l'important rapport de la mission sur

4. La HAS a établi en 2011 un recueil de recommandations et de références, afin de documenter le manuel de certification V2010 et notamment son référentiel 19a. Le recueil comprend quinze thématiques essentielles en ce domaine (*Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et adolescents en établissements de santé : certification V2010*, décembre 2011). L'enjeu de santé publique n'est pas dépourvu de lien avec l'importance du nombre de personnes concernées : les enfants et adolescents de moins de 18 ans représentaient, en 2011, 22 % de la population totale française, soit 14 377 578 personnes ; les 0-3 ans représentaient 4 % de la population, les 3-11 ans et les 12-17 ans 7 % ; 823 394 bébés sont nés en France cette même année, dont 792 996 en métropole. En 2005, 63 % des enfants de moins de 18 ans vivent avec un couple parental marié, mais ils sont de plus en plus nombreux à vivre avec un couple en union libre (18 %) ou en famille monoparentale (16 %) (*source* : INSEE, *Bilan démographique*, 2011 ; O. Chardon, F. Daguët, « Enfants de couples, enfants de familles monoparentales », *INSEE Première*, n° 1216, janvier 2009.

l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent conduite par la présidente de la Société française de pédiatrie, le Pr Danièle Sommelet, intitulé *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*⁵, qui a tracé le plus récent panorama sur cette question dans notre pays.

Le présent ouvrage s'adresse d'abord aux professionnels hospitaliers. Son but est de répondre aux nombreuses questions qu'ils peuvent se poser lorsqu'ils sont en charge d'un mineur.

En pratique, de multiples situations peuvent se présenter : l'âge du mineur est bien entendu un élément distinctif essentiel (le statut du nourrisson n'est pas celui de l'adolescent !), mais les raisons médicales et les circonstances qui amènent l'enfant à l'hôpital, le milieu socio-culturel jouent aussi, souvent, un rôle important ; la situation familiale influe en outre forcément sur la vie du mineur et sur les conditions dans lesquelles s'organise l'hospitalisation.

Pour autant, il a semblé possible de dégager huit grands aspects du sujet qui permettent d'en évoquer, espérons-le avec cohérence, les différents contours et qui sont traités successivement.

Il était nécessaire de préciser tout d'abord, en clés de voûte, deux questions autour desquelles s'articule la situation du mineur à l'hôpital :

- Les fondements et l'étendue de l'*autorité parentale* sont ainsi exposés en premier lieu. Les formes d'exercice de cette autorité, dévolue en principe aux parents, ont évolué progressivement : instituée dans l'intérêt exclusif de l'enfant, elle vise d'abord sa protection, étant considéré que la capacité de discernement et de décision de l'enfant se constitue au fur et à mesure de son développement, et qu'il ne peut, en principe, exercer directement, jusqu'à sa majorité, ses droits et obligations. Aussi les titulaires de l'autorité parentale ont-ils l'obligation de décider et d'agir en personnes responsables.

- L'*autonomie de l'enfant* est le pendant de cette autorité. Cette question prend à l'hôpital une importance particulière, puisqu'est en jeu la faculté du mineur d'être associé pleinement, dès qu'il en est capable, à des décisions qui touchent sa personne, son devenir et sa dignité. Le respect de cette autonomie est une obligation déontologique, mais aussi le moyen de faire participer le mineur aux soins. La demande de confidentialité qui est formulée dans certains cas par l'adolescent, et qui a donné lieu à des dispositions légales récentes, peut poser des difficultés particulières aux équipes hospitalières.

À la suite sont présentés plusieurs modes de prise en charge, différentes séquences ou situations de la vie hospitalière concernant spécifiquement les mineurs, en précisant à chaque fois l'état des réglementations et les recommandations professionnelles principales qui sont reconnues en la matière. Dans leur prolongement ont été indiquées à la fois des procédures et organisations administratives qui peuvent faciliter l'accueil des enfants, celui de leurs familles et

5. D. Sommelet (dir.), *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*, Rapport de la mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, 2006, <www.ladocumentationfrancaise.fr>.

l'exécution des soins, ainsi que les précautions qui s'imposent dans telle ou telle circonstance.

Sont ainsi tour à tour abordés :

– *La naissance et l'hospitalisation du nouveau-né.* Une place importante leur est réservée : l'hôpital est en effet le lieu ordinaire de la naissance ; pratiquement aucun enfant, du moins dans notre pays, n'est dispensé de ce premier séjour hospitalier. De nombreuses dispositions s'appliquent en maternité : elles concernent la sécurité de la prise en charge médicale, mais aussi les formalités de l'état civil et certaines circonstances dans lesquelles l'accueil de l'enfant dans sa famille présente des difficultés.

– *Les actions de prévention.* À partir de la naissance, tout un suivi médical se déploie dans une perspective de santé publique. La protection maternelle et infantile, puis la médecine scolaire sont appelées à surveiller le bon développement de l'enfant. L'hôpital n'est pas extérieur à ces actions ; il y participe sous des formes diverses tout au long de l'enfance et peut à la fois apporter l'expertise de son plateau technique, constituer un lieu de dépistage privilégié et être un élément important du réseau de prise en charge. Pour les soins en effet, de nombreuses familles défavorisées s'adressent préférentiellement à l'hôpital, souvent amené de ce fait à jouer un rôle de premier recours.

– *Les organisations hospitalières* qui ont été spécifiquement réglementées pour *l'accueil des mineurs.* Ceux-ci viennent à l'hôpital pour toute une palette de soins et d'investigations, qui vont des pathologies les plus bénignes aux plus graves. Certaines activités se pratiquent sans grandes particularités. Dans d'autres cas, des dispositions spécifiques se sont imposées pour adapter l'accueil et les soins aux différents âges et pathologies de l'enfance : il en est ainsi des urgences, de la santé mentale, de la lutte contre la douleur... Comme cela l'a été indiqué, une préoccupation nouvelle s'est exprimée depuis plusieurs années pour tenir compte des besoins propres aux jeunes enfants et aux adolescents, et leur offrir des conditions d'hospitalisation appropriées à leurs modes de vie, leurs comportements et leurs aspirations.

– *Les règles du séjour du mineur à l'hôpital.* La circulaire n° 83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants demeure sur ce sujet à la fois le document fondateur et un texte de référence. De nombreuses dispositions complémentaires sont venues depuis préciser tel ou tel aspect de l'hospitalisation des enfants, mais les principes posés par ce texte demeurent inchangés, qu'il s'agisse des précautions particulières devant entourer l'admission ou la sortie du jeune patient, du rôle et de la présence des parents, reconnus à la fois comme des partenaires essentiels pour les soins et des interlocuteurs naturels de l'équipe hospitalière, de la préférence donnée au maintien à domicile, enfin de l'« humanisation » nécessaire de la vie quotidienne à l'hôpital, dans toutes ses composantes. Les services pédiatriques doivent, au moins autant que les autres, être ouverts sur l'extérieur, favoriser les visites et les loisirs et permettre aux mineurs de poursuivre leur scolarité. Ils doivent, d'une manière générale, leur éviter d'être réduits à un statut d'enfant malade.

– L'hôpital comme acteur de la *protection de l'enfance.* L'actualité et la pratique quotidienne montrent combien les comportements de maltraitance sur les mineurs sont fréquents, avec des formes et des degrés de gravité distincts. Des dispositifs

administratifs et judiciaires ont été organisés, puis précisés par de nombreux textes : si la maltraitance fait l'objet de sanctions pénales, il importe d'abord de dépister au plus tôt et de prévenir les mauvais traitements. Le séjour hospitalier, la consultation médicale peuvent permettre de révéler le danger encouru par des mineurs. Le rôle des professionnels hospitaliers est délicat, car ils doivent, sans porter de jugement, accueillir et soigner, respecter leur obligation de confidentialité, tout en assurant la protection de l'enfant, en procédant si nécessaire à la rédaction d'un signalement ou à une « information préoccupante ». Beaucoup de discernement leur est demandé dans ces circonstances, mais le dialogue dans l'équipe, le conseil pris auprès d'autres professionnels et institutions doivent permettre de prendre les décisions appropriées, fondées sur l'intérêt de l'enfant.

– Les dispositions particulières qui s'imposent lorsque l'hôpital et ses équipes sont appelés à être *les auxiliaires de la justice*. Un avis technique médical est parfois nécessaire aux autorités de justice pour fonder leur jugement sur la situation d'un mineur victime ou sur celle d'un mineur auteur présumé. L'hôpital est appelé à jouer, notamment dans l'urgence, un rôle important, en raison de sa permanence médicale et de la compétence technique de ses services spécialisés.

L'ensemble de l'ouvrage tente de rassembler et de donner cohérence à des dispositions de notre droit et à des organisations administratives, abondantes et souvent dispersées, qui reflètent des préoccupations successives des pouvoirs publics et des équipes et professionnels de l'hôpital. L'enjeu est que le mineur puisse bénéficier à l'hôpital de la protection qu'impose son âge, tout en jouissant de l'autonomie et des droits que justifie sa progressive maturité.

L'équilibre est souvent difficile à trouver, d'autant que les façons de voir ne sont pas toujours complètement consensuelles, ni immuables. La place des parents est essentielle ; elle rend bien entendu plus complexe le rapport des soignants avec le jeune patient : l'intérêt de l'enfant n'est pas toujours identique à celui de ses parents. Mais cette situation est en réalité propre à l'enfance et, bien qu'elle conduise à des dilemmes particulièrement délicats lorsque la santé de l'enfant est en jeu, l'hôpital partage des interrogations et difficultés qui sont aussi celles de la vie courante.

Enfin, au-delà du titre nécessairement général de cet ouvrage, il faut souligner que les mineurs, des jeunes âges à l'adolescence en passant par tous les « entre-deux-âges », doivent, comme patients et comme individus, être toujours considérés dans leur singularité de personne. Aucun jeune patient n'est semblable à un autre, chacun apporte à l'hôpital ses propres difficultés et justifie une approche adaptée à son âge et à ses attentes. Ces principes sont au cœur de la promotion des droits des enfants à l'hôpital.

L'autorité parentale

- Les principes généraux
- Les attributs de l'autorité parentale
- Les titulaires de l'autorité parentale

► Les principes généraux

Le contexte international

La problématique de l'autorité parentale a été profondément renouvelée au cours des dernières années par la reconnaissance des droits de l'enfant, affirmée de façon solennelle par la Convention internationale des droits de l'enfant de l'ONU.

Cette convention prévoit notamment que « les États parties s'emploient de leur mieux à assurer la reconnaissance du principe selon lequel les deux parents ont une responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et d'assurer son développement¹ ».

Ce texte majeur porte en lui un changement de perspective : plutôt que la formulation en négatif de droits que les adultes ont sur les mineurs, les « droits de l'enfant » ainsi affirmés envisagent la situation de l'enfant du point de vue de celui-ci et, autant que possible, en tenant compte de sa volonté.

La Convention de l'ONU ainsi que les différents textes internationaux contemporains relatifs au droit de l'enfance² reposent sur cinq grandes idées :

- l'intérêt supérieur de l'enfant comme considération première, préalable à toute décision concernant le mineur³ ;
- le droit de l'enfant à une famille ;
- la primauté de la famille par rapport aux autorités publiques ;
- le droit de l'enfant à être élevé par ses deux parents⁴ et, en toute hypothèse, de conserver des relations avec ses deux parents ; ceci aussi bien dans la famille

1. Une application au sein de l'Union européenne en est la reconnaissance automatique des décisions judiciaires en matière de responsabilité parentale, établie par le règlement (CE) no 2201/2003 du Conseil du 27 novembre 2003 relatif à la compétence, la reconnaissance et l'exécution des décisions en matière matrimoniale et en matière de responsabilité parentale..., dit Bruxelles II bis, applicable depuis le 1^{er} mars 2005.

2. E. Hirsch, P. Ferlender (dir.), *Droits de l'homme et pratiques soignantes : textes de références, 1948-2001, Espace éthique AP-HP/Doin/Lamarre*, 2^e éd., 2001.

3. L'article 3 § 1 de la Convention des Nations unies dispose que « dans toutes les décisions concernant les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale ». L'applicabilité directe de cet article en droit français a été reconnue par le Conseil d'État (CE 22 septembre 1997, *Cinar*, JCP 1998. II. 10051, comm. A. Gouttenoire ; RTD civ. 1997. 908, obs. J. Hauser ; *Petites affiches*, 26 janvier 1998) ainsi que par la Cour de cassation (Cass. Civ. 1^{re} 18 mai 2005).

4. L'article 9 de la même Convention dispose notamment que « Les États parties respectent le droit de l'enfant séparé de ses deux parents ou de l'un d'eux d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant. »

fondée sur le mariage que dans celle créée hors mariage, que le *couple parental* soit uni ou qu'il soit désuni ;

– la prise en compte des besoins d'expression et d'information de l'enfant, ce dernier devant s'il est capable de discernement avoir le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant⁵.

Le droit français

Au regard du droit civil français, il résulte à la fois du Code civil que « le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis⁶ » (art. 388) et qu'il reste sous l'autorité de ses père et mère jusqu'à sa majorité ou son émancipation (art. 371-1)⁷.

Si la loi confère au mineur, en fonction de son âge, le droit de donner son avis en certaines matières⁸, le mineur demeure principalement, au sens du droit des personnes, un « incapable ». Même s'il existe — nul ne le contestera — des périodes successives au cours de la minorité (de la petite enfance à la fin de l'adolescence), ces stades sont peu pris en compte par le droit, quelles que soient les réalités physiologiques, psychologiques et sociologiques, incontestables, qu'évoquent des notions telles que l'« âge de raison » (7 ans), la référence à la « communion » dans les familles catholiques ou encore celle de « grand mineur ».

Par ailleurs, faut-il le préciser, « on ne peut parler à propos de l'embryon ou du fœtus de mineur ou d'enfant, ni du reste de personne juridique⁹ ».

Le mineur doit en conséquence être représenté, pour les décisions qui le concernent, notamment en matière de santé, par le ou les titulaires de l'autorité

5. Ce principe est notamment affirmé par l'art. 12 de la Convention. On le rapprochera de l'art. 388-1 du Code civil, qui prévoit que le mineur capable de discernement peut être entendu par le juge dans toute procédure le concernant.

6. L'âge de la majorité selon la loi française (art. 488, C. civ. : « La majorité est fixée à dix-huit ans accomplis ; à cet âge, on est capable de tous les actes de la vie civile ») est conforme aux standards internationaux. La Convention internationale des droits de l'enfant définit ainsi l'enfant « comme tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en raison de la législation qui lui est applicable » (art. 1^{er}).

7. L'émancipation est l'acte juridique — une décision judiciaire — par lequel un mineur acquiert la pleine capacité d'exercice des actes de la vie civile. Un mineur peut être émancipé : soit de plein droit par son mariage mais depuis la loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs, il n'y a plus en principe de possibilité de mariage de mineur) ; soit à 16 ans passés par décision du juge des tutelles rendue à la demande des deux parents ou de l'un d'eux (après avoir entendu l'autre parent, sauf impossibilité de celui-ci de se manifester), soit par décision du juge des tutelles à la demande de l'un des membres du conseil de famille.

8. Ainsi, toute personne âgée d'au moins 13 ans peut s'inscrire sur le registre national informatisé de refus d'un prélèvement (art. R.1232-6, CSP. S'il a plus de 13 ans, l'adopté doit consentir personnellement à son adoption plénière (art. 345, C. civ.). Tout changement de nom de l'enfant de plus de 13 ans nécessite son consentement personnel lorsque ce changement ne résulte pas de l'établissement ou d'une modification d'un lien de filiation (art. 61-3, C. civ.). Le lieu de résidence du mineur, lorsque les parents sont divorcés, tient compte de l'avis du mineur capable de discernement (art. 290, C. civ.).

9. P. Bonfils, A. Gouttenoire, *Droit des mineurs*, 2008, p. 7.

parentale¹⁰, c'est-à-dire en principe par ses parents. L'autorité parentale doit permettre aux parents d'élever l'enfant afin qu'il puisse se développer normalement et s'assumer à l'âge adulte : ils ont à ce titre un droit et un devoir d'autorité.

Les règles relatives à l'autorité parentale ont été successivement modifiées par plusieurs réformes du droit de la famille et principalement par les lois n° 70-459 du 4 juin 1970 (elle a substitué l'autorité parentale à l'ancienne *puissance paternelle*), n° 87-570 du 22 juillet 1987, n° 93-22 du 8 janvier 1993, 4 mars 2002 et par l'ordonnance n° 2005-759 du 4 juillet 2005.

Les principes posés par la loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale

La loi du 4 mars 2002¹¹ a eu un impact tout particulier en matière sanitaire¹².

L'un de ses objectifs principaux a été de valoriser l'autorité parentale conjointe en réaffirmant l'importance de la fonction parentale, et en dissociant celle-ci de la situation du couple (« On est parents pour toujours »), et de rendre plus lisibles les règles en ce domaine¹³.

Elle est fondée sur quatre grands principes :

– l'autorité parentale est une *fonction*, c'est-à-dire un *ensemble de droits et de devoirs corrélatifs* (art. 371-1, C. civ.)¹⁴ : chaque droit reconnu aux père et mère n'est que l'autre face d'un devoir qui leur est imposé. Cette fonction est d'ordre public (art. 376, C. civ.). Les termes de l'article 371 du Code civil selon lesquels « l'enfant, à tout âge, doit honneur et respect à ses père et mère » soulignent toutefois que l'enfant n'a pas que des droits, mais aussi des devoirs, en premier lieu à l'égard de ses parents ;

– cette fonction est *finalisée* : elle a pour vocation *l'intérêt de l'enfant*¹⁵, quel que puisse être l'intérêt propre des parents, et vise à le protéger, à assurer son

10. Depuis la loi du 23 décembre 1985, les deux parents sont tous deux les *représentants légaux* du mineur : ils assurent donc sur un même plan cette représentation sur différents formulaires qui mentionnent « le » représentant légal du mineur.

11. Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale.

12. Ce texte a fait suite aux travaux menés notamment par Irène Théry (notamment *Couple, filiation et parenté aujourd'hui : le droit face aux mutations de la famille et de la vie privée*, Odile Jacob, 1998) et surtout à ceux confiés par la Garde des sceaux, Ministre de la justice à un groupe de travail présidé par Françoise Dekeuwer-Defossez, et dont a été issu un important rapport déposé en 1999 (*Rénover le droit de la famille : propositions pour un droit adapté aux réalités et aux aspirations de notre temps*, La Documentation française).

13. « C'est l'autorité parentale qui permet aux parents d'exercer leur responsabilité d'élever l'enfant. La stabilité et la force de ce lien est nécessaire à la fois pour donner aux parents les moyens de leur mission, et pour assurer à l'enfant l'équilibre et les repères dont il a besoin » (*Rénover le droit de la famille*, *op. cit.*, p. 11).

14. Plutôt que celle d'autorité parentale, les textes communautaires utilisent fréquemment la notion de « responsabilité(s) parentale(s) » (voir notamment la recommandation du Conseil de l'Europe n° R (84)4 du 24 février 1984).

15. Deux décisions de justice importantes, issues des deux ordres de juridiction, ont affirmé l'importance de la notion d'« intérêt supérieur de l'enfant » : le Conseil d'État considère qu'il agit d'un principe auquel doit être accordée une attention primordiale dans toutes les décisions

éducation et à permettre son développement (art. 371-1, C. civ. : L'autorité parentale « appartient aux père et mère [...] pour protéger (l'enfant) dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement »). L'autorité parentale n'est pas conçue comme un pouvoir absolu ; elle s'accompagne si cela est nécessaire d'un véritable droit de regard de la société et de ses institutions sur la famille.

– elle doit être proportionnée aux capacités d'autonomie du mineur et s'exercer « dans le respect dû à sa personne » (art. 371-1, C. civ.). Les parents doivent en conséquence associer « l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité » (*ibid.*);

– la loi a posé le principe de *l'égalité des père et mère* : égalité de droits, mais aussi égalité de devoirs : « Les parents exercent en commun l'autorité parentale » (art. 342, C. civ.) et « Tous les enfants dont la filiation est légalement établie ont les mêmes droits et les mêmes devoirs dans leurs rapports avec leur père et mère. Ils entrent dans la famille de chacun d'eux » (art. 310, C. civ.). L'autorité parentale est autant que possible fondée sur une « co-parentalité¹⁶ ».

administratives concernant un enfant (22 septembre 1997, n° 161364), la Cour de cassation que cet intérêt a prééminence sur celui de ses parents (Cass. Civ. I^{re} 8 novembre 2005).

16. La Convention du Conseil de l'Europe sur les relations personnelles concernant les enfants du 15 mai 2003 affirme dans son article 4 qu'« un enfant et ses parents ont le droit d'entretenir des relations régulières [qui] ne peuvent être restreintes ou exclues que lorsque cela est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant ». Sur des décisions en ce sens de la Cour européenne des droits de l'homme, *Sommerfiel et Sahin c/Allemagne*, 11 octobre 2001 ; *Volesky c/République tchèque*, 29 juin 2004 ; GACEDH, comm. n° 50. Cette participation égalitaire des parents à la prise en charge de l'enfant, du moins au plan juridique, constitue un élément important de l'égalité des sexes (P. Bonfils, A. Gouttenoire, *op. cit.*, p. 267). Les dispositions du Code civil relatives à l'autorité parentale sont aujourd'hui indifférentes au sexe du parent.

L'ENFANT & L'ADOLESCENT À L'HÔPITAL

Marc Dupont
et Caroline Rey-Salmon

La Convention internationale des droits de l'enfant et la Charte de l'enfant hospitalisé ont affirmé avec force que le mineur doit être considéré avant tout comme une personne : certes, l'enfant n'est pas encore un adulte, mais il le deviendra un jour. Lorsqu'il s'agit de sa santé, la question de l'autonomie du mineur prend une importance particulière : il doit être associé autant que possible aux décisions qui le concernent. Le rôle des parents, titulaires d'une autorité parentale exercée dans le seul intérêt du mineur, en tenant compte de ses besoins personnels et de son âge, est bien entendu essentiel, comme l'est celui des équipes hospitalières. L'hôpital est par ailleurs un maillon important des actions de protection de l'enfance.

Aussi, les professionnels doivent connaître les nombreuses dispositions légales et réglementaires, instructions et recommandations qui traitent tel ou tel aspect de la prise en charge des mineurs à l'hôpital.

En huit chapitres déclinant des points de repère fondamentaux mêlant approches administrative et médicale, les auteurs proposent une vue d'ensemble du cadre juridique, une base documentaire claire et une présentation des bonnes pratiques professionnelles.

Un ouvrage à la fois pratique et exhaustif auquel les étudiants en droit de la santé et les professionnels des établissements de santé publics et privés accueillant des mineurs pourront se référer au quotidien.

Marc Dupont est directeur d'hôpital à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (Direction des affaires juridiques, AP-HP) et chargé d'enseignement à la faculté de droit de l'université Paris-Descartes – Sorbonne Paris Cité.

Caroline Rey-Salmon, pédiatre des Hôpitaux, médecin légiste, est coordonnatrice des urgences médico-judiciaires de l'Hôtel-Dieu à Paris (AP-HP).

27 €

 F215006

ISBN : 978-2-8109-0150-0



www.presses.ehesp.fr