

Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale

2017

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté

© ÉDITIONS DALLOZ – 2017
ISBN 978-2-247-16812-5

A propos de l'auteur

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) est une autorité administrative indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007 à la suite de l'adoption par la France du protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Le CGLPL a concrètement débuté son activité le 13 juin 2008. Adeline Hazan a été nommée le 17 juillet 2014 pour un mandat de six ans non renouvelable.

Le Contrôleur général a pour mission de veiller à la protection de l'ensemble des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, qu'elles soient en prison, en garde à vue, dans un établissement de santé mentale, en centre de rétention pour étrangers, dans les geôles d'un tribunal, en centre éducatif fermé pour mineurs ou dans tout autre lieu dans lequel des personnes sont enfermées par la décision d'un juge ou d'une autorité administrative.

Le CGLPL s'assure ainsi que les droits à la vie, à l'intégrité physique et psychique ou à ne pas être soumis à un traitement inhumain ou dégradant sont respectés. Il lui revient également de veiller à un juste équilibre entre le respect des droits fondamentaux des personnes et les considérations d'ordre public et de sécurité, notamment en matière de droit à la vie privée et familiale, au travail et à la formation, d'accès aux soins, ainsi qu'à la liberté d'expression, de conscience et de pensée. De même sont examinées les conditions de travail des personnels et des intervenants car ces dernières peuvent avoir des conséquences directes sur le traitement des personnes privées de liberté.

Le CGLPL peut visiter, à tout moment, tout lieu du territoire français où des personnes sont enfermées pour vérifier les conditions de vie des personnes privées de liberté et enquêter sur l'état, l'organisation et le fonctionnement de l'établissement. Les contrôleurs ont libre accès à l'ensemble des locaux et peuvent s'entretenir de manière confidentielle avec les personnes privées de liberté ainsi qu'avec le personnel et tout intervenant.

Dans le cadre de sa mission, le CGLPL formule des recommandations aux autorités publiques. Outre les rapports publiés à l'issue de chaque visite d'établissement, le Contrôleur général peut décider de publier au Journal Officiel des recommandations spécifiques à un ou plusieurs établissements ainsi que des avis généraux sur une problématique transversale. L'ensemble de ces documents est disponible sur le site internet de l'institution (www.cglpl.fr).

Enfin, le CGLPL peut être saisi par toute personne physique (et les personnes morales qui ont pour objet les droits de l'homme) ; les contrôleurs du pôle saisines traitent les courriers directement envoyés par les personnes privées de liberté ou leurs proches en vérifiant les situations relatées et en menant des investigations, sur place si nécessaire, pour tenter d'apporter une réponse aux problèmes soulevés mais aussi pour identifier d'éventuels dysfonctionnements et, le cas échéant, proposer des recommandations pour prévenir toute nouvelle violation d'un droit fondamental.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté
16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 Paris Cedex 19

La préoccupation des pouvoirs publics pour la santé mentale des mineurs s'est récemment traduite par le dépôt de plusieurs rapports¹ abordant cette question sous l'angle le plus large, du repérage à la prise en charge.

L'approche que le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) tient de la loi² est à la fois plus étroite et plus précise : selon l'article 1^{er} de la loi du 30 octobre 2007, il est « chargé, sans préjudice des prérogatives que la loi attribue aux autorités judiciaires ou juridictionnelles, de contrôler les conditions de prise en charge et de transfèrement des personnes privées de liberté, afin de s'assurer du respect de leurs droits fondamentaux ».

Aux termes de l'article 8 de la loi du 30 octobre 2007, le CGLPL peut visiter, à tout moment sur le territoire de la République, tout lieu où des personnes sont privées de leur liberté par décision d'une autorité publique, ainsi que tout établissement de santé habilité à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement et visé à l'article L.3222-1 du code de la santé publique (CSP)³. Il s'agit des établissements habilités à recevoir des patients – majeurs ou mineurs – admis sans leur consentement, sur décision du représentant de l'Etat⁴, par suite de la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent⁵, ou par suite d'une décision judiciaire d'irresponsabilité pénale prise sur le fondement de l'article 706-135 du code de procédure pénale ainsi que des établissements recevant les personnes détenues⁶.

On observe d'emblée que la liste déterminée par l'article L.3222-1 du CSP omet deux catégories de patients pourtant hospitalisés sans leur consentement :

- d'une part, les mineurs confiés à un établissement de santé mentale sur ordonnance de placement provisoire prise par un juge des enfants dans le cadre d'une procédure d'assistance éducative⁷ ;
- d'autre part, les mineurs confiés à un établissement de santé au titre de l'ordonnance du 2 février 1945 régissant l'enfance délinquante.

Les premiers ne sont pas rares et sont même légèrement plus nombreux que les mineurs admis sur décision du représentant de l'Etat. En tout, ce sont près de 400 mineurs qui sont hospitalisés chaque année par décision d'une autorité publique – représentant de l'Etat ou autorité judiciaire⁸.

En réalité cependant, dans les établissements qu'ils ont visités, les contrôleurs ont surtout rencontré des enfants admis à la demande de leurs parents⁹ ; ils sont considérés comme en soins libres.

¹ Pour s'en tenir aux rapports les plus récents, qui ne sont pas tous exclusivement consacrés aux mineurs mais dont le contenu s'y rapporte totalement ou partiellement, on citera : le rapport d'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 élaboré par le Haut Conseil de la santé publique, déposé en avril 2016 ; le rapport relatif à la santé mentale, présenté par Michel LAFORCADE à la demande du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes déposé en octobre 2016 ; le rapport « mission bien-être et santé des jeunes » présenté par le Pr Marie-Rose MORO et Jean Louis BRISON à la demande du ministère de l'éducation Nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et du ministère de la ville, de la jeunesse et des sports, déposé en novembre 2016 ; le rapport de la mission d'information du Sénat sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France, présenté par Alain MILON et Michel AMIEL, déposé le 4 avril 2017 ; le rapport d'information déposé le 15 février 2017 en conclusion de la mission d'évaluation de la loi du 27 septembre 2013 modifiant la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Le CGLPL, dans son rapport d'activité pour l'année 2013, avait également publié une étude sur « les droits fondamentaux à l'épreuve de la santé mentale ».

² Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

³ Article L.3222-1 du CSP « I.- Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du représentant de l'Etat dans le département concerné, un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement, en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale (...) ».

⁴ Article L.3213-1 et suivants du CSP.

⁵ Article L.3212-1 et suivants du CSP.

⁶ Article L.3214-1 et suivants du CSP.

⁷ Articles 375 et suivants du code civil issus de l'ordonnance n° 58-1301 du 23 décembre 1958 relative à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger.

⁸ Selon les chiffres fournis par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, 239 mineurs ont été confiés à l'hôpital psychiatriques par un juge des enfants en 2015 sur le fondement de l'article 375-9 du code civil et 197 ont été admis sur décision du représentant de l'Etat. Entre 2010 et 2015, la moyenne annuelle d'enfants confiés est, respectivement, de 203 pour le juge des enfants et 171 pour le représentant de l'Etat. Aucun chiffre n'a été fourni à propos des mineurs confiés sur le fondement de l'ordonnance du 2 février 1945.

⁹ Les chiffres diffèrent selon les divers rapports et sont à prendre avec prudence. Ceux que l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a communiqués aux contrôleurs font état, pour 2015, de 18257 mineurs admis en hospitalisation complète, parmi lesquels, ainsi qu'il vient d'être dit, 197 admis sur décision du représentant de l'Etat, 239 au titre d'une ordonnance de placement provisoire du juge des enfants mais aussi, 42 au titre de l'article D388 du code de procédure pénale (mineurs détenus et admis sur décision du préfet) et 5 au titre de l'article 706-135 du code

La notion de soins libres¹⁰, théoriquement liée à celle de libre consentement, est particulièrement délicate en psychiatrie ; elle n'est garantie par aucun document, matérialisée par aucune signature du patient¹¹.

S'agissant des mineurs, **la décision d'hospitalisation appartient en premier lieu, aux titulaires de l'autorité parentale ou au tuteur**¹² ; selon le code de la santé publique, **elle peut aussi intervenir à la demande du directeur de l'établissement ou du service à qui le mineur a été judiciairement confié**¹³. Dans ces hypothèses qui toutes sont assimilées aux soins libres, la décision n'appartient pas au mineur quand bien même la loi prescrit de recueillir son avis¹⁴.

Cette situation trouve une explication partielle à travers le système de la représentation légale : les parents, ou le tuteur, sollicitent l'admission au nom de l'enfant. En revanche, le directeur de l'établissement ou du service à qui l'enfant est confié (maison d'enfants à caractère social, établissement éducatif...) n'a pas qualité pour représenter le mineur, pas plus qu'il ne dispose généralement de l'autorité parentale. Il est donc surprenant que ces personnes ne soient pas considérées comme tiers au sens de l'article L.3212-1 du CSP et, comme telles, soumises aux exigences que la loi prévoit lorsqu'il s'agit d'hospitaliser des adultes. Cet article, en effet, ne s'applique pas aux mineurs.

Au mineur donc, l'hospitalisation peut être totalement imposée par un tiers – ses parents, voire le directeur de l'établissement qui l'accueille – sans qu'il bénéficie des garanties reconnues aux majeurs en situation comparable : il n'est pas nécessaire de justifier qu'il présente des troubles mentaux rendant impossible son consentement ; il n'est pas exigé que son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante ; il n'est pas exigé que la demande soit accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours dont l'un émanant d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Et pourtant, ce type d'hospitalisation, qui n'a de libre que le nom, n'est pas soumis au contrôle du juge. Tout se passe comme si ces « tiers » étaient présumés agir dans l'intérêt de l'enfant, le médecin de l'établissement d'accueil en étant le meilleur garant¹⁵.

La notion de soins libres apparaît donc très discutable. C'est pourquoi, dans la mesure où ils tirent leur compétence de l'habilitation de l'établissement visité et non du statut des patients qui s'y trouvent effectivement, les contrôleurs se sont intéressés au sort de l'ensemble des mineurs, quelles que soient les modalités de leur admission.

Si la situation des mineurs a particulièrement retenu l'attention du CGLPL, ce n'est pas seulement en raison de l'ambiguïté de leur statut c'est aussi parce que la place des représentants légaux est apparue très incertaine, toutes modalités d'admission confondues. Cette incertitude est apparue plus grande encore pour les mineurs confiés au service de l'aide sociale à l'enfance¹⁶, nombreux au sein des unités. L'administration hospitalière elle-même ne semble pas toujours au fait des règles relatives à l'autorité parentale et mesure mal l'incidence du placement sur les procédures d'admission, sur la place des parents dans la prise en charge, sur les droits des mineurs.

Les procédures d'admission en soins sans consentement stricto sensu, plus encadrées par le droit, font généralement l'objet de protocoles mais la question des patients mineurs n'y figure qu'à la marge ; il n'est quasiment jamais fait référence à l'accompagnement d'un patient mineur dans l'exercice de ses droits et la pratique n'y supplée guère. Les contrôleurs ont constaté que les autorités elles-mêmes – représentant de l'Etat et juge des libertés et de la détention notamment – peinaient à garantir correctement les droits des mineurs et de leurs représentants légaux.

Il a donc semblé utile de rendre compte de ces constats en décrivant la manière dont s'articulent droits des parents et droits des enfants dans leurs rapports avec l'hôpital et avec les autorités administratives et judiciaires, au moment de l'admission et pendant la prise en charge.

L'étude qui suit s'appuie sur les constats opérés par les contrôleurs dans une trentaine d'unités accueillant des mineurs, essentiellement des adolescents. Elle rend compte de pratiques qui, pour avoir été couramment observées,

de procédure pénale (après une décision d'irresponsabilité).

¹⁰ Article L.3211-2 du CSP : « Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres (...). »

¹¹ Au cours de leurs visites, les contrôleurs ont souvent rencontré des patients majeurs manifestement privés de discernement, ne bénéficiant d'aucune mesure de protection juridique, et pourtant admis en « soins libres ».

¹² Article L.3211-10 du CSP : « Hormis les cas prévus au chapitre III du présent titre, la décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue ».

¹³ Article R.1112-34 du CSP : « L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire. 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 à la demande du directeur de l'établissement ou à celle du gardien.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsque aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance. »

¹⁴ Article L.1111-4 du CSP.

¹⁵ Article R.4127-43 du CSP : « Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. »

¹⁶ Ou à tout autre service ou établissement à qui les mineurs sont confiés judiciairement.

ne sauraient prétendre à la représentativité ou à l'exhaustivité. Les exemples concrets qui sont rapportés se veulent avant tout occasion de réflexion ; ils ont aussi conduit à examiner précisément les textes, épars et parfois contradictoires, qui régissent la matière.

L'analyse des constats suppose que soient préalablement connus les grands principes régissant l'autorité parentale utilisés tout au long du rapport ; ils seront donc brièvement exposés dans un premier chapitre (I).

Sera ensuite posé le cadre général des soins en santé mentale à travers l'organisation du système de soins et la place du jeune patient au sein de ce système. Il apparaît que la minorité est une notion peu adaptée en matière de santé mentale (II).

La question des modalités d'admission du mineur sera ensuite abordée, qu'il s'agisse de soins dits libres ou de soins sans consentement. Elle relève d'un système juridique complexe et laisse apparaître des pratiques variables (III).

Enfin, seront évoqués les divers aspects de la prise en charge au regard du respect des droits du mineur et de ses représentants légaux (IV).

Par commodité de langage, nous utiliserons indifféremment les termes « enfant », « jeune » ou « adolescent » pour « mineur » ; nous évoquerons plus souvent les « parents » que les « représentants légaux » ; nous utiliserons aussi le terme de « gardien » pour désigner les tiers qui, en fait ou en droit, accueillent l'enfant.

Section 1

Définition et exercice

La notion d'**autorité parentale** est un concept évolutif, que la loi actuelle, à travers l'article 371-1 du code civil, définit comme « **un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.** » Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité de l'enfant ou son émancipation. Elle leur est confiée pour « protéger (l'enfant) dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne ».

Depuis la loi du 4 juin 1970, **l'autorité parentale est partagée entre les deux parents et s'exerce en commun. Ce partage vaut sans conditions pour les couples mariés. Pour ceux qui ne le sont pas, l'autorité parentale est partagée à condition que la filiation ait été volontairement établie à l'égard des deux parents dans l'année qui suit la naissance de l'enfant**¹⁷ (si l'un des parents reconnaît l'enfant au-delà de ce délai, le parent ayant reconnu l'enfant en premier lieu exerce seul l'autorité parentale). L'autorité parentale peut toutefois s'exercer en commun soit sur décision du juge aux affaires familiales, soit si les parents effectuent une démarche conjointe en ce sens auprès du greffier en chef du tribunal de grande instance¹⁸.

Dans la vie quotidienne, il n'est guère envisageable de solliciter l'accord des deux parents pour tout acte relatif à la vie de l'enfant ; c'est pourquoi la loi dispose¹⁹ : « **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** » .

La notion d'acte usuel n'est pas définie par la loi. La doctrine le définit comme un acte de la vie quotidienne, sans gravité, qui n'engage pas la vie de l'enfant. La jurisprudence l'apprécie à la fois *in abstracto*, c'est-à-dire en fonction de la nature de l'acte envisagé, et *in concreto*, c'est-à-dire au regard des faits de l'espèce (les circonstances, les habitudes préalables des parents...). **La notion d'acte usuel a son importance non seulement à l'égard des parents entre eux, mais à l'égard de la personne ou du service à qui l'enfant est confié.**

La séparation du couple ne modifie pas les règles de dévolution de l'autorité parentale²⁰. Depuis la loi dite Malhuret, du 22 juillet 1987, la loi a en effet consacré l'idée selon laquelle le couple parental survit à la dissolution du couple matrimonial. Le principe est donc celui d'une autorité parentale qui continue de s'exercer en commun. La présomption perdure, selon laquelle chaque parent est supposé agir en accord avec l'autre pour les actes usuels.

A titre exceptionnel, si l'intérêt de l'enfant le commande, le juge pourra toutefois décider que l'autorité parentale sera exercée par un seul des parents. Dans ce cas, l'autre parent conserve, d'une part, un droit de visite et d'hébergement, d'autre part, le droit et le devoir de surveiller l'entretien et l'éducation de l'enfant et d'être informé des choix importants relatifs à la vie de ce dernier²¹. Le droit de visite et d'hébergement

¹⁷ En pratique, il s'agit d'éviter qu'un homme qui ne s'est pas intéressé à l'enfant pendant plusieurs mois et a abandonné à la mère son entretien et son éducation, se trouve, par une simple reconnaissance, investi de droits sur cet enfant.

¹⁸ Article 372 du code civil : « Les père et mère exercent en commun l'autorité parentale.

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

L'autorité parentale pourra néanmoins être exercée en commun en cas de déclaration conjointe des père et mère adressée au greffier en chef du tribunal de grande instance ou sur décision du juge aux affaires familiales. »

¹⁹ Article 372-2 du code civil : « A 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. »

²⁰ Article 373-2 du code civil : « La séparation des parents est sans incidence sur les règles de dévolution de l'exercice de l'autorité parentale.

Chacun des père et mère doit maintenir des relations personnelles avec l'enfant et respecter les liens de celui-ci avec l'autre parent.

Tout changement de résidence de l'un des parents, dès lors qu'il modifie les modalités d'exercice de l'autorité parentale, doit faire l'objet d'une information préalable et en temps utile de l'autre parent. En cas de désaccord, le parent le plus diligent saisit le juge aux affaires familiales qui statue selon ce qu'exige l'intérêt de l'enfant. Le juge répartit les frais de déplacement et ajuste en conséquence le montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant ».

²¹ Article 373-2-1 code civil : Si l'intérêt de l'enfant le commande, le juge peut confier l'exercice de l'autorité parentale à l'un des deux parents.

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

Lorsque, conformément à l'intérêt de l'enfant, la continuité et l'effectivité des liens de l'enfant avec le parent qui n'a pas l'exercice de l'autorité

peuvent être soumis à des conditions particulières, destinées à garantir l'intérêt de l'enfant (visites médiatisées notamment, ou en un lieu particulier).

Les tiers qui ont la charge de l'enfant ne peuvent ignorer ces dispositions. Elles valent pour le tiers, personne physique, à qui un enfant est confié ; elles valent pour le service de l'aide sociale à l'enfance, pour les maisons d'enfants à caractère social ou les établissements de placement éducatif du service de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ; elles valent aussi pour les équipes médicales qui accueillent des enfants hospitalisés à temps plein.

L'article 371-1 du code civil qui définit l'autorité parentale comme un ensemble de droits et de devoirs pesant sur les parents précise, en son dernier alinéa : « Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité ».

Bien que le respect de cette recommandation soit difficilement vérifiable au quotidien, elle traduit une philosophie : l'autorité parentale est donnée aux parents pour accompagner progressivement leur enfant vers l'autonomie. La minorité n'est pas une frontière en-deçà de laquelle l'enfant serait dénué de droits ; le mineur est titulaire de droits que ses représentants légaux exercent en son nom ; il est souhaitable qu'il soit informé, consulté et, le cas échéant, participe à la décision. Cette philosophie trouve évidemment à s'appliquer en matière d'hospitalisation.

En matière judiciaire, les droits du mineur ont connu un progrès manifeste grâce à la Convention internationale des droits de l'enfant²² qui s'est notamment traduite, en droit interne, par l'article 388-1 du code civil introduit par la loi du 8 janvier 1993 « réformant l'état civil, le droit de la famille et créant le juge aux affaires familiales ». Cette disposition donne au mineur capable de discernement la possibilité d'être entendu par le juge dans toute procédure le concernant. Cette audition est de droit lorsque le mineur en fait la demande ; le juge doit s'assurer que le mineur a été informé de son droit à être entendu, assisté d'un avocat²³.

Section 2

Les limites de l'autorité parentale

Sous certaines conditions et dans un cadre juridiquement précis, il peut être porté atteinte à l'autorité parentale lorsque ses titulaires en font un usage qui ne répond pas à ses objectifs et méconnaît l'intérêt de l'enfant.

La délégation des droits d'autorité parentale, le retrait de l'autorité parentale et la déclaration judiciaire d'abandon sont des procédures relativement rares.

L'assistance éducative, en revanche, concerne très directement un nombre non négligeable d'enfants hospitalisés en psychiatrie et il convient d'en connaître les principes.

La désignation d'un administrateur ad hoc constitue également une atteinte à l'autorité parentale qui mérite d'être évoquée ici.

I – L'assistance éducative

La matière est régie par les articles 375 et suivants du code civil. **Lorsqu'un enfant est en danger dans sa santé, sa sécurité ou sa moralité, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises**, le juge des enfants peut ordonner une mesure d'aide éducative en milieu ouvert ; il peut subordonner le maintien du mineur au domicile parental au respect de certaines conditions ; « si la protection de l'enfant l'exige », il peut aussi le placer hors du domicile parental et le confier à l'autre parent, à un tiers digne de confiance, à un établissement.

La loi n'exige pas la démonstration d'une faute des parents, au sens où ceux-ci s'abstiendraient volontairement d'accomplir les devoirs résultant de l'autorité parentale ou voudraient délibérément nuire à leur enfant ; elle tire

parentale l'exigent, le juge aux affaires familiales peut organiser le droit de visite dans un espace de rencontre désigné à cet effet.

Lorsque l'intérêt de l'enfant le commande ou lorsque la remise directe de l'enfant à l'autre parent présente un danger pour l'un d'eux, le juge en organise les modalités pour qu'elle présente toutes les garanties nécessaires. Il peut prévoir qu'elle s'effectue dans un espace de rencontre qu'il désigne, ou avec l'assistance d'un tiers de confiance ou du représentant d'une personne morale qualifiée.

Le parent qui n'a pas l'exercice de l'autorité parentale conserve le droit et le 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. Il doit respecter l'obligation qui lui incombe en vertu de l'article 371-2.

²² La Convention internationale des droits de l'enfant a été adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989 ; elle est entrée en vigueur en France l'année suivante.

²³ Article 388-1 du code civil : « Dans toute procédure le concernant, le mineur capable de discernement peut, sans préjudice des dispositions prévoyant son intervention ou son consentement, être entendu par le juge ou, lorsque son intérêt le commande, par la personne désignée par le juge à cet effet.

Cette audition est de droit lorsque le mineur en fait la demande. Lorsque le mineur refuse d'être entendu, le juge apprécie le bien-fondé de ce refus. Il peut être entendu seul, avec un avocat ou une personne de son choix. Si ce choix n'apparaît pas conforme à l'intérêt du mineur, le juge peut procéder à la désignation d'une autre personne.

L'audition du mineur ne lui confère pas la qualité de partie à la procédure.

Le juge s'assure que le mineur a été informé de son droit à être entendu et à être assisté par un avocat. »

simplement les conséquences d'une défaillance ou d'une incapacité de leur part, quelle qu'en soit l'origine, dès lors que cette défaillance met l'enfant en danger.

Les mesures de nature à remédier à la situation de danger sont provisoires, en ce sens qu'elles doivent faire l'objet d'un examen périodique. Le juge en fixe la durée, qui, sauf exceptions, ne peut excéder deux ans. L'objectif, à terme, est de pouvoir remettre l'enfant à sa famille, fut-ce avec l'accompagnement d'une mesure éducative de milieu ouvert.

L'intervention est souple : parents et enfants peuvent à tout moment solliciter la modification de la mesure ou sa mainlevée, y compris avant l'expiration du terme prévu.

Le mineur dispose de droits réels dans le cadre de cette procédure : le juge en effet, doit entendre le mineur capable de discernement²⁴. Le mineur capable de discernement peut faire choix d'un conseil ou demander au juge que le bâtonnier lui en désigne un d'office²⁵. Il peut consulter le dossier au greffe, à condition d'être accompagné²⁶. A moins que son état ne le permette pas, le dispositif de la décision est notifié au mineur de plus de seize ans²⁷. Le mineur peut faire appel de la décision du juge des enfants²⁸.

La loi précise que les parents dont les enfants sont placés hors du domicile dans le cadre de l'assistance éducative « continuent à exercer tous les attributs de l'autorité parentale qui ne sont pas inconciliables avec cette mesure ». Ils conservent un droit de correspondance ainsi qu'un droit de visite et d'hébergement dont le juge fixe en principe le rythme et les modalités. Ce droit peut être suspendu, ou son exercice soumis à certaines conditions si l'intérêt de l'enfant l'exige²⁹.

Le tiers à qui l'enfant a été confié peut accomplir seul les actes usuels relatifs à l'autorité parentale ; les parents, non seulement doivent être informés des conditions de vie de leur enfant, mais leur accord doit être sollicité pour tous les actes qui revêtent une certaine importance et ne relèvent pas du quotidien.

A titre exceptionnel, en cas de refus abusif ou injustifié de la part des parents, ou en cas de négligence de leur part, le juge des enfants peut, si l'intérêt de l'enfant l'exige, autoriser la personne ou l'établissement « gardien » à accomplir seul un acte non usuel, c'est à dire un acte qui, en principe, revient aux parents. Il faut pour cela que le gardien rapporte la preuve de la nécessité de la mesure (preuve que les parents ont été sollicités et n'ont pas répondu ou que leur refus est injustifié, et preuve que l'intérêt de l'enfant exige que l'acte soit accompli).

II – L'administrateur ad hoc

Lorsque dans une procédure particulière, les intérêts du mineur apparaissent en opposition avec ceux de ses représentants légaux, le juge désigne un administrateur ad hoc chargé de le représenter.

L'administrateur ad hoc agit au nom et pour le compte du mineur dans le cadre d'une procédure spécifique et seulement pour la durée de celle-ci. Il est désigné par le juge et lui rend compte de sa mission. Il n'a pas vocation à intervenir dans d'autres domaines de la vie de l'enfant.

La qualité d'administrateur ad hoc requiert quelques garanties : les candidats se manifestent auprès du procureur de la République et la liste est dressée par la cour d'appel, après enquête. La désignation est faite par le juge des tutelles ou par le juge chargé de l'instance. La décision est notifiée aux parents (représentants légaux de droit), qui peuvent la contester par la voie de l'appel.

Historiquement, la désignation d'un administrateur ad hoc intervenait essentiellement en matière de filiation et de succession. La loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance a prévu une application particulière en matière pénale : il s'est agi d'assurer la représentation du mineur – et la défense de ses intérêts – lorsque ses parents ou l'un d'eux était mis en examen pour des faits de violences ou d'agression sexuelle. Cette disposition, actuellement prévue par l'article 706-50 du code de procédure pénale³⁰, permet à l'administrateur ad hoc de se constituer partie civile au nom de l'enfant ; le mineur peut alors être assisté d'un avocat, accéder à la procédure, solliciter des actes et percevoir des dommages et intérêts.

En matière civile, l'article 388-2 du code civil³¹ issu de la loi du 8 janvier 1993 a élargi le domaine de son

²⁴ Article 1182 et 1189 du code de procédure civile.

²⁵ Article 1186 du code de procédure civile.

²⁶ Article 1187 du code de procédure civile.

²⁷ Article 1190 du code de procédure civile.

²⁸ Article 1191 du code de procédure civile.

²⁹ L'exercice du droit de visite peut notamment être soumis à médiatisation, c'est-à-dire à la présence d'un tiers.

³⁰ Art 706-50 du code de procédure pénale : « Le procureur de la République ou le juge d'instruction, saisi de faits commis volontairement à l'encontre d'un mineur, désigne un administrateur ad hoc lorsque la protection des intérêts de celui-ci n'est pas complètement assurée par ses représentants légaux ou par l'un d'entre eux. L'administrateur ad hoc assure la protection des intérêts du mineur et exerce, s'il y a lieu, au nom de celui-ci les droits reconnus à la partie civile. En cas de constitution de partie civile, le juge fait désigner un avocat d'office pour le mineur s'il n'en a pas déjà été choisi un ».

³¹ Article 388-2 du code civil : « Lorsque, dans une procédure, les intérêts d'un mineur apparaissent en opposition avec ceux de ses représentants légaux, le juge des tutelles dans les conditions prévues à l'article 383 ou, à défaut, le juge saisi de l'instance lui désigne un administrateur ad hoc chargé de le représenter.

Dans le cadre d'une procédure d'assistance éducative, l'administrateur ad hoc désigné en application du premier alinéa du présent article doit être

intervention : le juge en charge d'une instance, quelle qu'elle soit, est désormais invité à désigner un administrateur ad hoc dès lors que les intérêts d'un mineur apparaissent en opposition avec ceux de ses représentants légaux.

Cette désignation est expressément prévue en matière d'assistance éducative et dans ce cas, l'administrateur ad hoc doit être indépendant de la personne ou du service à qui l'enfant est confié. Elle peut aussi intervenir dans le cadre d'autres instances, notamment lors du contrôle des hospitalisations sans consentement opéré par le juge des libertés et de la détention (JLD). Elle est très rarement utilisée dans ce cadre et quelques exemples au cours de ce rapport montreront qu'il est permis de le regretter.

La minorité, une notion juridique peu adaptée en matière de santé mentale

Section 1

Minorité, adolescence et besoin de protection

I – Une psychiatrie infanto-juvénile qui exclut certains adolescents

La notion de minorité, en droit, est clairement posée : « Le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis »³².

La psychiatrie, pour sa part, fait appel à d'autres notions que le droit. Ainsi, aux termes de l'article R.3221-1 du CSP, l'organisation de la psychiatrie distingue :

- des secteurs de psychiatrie générale « qui répondent principalement aux besoins de santé mentale d'une population âgée de plus de seize ans » ;
- des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile³³ « qui répondent aux besoins de santé mentale des enfants et adolescents... ».

Cette organisation laisse entendre que les mineurs de plus de seize ans relèvent « principalement » de la psychiatrie pour adultes, ce que l'on peut trouver regrettable au regard de la spécificité de leurs besoins. Elle laisse aussi entendre que les mineurs de moins de seize ans bénéficient de structures hospitalières spécialisées, ce qui est loin d'être toujours le cas.

La juxtaposition au sein du même article d'un âge – seize ans – et d'une notion aux contours incertains – l'adolescence – laisse perplexe. La circulaire du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS³⁴ de l'enfant et de l'adolescent préconise une souplesse dans l'interprétation du texte et indique que « enfants et adolescents ont vocation à être pris en charge, chaque fois que cela est possible, par un médecin spécialiste de l'enfant et du personnel paramédical ayant expérience et savoir-faire dans l'accueil et la prise en charge des enfants ».

Il serait toutefois plus utile de poser plus clairement quelques repères. En pratique en effet, l'âge, mais aussi le comportement et la morphologie sont plus souvent évoqués pour exclure que pour intégrer ; ils légitiment plus souvent l'admission d'un mineur de seize ans, parfois moins, en psychiatrie pour adultes, qu'ils ne conduisent à l'admission d'un jeune de dix-sept ans, a fortiori dix-huit, en pédopsychiatrie.

Cette incertitude des critères – âge/adolescence – diminue la force de chacun d'entre eux et laisse place à des pratiques diverses, pour ne pas dire à l'arbitraire. Au cours de leurs visites, les contrôleurs ont effet rencontré de nombreux praticiens – administratifs, médecins et cadres de santé – qui justifiaient l'orientation vers un service pour adultes par une autre limite d'âge : quinze ans, parfois même quinze ans et trois mois. Invités à justifier du fondement – légal ou médical – de ces limites, nul n'a pu le fournir. Il semble relever d'un usage dont la pertinence n'est guère interrogée.

On peut en tous cas observer que l'âge de quinze ans, en droit civil, ne constitue pas un critère utile ; tout au plus la loi prévoit-elle que l'enfant de moins de quinze ans ne peut, sauf exception, faire l'objet d'une adoption plénière³⁵. La limite de treize ans est plus fréquemment retenue pour soumettre une action ou ses effets à un double accord, celui du mineur et de ses parents : ainsi le changement de nom et de prénom exige-t-il le consentement personnel du mineur à partir de treize ans³⁶ ; de même le mineur doit-il consentir à son adoption à partir de treize ans³⁷.

³² Article 388 al1 du code civil.

³³ La mise en place des secteurs de psychiatrie infanto juvénile est issue d'une circulaire du 16 mars 1972 ; ils regroupent généralement deux à trois secteurs pour adultes. L'article R3221-1 CSP est issu du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre la maladie mentale et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique mais l'organisation générale est inchangée. Le rapport d'information du 4 avril 2017 sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France indique que 320 secteurs de psychiatrie infanto juvéniles prennent en charge environ 600 000 enfants et adolescents jusqu'à 16 ans.

³⁴ Schémas régionaux d'orientation sanitaire.

³⁵ Article 345 du code civil.

³⁶ Articles 60 et suivants du code civil.

³⁷ Article 345, 360 du code civil.

L'âge de quinze ans constitue en revanche une référence plus fréquente en droit pénal : il est une condition nécessaire à l'existence de certaines infractions que le droit pénal ne punit pas quand la victime est plus âgée (délaissement de mineur, atteinte à la santé par soustraction à ses obligations légales³⁸, enregistrement d'une image pédopornographique sans intention de la diffuser³⁹...). Plus fréquemment, l'âge de quinze ans constitue une circonstance qui vient aggraver la peine attachée à certaines infractions : ainsi le recours à la prostitution, la provocation à la commission de certaines infractions, les violences, le harcèlement sexuel, les atteintes sexuelles, le viol, le meurtre, sont punis plus sévèrement lorsque la victime est âgée de moins de quinze ans. L'âge de quinze ans constitue donc, pour le droit pénal, un âge en deçà duquel le mineur est présumé plus vulnérable, raison pour laquelle la peine est plus sévère.

L'âge de seize ans constitue une limite mieux reconnue par le droit civil : à compter de seize ans révolus, un mineur peut être émancipé s'il existe de justes motifs⁴⁰ ; il peut exercer seul un choix et des actions relatifs à sa nationalité⁴¹. Quand l'enfant atteint seize ans, ses parents, en tant qu'administrateurs légaux de ses biens, n'en ont plus la jouissance⁴². A compter de seize ans, le mineur doit recevoir des informations relatives à la gestion de son patrimoine⁴³ ; il peut être autorisé par ses représentants légaux à exercer seul des actes d'administration nécessaires à la création et à la gestion d'une entreprise unipersonnelle ou d'une entreprise individuelle à responsabilité limitée⁴⁴ ; il peut, dans certaines conditions et limites, disposer de ses biens, y compris par testament⁴⁵.

Au plan de la personnalité, l'adolescence – ici comprise comme une tranche d'âge allant de quinze à dix-huit ans – constitue à la fois le seuil à partir duquel se déclenchent, dans une proportion importante, les pathologies les plus sévères (psychoses notamment) et le moment où le mineur se confronte pleinement aux expériences et interdits caractéristiques de l'adolescence (recherche des limites et de la transgression).

En réalité, l'adolescence s'accommode mal des frontières de l'état civil ; elle est une période de transition ; elle doit être contextualisée puisque les sociologues nous disent qu'elle varie dans l'espace et le temps. S'il est classiquement admis que l'adolescence se donne à voir avec les premiers signes de la puberté, cette référence à l'anatomie ne suffit pas à la caractériser et les auteurs contemporains font plutôt référence à « un processus de différenciation et d'autonomisation marqués par des bouleversements physiques et psychologiques »⁴⁶ qui prennent des allures multiples. A une époque où l'entrée dans la vie active est retardée, conduisant les enfants à demeurer plus longtemps au domicile familial, le processus de différenciation se complique et il devient plus difficile de dire ce qui caractérise la fin de l'adolescence : la fin de la croissance⁴⁷ ? La fin des études ? L'acquisition de l'autonomie financière ? La capacité de penser et d'agir par soi-même ? Il est en tous cas couramment admis aujourd'hui que l'adolescence peut se prolonger bien au-delà de la majorité. Entre « adonassants »⁴⁸ et « adulescents »⁴⁹, l'adolescence ressort comme une période de la vie marquée – entre treize et vingt ans environ – par l'instabilité, la fragilité et une exposition importante aux désordres voire aux violences de tous ordres. Bien que beaucoup la traversent sans dommage majeur, elle est plus fréquemment que d'autres périodes de la vie marquée par des maux divers et de gravité variable, du mal de ventre à répétition à la tentative de suicide, en passant par les agressions sexuelles subies⁵⁰. Il n'y aurait donc pas une adolescence, mais des adolescences. En tous cas, il n'est que de regarder les études et ouvrages qui paraissent pour constater qu'ils englobent souvent dans une même réflexion adolescents et jeunes adultes, dans des limites qui vont souvent jusqu'à vingt-cinq et parfois trente ans⁵¹.

Aussi, plutôt qu'un texte qui laisse place à des interprétations défavorables au mineur, serait-il plus légitime d'affirmer clairement que ceux-ci doivent être pris en charge par la psychiatrie infanto-juvénile, jusqu'à leur majorité au moins ; c'est d'ailleurs ce que préconise le rapport d'information du Sénat sur la situation de la psychiatrie de mineurs en France, déjà cité.

³⁸ Article 222-17 du CP.

³⁹ L'article 227-3 du code pénal punit le fait, de fixer, d'enregistrer ou de transmettre l'image ou la représentation d'un mineur de quinze ans, lorsque cette image ou cette représentation présente un caractère pornographique, alors même que l'image n'a pas été enregistrée en vue de sa diffusion.

⁴⁰ Article 413-2 du code civil.

⁴¹ Articles 17-3, 21-11, 26-3 du code civil.

⁴² Article 386-2 du code civil.

⁴³ Articles 387-4, 387-5, 510 du code civil.

⁴⁴ Article 388-1-2 du code civil.

⁴⁵ Articles 903 et suivant du code civil.

⁴⁶ « Adolescences ». F. Beck, F. Maillolchon, I. Obradovic. Belin. 2014.

⁴⁷ Adolescence vient du latin *adolescere*, qui signifie grandir.

⁴⁸ Le terme est attribué à François de Singly, sociologue de la famille. Il a, notamment, présidé la commission qui a donné lieu à la publication d'un rapport intitulé « Pour un développement complet de l'enfant et de l'adolescent », publié en septembre 2015.

⁴⁹ Apparue dans les années 1980, le terme est aujourd'hui fréquemment utilisé tant par les sociologues que les psychologues et même certains philosophes ; il concerne généralement des personnes majeures présentant encore certaines des caractéristiques de l'adolescence (immaturité, dépendance...).

⁵⁰ « La santé des 15-30 ans, que sait-on de leurs comportements, de leurs attentes », Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire, mars 2013. Cette étude met en avant une période de plus grande fragilité qui s'étend de 11 à 19 ans. « La fragilité psychique des jeunes adultes de 15-30 ans », enquête événements de vie et santé conduite en 2005-2006 conduite par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) - ministère de la santé.

⁵¹ « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Haut Comité de la Santé publique. Documentation française. Février 2000. Dr D. GOURION. 2014. Odile Jacob. « Etudier les adolescents ». T. GOGUEL D'ALLONDANS et J. LACHANCE Editions EHESP. 2014.

La difficulté de gérer ensemble des patients d'âges variés est parfois avancée pour limiter l'éventail des tranches d'âges accueillies au sein d'une unité de pédopsychiatrie. S'il est vrai que la coexistence de jeunes de douze à dix-huit ans peut poser difficulté – on comprend aisément que leurs préoccupations diffèrent – les soignants rencontrés ont davantage fait état de problèmes liés à la diversité des profils⁵² – alliant difficultés affectives, sociales, éducatives et parfois déficiences intellectuelles qu'à la stricte différence des âges. De fait, les contrôleurs ont observé que les unités pour adolescents accueilleraient un nombre relativement limité de jeunes de moins de quatorze ans.

En revanche, les problématiques de jeunes de seize à vingt/vingt-cinq ans semblent plus aisément comparables : alors que les patients les plus jeunes présentent des troubles qui ne relèvent pas nécessairement de la pathologie, les mineurs les plus âgés présentent un risque plus grand d'entrer dans la maladie mentale ; ils devront apprendre à l'admettre et à en gérer les effets ; il faudra les aider à poursuivre une scolarité ou à s'engager dans la vie active, leur apprendre à vivre avec la maladie. Souvent, une rupture de soins s'opère entre seize et dix-huit, voire vingt ans ; il semble que la crainte d'entrer dans la psychiatrie pour adultes n'y soit pas étrangère. C'est pourquoi cette tranche d'âge constitue un palier décisif. Des responsables d'unités et des équipes soignantes qui connaissent ou ont connu des structures accueillant des jeunes de seize à vingt et un ans pour l'une des unités, et seize/vingt-cinq ans pour une autre, ont pu dire aux contrôleurs que cette palette répondait mieux à la problématique de l'adolescence réelle (au-delà du strict état civil) et donnait au groupe une configuration plus homogène et plus mature. Surtout, ce type d'unité assure la continuité des soins au-delà de la majorité.

Il est tout à fait paradoxal en effet, alors même que les psychiatres se refusent à accoler à l'adolescent une « étiquette » qui l'enferme dans sa maladie mentale, de le précipiter, au lendemain de ses dix-huit ans – a fortiori de ses seize ans – dans une unité pour adultes qui, par la confrontation brutale avec des patients « lourds » ou chroniques, vient en quelque sorte sceller l'existence de la pathologie.

RECOMMANDATION

Les patients mineurs ne devraient pas être accueillis avec des adultes de plus de vingt-cinq ans. Il devrait être envisagé de regrouper dans des unités distinctes d'une part, les mineurs de treize à seize ans et, d'autre part, les jeunes de seize à vingt-cinq ans.

II – Un équipement insuffisant pour répondre à une demande croissante

La pédo-psychiatrie, plus encore que la psychiatrie pour adultes, privilégie la prise en charge ambulatoire et considère l'hospitalisation comme un dernier recours⁵³. Le principe peut paraître séduisant mais son application se heurte, notamment, aux **délais d'attente des centres médico-psychologiques (CMP)**⁵⁴. Le Haut Conseil de la Santé Publique, dans son évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015⁵⁵, indique que la demande est croissante et que le délai moyen pour obtenir un premier rendez-vous, hors urgence, dépasse soixante-sept jours. Les disparités territoriales sont importantes et les contrôleurs ont pu constater qu'en zone rurale ainsi que dans certaines villes marquées par le chômage et la paupérisation, le délai était nettement plus long, pouvant atteindre cinq mois. Dans ces conditions, les stratégies-relais mises en place (premier rendez-vous rapide avec un infirmier ou un psychologue notamment) ne suffisent pas toujours à empêcher la survenue d'une crise conduisant à une hospitalisation en urgence. Dans une unité spécialisée d'un centre hospitalier de l'Ouest de la France visitée par les contrôleurs, l'équipe soignante déplorait ainsi les arrivées nocturnes d'adolescents adressés par le service des urgences, attachés sur un brancard, avec une prescription de mise en isolement qui, par précaution compte-tenu des conditions du service de nuit, n'était pas remise en cause avant le lendemain. Les soignants ont pu dire à quel point les conditions de ce premier contact pesaient sur la prise en charge ultérieure.

Le délai d'intervention des CMP a parfois des conséquences plus graves encore : le cas d'un enfant de quatorze ans, hospitalisé dans un service pour adultes a été signalé aux contrôleurs en début d'année 2017. Cet enfant, confié à l'aide sociale à l'enfance, se disait victime d'abus sexuels intra familiaux et disait très fortement sa crainte de devenir agresseur. Le procureur de la République avait ordonné une enquête ; l'enfant a été entendu par la police ; il a formulé des accusations contre un membre de sa famille puis s'est rétracté lors de la confrontation. L'expert requis pour l'examiner a noté une sexualité envahissante et préconisé un suivi psychiatrique. Cinq mois plus tard, ce suivi n'avait pas encore commencé. Cet enfant a fini par passer à l'acte (attouchements qualifiés

⁵² Cette diversité relève clairement des constats des contrôleurs. Elle a été théorisée par Isabelle COUTANT. « Troubles en psychiatrie, enquête dans une unité pour adolescents », La dispute, 2012.

⁵³ Selon le rapport d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France du 4 avril 2017, 90 % de la file active est exclusivement suivie en ambulatoire : centres médico-psychologiques, maison des adolescents, centres thérapeutiques à temps partiel....

⁵⁴ Au titre des obstacles, il faudrait aussi ajouter les horaires restreints d'ouverture des CMP, l'insuffisance et la faible amplitude horaire d'ouverture des hôpitaux de jour.

⁵⁵ Document publié en avril 2016 : www.hcsp.fr

d'agression sexuelle autre que le viol) avant de s'accuser de viols multiples. La procédure montrera que ces auto-incriminations étaient fantaisistes ; elle se conclura par une admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASDRE) dans un service de psychiatrie pour adultes où il est resté huit mois, à l'isolement. Cette situation, qui illustre un certain nombre de dysfonctionnements, sera plus largement exposée dans le chapitre relatif aux modalités d'admission (cf. chapitre 3, section 2, IV).

En pratique, la survenue d'une crise conduit plus souvent aux urgences que directement en psychiatrie. Ce passage par les urgences joue un rôle déterminant dans l'orientation du patient : les enfants les plus jeunes – la frontière varie de douze à quinze ans selon les endroits – sont généralement adressés en pédiatrie, les autres étant adressés aux urgences générales ou, lorsqu'elles existent, aux urgences de psychiatrie pour adultes. Cette première orientation n'est pas sans conséquence : les urgences pédiatriques en effet font volontiers appel, lorsqu'elle existe, à une équipe de liaison pédopsychiatrique qui procède à une évaluation, étudie la possibilité d'une prise en charge ambulatoire soutenue et, si elle estime que l'hospitalisation est nécessaire, se tournera naturellement vers une unité spécialisée. En revanche, pour peu que son comportement soit agité et que sa corpulence le rapproche d'un adulte, l'adolescent de quinze ou seize ans accueilli aux urgences traditionnelles sera volontiers orienté vers la psychiatrie pour adultes.

Le jeune adolescent accueilli durablement en pédiatrie est placé dans un environnement qui ne correspond ni à son âge ni à ses difficultés ; il est confié à une équipe qui n'est aucunement spécialisée en psychiatrie ; il est par ailleurs confronté à de très jeunes enfants atteints de maladies somatiques souvent sévères, ce qui, d'évidence, ne peut qu'aggraver l'angoisse, quand bien même une équipe spécialisée de liaison poursuivrait auprès de lui une intervention en pointillés.

L'adolescent accueilli dans une unité d'urgence psychiatrique pour adultes est, quant à lui, non seulement confronté à des adultes en situation de crise aiguë mais aussi à des conditions matérielles de prise en charge difficiles. Il y sera revenu plus loin (chapitre 4, section 3, I).

A l'insuffisance globale de l'offre de soins ambulatoires s'ajoute une **insuffisance des lits d'hospitalisation complète**. Le rapport d'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale déjà cité évoque une baisse de 70 % entre 1986 et 2000, avec une lente remontée depuis lors. En 2014, on comptait, selon ce rapport, 2 257 lits dont 1 635 pour le secteur public et 397 pour le secteur privé à but non lucratif, soit une moyenne de 14 lits pour 100 000 habitants de 0 à 20 ans. Cette moyenne cache de fortes variations selon les départements : selon le rapport d'information du Sénat déjà cité, une dizaine est totalement dépourvue de lits de pédopsychiatrie⁵⁶.

Au cours de leurs visites, les contrôleurs ont observé que, dans certains départements, la distance entre le domicile et l'unité d'hospitalisation pour adolescents pouvait nécessiter deux heures de route, avec des transports en commun peu fréquents. Ils ont aussi constaté que, face à une demande en hausse et des unités saturées, les établissements équipés de lits infanto-juvéniles privilégiaient les habitants domiciliés dans leur secteur. Ils ont enfin constaté que certains établissements dotés d'une unité pour adolescents avaient revu à la baisse le nombre de lits opérationnels, faute de pédopsychiatres en nombre suffisant.

L'insuffisance de lits et leur inégale répartition conduit à des inégalités dans l'accès aux soins. Face à des demandes multiples en effet, le médecin responsable d'une unité d'hébergement pour adolescents est conduit à « choisir » celles qu'il pourra satisfaire ; les critères sont parfois opaques : les relations avec le service demandeur, la garantie de disposer d'une solution d'aval ne sont pas étrangères à la décision et peuvent prendre le pas sur la situation clinique, d'autant que la décision est souvent prise dans l'urgence. Lors d'une réunion d'équipe à laquelle ils ont assisté dans un hôpital de la région parisienne, les contrôleurs ont ainsi pu constater que le médecin responsable avait été sollicité à trois reprises (en moins de deux heures) pour accueillir de jeunes patients domiciliés dans un secteur dépourvu d'unité d'hébergement ou dont l'unité était déjà complète. Dans l'attente, ces jeunes étaient maintenus dans un box du service des urgences ou dans une chambre d'unité d'hospitalisation de courte durée et « pris en charge » par des équipes non spécialisées.

En dernier ressort, les adolescents domiciliés dans des secteurs dépourvus d'unité d'accueil spécialisée sont donc plus souvent que d'autres renvoyés vers la psychiatrie pour adultes. Ainsi se renforcent les inégalités.

III – Des équipes insuffisantes en nombre et en qualification

Selon l'Atlas de la démographie médicale 2016 publié par le Conseil de l'Ordre national des médecins, la spécialité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est confrontée à la plus forte chute de médecine de spécialité : moins 48,2 % entre 2007 et 2016. Le Conseil national de l'Ordre a recensé 640 pédopsychiatres en 2016 dont une majorité exerce en secteur public. La densité moyenne est de 5 pour une population de 100 000 enfants de 0 à 15 ans ; elle est très variable selon des départements : 17,6 dans le Lot-et-Garonne, 14 à Paris, 1,5 dans le département du Nord, 2 dans le Pas-de-Calais, 1,8 pour les DOM-TOM. La région Bourgogne-Franche-Comté totalise

⁵⁶ Selon les renseignements recueillis auprès de praticiens, cette disparité a une histoire : à l'époque de la mise en place de la sectorisation, certains médecins chefs de secteurs infanto-juvéniles n'auraient pas voulu de lits d'hospitalisation complète. Les raisons officiellement avancées – maintien en milieu naturel pour une meilleure prise en compte des besoins des enfants – en auraient, paraît-il, caché d'autres, moins avouables – absence de garde et de week-ends...

sept pédopsychiatres inscrits à l'Ordre – soit une densité de 1,4 – dont cinq sont répertoriés dans le seul département de l'Yonne. Treize départements ne recensent aucun pédopsychiatre⁵⁷.

S'agissant des équipes, les contrôleurs, dans tous les établissements psychiatriques visités, ont entendu explorer l'**insuffisance de formation des infirmiers depuis que, en 1992, a été supprimé le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique**. Le rapport d'évaluation du HCSP déjà cité évoque une formation polyvalente comprenant désormais « quatre modules de psychiatrie de quatre-vingt-dix heures chacun ainsi que "quelques heures de pédopsychiatrie" », à quoi s'ajoute un stage obligatoire de quatre à six semaines en psychiatrie. Le tutorat⁵⁸ supposé compenser la perte de références théoriques n'est pas mis en place dans les unités de pédopsychiatrie dont les équipes sont jeunes et très majoritairement composées de soignants formés postérieurement à la réforme. Ces soignants sont apparus relativement démunis face à la violence de la crise adolescente, mal armés pour prendre en compte des symptômes d'origines diverses – psychiatrique mais aussi affective, éducative, sociale comme c'est le cas pour les adolescents.

Plusieurs aspects positifs doivent toutefois être soulignés : les unités pour enfants ou adolescents voient souvent intervenir des professionnels d'horizons variés (infirmiers, aides-soignants et psychologues, mais aussi éducateurs et, de manière ponctuelle, psychomotriciens, art-thérapeutes...). Ce choix, dans la mesure où il s'accompagne d'une définition précise des postes (ce qui n'est pas toujours le cas), s'exprime de manière positive dans la prise en charge (enrichissement du regard de l'équipe et diversification des réponses). Les équipes se caractérisent fréquemment par leur dynamisme, leur bienveillance et une forme d'optimisme manifestement porteurs pour les patients. Beaucoup sont demandeurs de formation une fois en poste, ce qui ne va pas sans difficulté car les agents absents ne sont pas toujours remplacés.

Il est tout à fait regrettable que cette pluridisciplinarité (et les réseaux qu'elle implique) ne profite pas à l'ensemble des patients (et tout particulièrement aux 16-25 ans).

IV – Des projets de soins insuffisamment précis et insuffisamment garantis

Les équipes dont il vient d'être question auraient particulièrement besoin d'être encadrées par un médecin spécialiste, porteur et garant d'un projet de soins. C'est loin d'être toujours le cas. Dans plusieurs des unités visitées, il n'existait aucun projet écrit. Dans d'autres, il était ancien et ne faisait plus référence pour personne. Parfois, le projet élaboré était anéanti par des obstacles matériels (architecture, budget) auxquels il devait s'adapter ; parfois, en raison d'un départ ou de la prise d'autres responsabilités, le projet élaboré par un médecin était mis en œuvre par un autre qui n'en partageait pas la philosophie. A ces vicissitudes, il faut ajouter des problèmes qui relèvent à la fois de la démographie médicale et de « l'indépendance » des médecins, la combinaison des deux aboutissant à une présence médicale très variable au sein des unités. Dans les unités les mieux pourvues, un praticien hospitalier, pédopsychiatre, est présent quotidiennement ; mais dans plusieurs des unités visitées par les contrôleurs, la responsabilité reposait en réalité sur un interne qui, quelles que soient ses qualités personnelles, ne dispose ni de la compétence, ni de l'expérience, ni de l'autorité suffisante pour fédérer durablement une équipe autour d'un projet de soins. Dans l'une des unités visitées – l'unique unité d'hospitalisation d'un département de 180 000 habitants qui comptait cinq lits pour adolescents – le praticien hospitalier était présent une demi-journée par semaine, n'exerçant sur le travail de l'interne qu'un fort lointain contrôle.

Dans un tel contexte, certaines équipes sont abandonnées à elles-mêmes, sans projet auquel se rattacher ou sans médecin capable de garantir la pertinence des interventions. Les conséquences sont variables, aboutissant tantôt à des dérives, tantôt à une rotation rapide des soignants. Dans tous les cas, le patient en est la première victime.

Section 2

Le patient mineur, entre incapacité et autonomie

Comme indiqué en introduction, le mineur est en principe représenté par ses parents, parfois par l'un d'eux s'il s'agit d'un acte usuel ; le droit les définit comme premiers protecteurs de leur enfant (I). En matière de santé, ce principe n'est pas absolu et la loi reconnaît certains droits au mineur (II). L'urgence constitue par ailleurs une exception au primat de l'autorité parentale (III).

I – Le primat de l'autorité parentale

En matière de santé, les règles édictées par le code civil⁵⁹ s'appliquent au mineur ; juridiquement « incapable » – à moins qu'il ne soit émancipé – le mineur est soumis à l'autorité parentale ; il appartient donc en principe aux

⁵⁷ Selon la même source, on compte 12 591 psychiatres, soit une densité moyenne de 15 pour 100 000 habitants, avec une variation de 6,9 (Ardennes) à 70 (Paris), pour la métropole.

⁵⁸ Préconisé par une circulaire du 16 janvier 2006.

⁵⁹ Art 371 et s du code civil. Voir introduction.

parents de décider des soins, traitements et interventions qu'ils estiment nécessaires. Ils sont présumés agir de manière raisonnable et dans l'intérêt de leur enfant.

En matière de soins psychiatriques, le principe posé par le code civil trouve sa traduction dans l'article L.3211-10 du code de la santé publique⁶⁰, qui, à l'exception de l'admission sur décision du représentant de l'Etat, confie aux seuls titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou au tuteur le pouvoir de demander son admission ou la levée de la mesure. Curieusement, c'est une disposition réglementaire – l'article R.1112-34 du même code⁶¹ – qui vient ajouter à la liste des possibles demandeurs à l'admission l'autorité judiciaire, le directeur de l'établissement ou le gardien à qui l'autorité judiciaire a confié l'enfant au titre d'une mesure d'assistance éducative ou au titre de l'enfance délinquante, et, pour les enfants qui lui sont judiciairement confiés, le service de l'aide sociale à l'enfance.

Nous verrons plus loin comment opère la pratique dans ces divers cas de figure et quel en est l'impact sur les droits des mineurs et de leurs parents.

Comme indiqué ci-dessus, le principe selon lequel il appartient aux parents de prendre les décisions relatives à leur enfant est assorti de tempéraments : d'une part, la loi invite les parents à associer leur enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité⁶², d'autre part, chaque parent est réputé agir avec l'accord de l'autre lorsqu'il effectue seul un acte usuel relatif à l'autorité parentale⁶³.

La notion d'acte usuel a été évoquée dans le premier chapitre. En matière de santé comme dans les autres domaines, les actes usuels ne font pas l'objet d'une énumération légale ; une circulaire du 19 octobre 2009⁶⁴ les définit 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) ».

A l'aune de ces seuls exemples, on peut légitimement penser qu'une demande d'admission en hospitalisation complète en psychiatrie ne constitue pas un acte usuel⁶⁵ : l'hospitalisation en psychiatrie est susceptible de stigmatiser la personne, elle donne lieu à des actes psychiquement invasifs (le patient étant nécessairement conduit à livrer son intimité), les traitements ont fréquemment des effets secondaires pénibles (prise de poids, ralentissement, baisse de la libido...), la perte de liberté – à travers la possible mise en chambre d'isolement – est plus marquée que pour une hospitalisation en soins somatiques, l'efficacité de la prise en charge est parfois discutée.

Bien que sa portée ne fasse pas l'unanimité de la doctrine, une décision du Conseil d'Etat en date du 7 mai 2014 vient conforter cette analyse⁶⁶ : une jeune fille – âgée de plus de seize ans et dont les parents, séparés, exercent conjointement l'autorité parentale – consulte un médecin en compagnie de son père. Le médecin diagnostique une dépression qualifiée de « modérée à sévère ». Deux jours plus tard, suite à une aggravation de son état, la jeune fille consulte à nouveau le médecin, en compagnie, cette fois de sa mère. Lors de cette seconde consultation, le médecin prescrit du Prozac[®]. Le père intente une action disciplinaire contre le médecin, lui reprochant de ne l'avoir pas consulté avant cette prescription. La chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins considère que, intervenu en raison de l'urgence, le praticien n'a pas commis de manquement à la déontologie en s'abstenant de prévenir le père. Ce dernier saisit le Conseil d'Etat, qui annule la décision, pour les motifs suivants :

« 2. Considérant qu'il résulte de ce qui précède 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 ; (...)

4. Considérant que, pour juger que le psychiatre n'avait commis aucun manquement à la déontologie en s'abstenant de prévenir le père du mineur, la chambre disciplinaire nationale ne s'est pas fondée sur le caractère

60 Article L. 3211-10 du CSP : « Hormis les cas prévus au chapitre III du présent titre, la décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue. »

61 Article R.1112-34 du CSP : « L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire.

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 placée dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du directeur de l'établissement ou à celle du gardien.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance. »

62 Art 371 du code civil.

63 Art 372-2 du code civil.

64 Circulaire DHOS/F4 2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.

65 Pour un point de vue différent, Marc Dupont et Caroline Rey-Salmon, « L'enfant et l'adolescent à l'hôpital. Règles et recommandations applicables aux mineurs », Presses de l'EHESP.

66 Conseil d'Etat, 7 mai 2014, N°359076.

*usuel de l'acte*⁶⁷ litigieux mais a estimé que la jeune fille se trouvait dans une situation d'urgence justifiant la prescription d'un antidépresseur en application des dispositions précitées ;

5. Considérant que, pour statuer ainsi, la chambre disciplinaire nationale s'est bornée à relever que l'état de la patiente s'était aggravé entre le 10 et le 12 novembre 2008 sans relever les éléments précis qui justifiaient en quoi cette aggravation était de nature à caractériser, à elle seule, une situation d'urgence au sens de l'article R. 4127-42 du code de la santé publique, autorisant l'absence d'information du père de la jeune fille mineure ; que dès lors, la chambre disciplinaire a entaché sa décision d'erreur de droit ; que, par suite, et sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens du pourvoi, la décision attaquée doit être annulée ».

Certains commentateurs se demandent si le Conseil d'Etat n'a pas entendu conférer à tout acte médical le caractère d'un acte non usuel, ce qui semble assez peu réaliste au regard du nombre de parents exerçant conjointement l'autorité parentale tout en vivant séparément. Il semble en revanche que la haute juridiction administrative estime que la prescription d'un antidépresseur à une jeune fille de seize ans n'est pas un acte usuel. Avant de le prescrire, le praticien doit donc s'efforcer de prévenir les deux parents et de recueillir leur consentement. *A fortiori* une hospitalisation en psychiatrie ne saurait-elle constituer un acte usuel, soumis au consentement d'un seul parent.

Une décision du tribunal administratif de Versailles (Yvelines) en date du 19 février 2016⁶⁸ va également en ce sens. Bien que les faits, anciens, se soient déroulés sous l'empire de textes différents, la décision n'en conserve pas moins son intérêt. Ils sont les suivants : un jeune garçon de neuf ans a été hospitalisé en urgence en 1999 à l'initiative du directeur du foyer où il était placé par décision du juge des enfants. Il a été transféré le lendemain dans une unité d'urgence pour adolescents d'un autre centre hospitalier, en vue d'une prise en charge psychiatrique. Une semaine après l'admission, le père a signé une « attestation d'urgence médicale autorisant le directeur de l'établissement à prendre toutes mesures utiles que pourrait nécessiter l'état de santé de son fils ». La mère n'a signé aucun document⁶⁹.

Le tribunal administratif, saisi par l'enfant, devenu majeur, considère qu'il n'est pas démontré que les parents – dont il relève qu'ils continuaient d'exercer tous les attributs de l'autorité parentale qui n'étaient pas inconciliables avec la mesure de placement ordonnée par le juge des enfants – avaient consenti, sous quelque forme que ce soit, à l'hospitalisation de leur fils ; il retient le fait que la mère n'a signé aucun document ; il semble considérer qu'au vu de sa date (sept jours après l'admission), l'attestation du père, plus haut évoquée, ne peut valoir demande d'admission, pas plus que sa présence régulière auprès de son fils pendant l'hospitalisation ne vaut consentement ; il relève que « le placement d'un enfant de neuf ans en unité psychiatrique ne peut être considéré comme un acte usuel de l'autorité parentale » et conclut que le requérant « est fondé à soutenir que son admission en urgence⁷⁰ en service psychiatrique, effectuée sans le consentement préalable de ses parents, a été irrégulière ».

Bien qu'il soit difficile, au-delà du cas d'espèce, d'apprécier la portée de chacun des arguments évoqués, bien que certaines questions restent en suspens (notamment celle de l'urgence, qui légitime le médecin à agir sans autorisation des titulaires de l'autorité parentale, et celle du rôle du service « gardien », qui n'était pas régi par les mêmes textes qu'aujourd'hui), certains principes semblent pouvoir être déduits de la décision du tribunal administratif : la demande d'hospitalisation ne saurait être considérée comme un acte usuel (elle incombe donc aux deux parents) ; elle doit par ailleurs obéir à un certain formalisme.

II – La place du mineur

L'obligation d'associer l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité, vient tempérer l'autorité parentale. Cette obligation édictée par le code civil⁷¹ trouve sa traduction en matière de santé, notamment, à travers l'article L.1111-4 alinéa 7 du CSP qui dispose : « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ... ». La loi ne fixe pas d'âge ; comme souvent en droit français, elle lui préfère des notions plus souples : le code civil parle de maturité, le code de la santé publique, d'aptitude à exprimer son opinion. Certains auteurs préconisent la notion de recueil de l'avis du mineur plutôt que celle de recherche de son consentement. On aurait aussi pu parler de recherche de l'adhésion : cette notion, plus souple que celle de consentement, est utilisée en assistance éducative pour témoigner de la place accordée à la famille tout en signant clairement les limites⁷². En matière éducative comme en matière de soins, la recherche de l'adhésion est une condition de l'efficacité de l'intervention mais son absence ne remet pas en cause la validité de la décision.

⁶⁷ Le caractère gras est ajouté pour les besoins de ce rapport.

⁶⁸ Non publiée.

⁶⁹ La situation matrimoniale n'est pas précisée mais il semble qu'il se soit agi d'un couple marié.

⁷⁰ On notera que l'urgence, qui légitime l'hospitalisation sans le consentement des titulaires de l'autorité parentale, n'existait probablement plus lors du transfert dans le deuxième centre hospitalier, mais la question n'est pas abordée.

⁷¹ Art 371-1 du code civil.

⁷² En assistance éducative, la recherche de l'adhésion est une obligation de moyen pour le juge ; il doit expliquer mais n'est pas tenu de convaincre, sa décision, finalement, s'impose.

En matière de santé, l'association du mineur aux décisions qui le concernent prend des formes diverses. Aucune disposition ne concerne spécifiquement la psychiatrie.

Dans un certain nombre de cas, le consentement du mineur est indispensable.

Il en va ainsi pour le choix du médecin traitant : selon le code de la sécurité sociale (CSS)⁷³, il appartient au mineur de seize ans et plus d'indiquer à son organisme gestionnaire de l'assurance maladie le nom du **médecin traitant** qu'il a choisi. Le texte prévoit toutefois que ce choix suppose l'accord de « l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale ».

D'autres exceptions au primat de l'autorité parentale sont éclairantes car révélatrices des choix opérés par la loi face à des intérêts contraires. Elles recouvrent parfois des situations dans lesquelles on peut craindre que le mineur préfère renoncer à des soins plutôt que d'affronter ses parents. Conformément aux textes internationaux et nationaux qui mettent en avant l'intérêt supérieur de l'enfant, la loi, dans ce type de cas, a privilégié l'intérêt du mineur.

Il en va ainsi **en matière de toxicomanie** : le code de la santé publique⁷⁴ prévoit l'anonymat et la gratuité de la prise en charge au bénéfice des personnes accueillies dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue. Par hypothèse, l'anonymat ne permet pas de distinguer entre majeurs et mineurs et ces derniers peuvent y être accueillis sans autorisation parentale.

En matière de contraception, le droit accorde une totale autonomie au mineur puisque la prescription, la délivrance, l'administration de contraceptifs et l'ensemble des examens qui s'y rapportent ne sont pas soumis à autorisation des parents ; le système de prise en charge évite de les faire intervenir et le secret est assuré au mineur⁷⁵.

Ces questions se posent fréquemment dans les pavillons pour adolescents ; les réponses apportées par le droit doivent conduire les équipes à dissocier parmi les informations transmises aux parents, celles qui doivent rester cachées si le mineur le demande.

En matière **d'interruption volontaire de grossesse**, l'autonomie s'accompagne de précautions : le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale doit en principe être recueilli ; si la mineure souhaite garder le secret, le professionnel de santé doit s'efforcer de la convaincre d'accepter que les titulaires de l'autorité parentale soient consultés ; en cas de refus persistant de la mineure, ou de refus des parents, l'interruption sera cependant pratiquée ; la mineure devra présenter sa demande accompagnée d'une personne majeure de son choix⁷⁶.

Ce droit à l'IVG a un corollaire : assumer juridiquement sa maternité. Un mineur – homme ou femme – peut seul et sans autorisation de quiconque **reconnaître son enfant** ; bien que soumis lui-même à l'autorité de ses parents, le ou la mineure exerce alors pleinement l'autorité parentale. Cette situation se rencontre parfois en psychiatrie des adolescents.

L'exception de confidentialité – c'est-à-dire le refus opposé par un mineur à ce que ses parents soient informés de ses problèmes de santé – constitue aussi une exception – relative – au primat de l'autorité parentale. **Le code de la santé publique, en son article L.1111-5⁷⁷**, prévoit en effet que le médecin ou la sage-femme peuvent se dispenser d'obtenir le consentement du titulaire de l'autorité parentale lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'un mineur et que celui-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Comme en matière d'IVG, le texte enjoint au professionnel de santé de s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à la consultation de ses parents ; en cas d'opposition persistante de la part du mineur, le médecin ou la sage-femme peuvent mettre en œuvre le traitement ou l'intervention mais le mineur doit être accompagné d'un majeur de son choix.

Le même article prévoit que seul le consentement du mineur est requis lorsque les liens de famille sont rompus et qu'il bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité

⁷³ Article L.162-5-3 du CSS : « Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.

Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme gestionnaire. [...] ».

⁷⁴ Articles L.3411-9 et L.3414-1 du CSP.

⁷⁵ Article L.5134-1 du CSP.

⁷⁶ Article L.2212-7 du CSP.

⁷⁷ Article L.1111-5 du CSP : « Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, 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. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis. »

et de la couverture complémentaire universelle⁷⁸.

On notera que cette **exception de confidentialité est soumise à de strictes conditions** : d'une part, il faut un refus exprès du mineur de prévenir ses parents, fondé sur la volonté de garder secret son état de santé, d'autre part, l'intervention doit être nécessaire à la sauvegarde de la santé du mineur. On notera aussi que le dernier mot revient au médecin, dont la loi indique qu'il « peut » se dispenser de l'autorisation des titulaires de l'autorité parentale.

Hors les cas d'urgence, la mise en œuvre de ces dispositions en matière d'hospitalisation psychiatrique apparaît délicate. En effet, on imagine mal un établissement psychiatrique admettre, pour un séjour prolongé, un mineur sans en avertir ses parents⁷⁹. Outre les démarches que ces derniers ne manqueraient pas de diligenter (déclaration de fugue ou signalement pour disparition inquiétante), le médecin se heurterait sans doute, de la part des parents, à un ressentiment risquant de rejaillir sur le mineur et de compromettre durablement les relations familiales. Les contrôleurs n'ont jamais constaté cette pratique⁸⁰.

La place du mineur est donc, en l'état du droit, relativement limitée et il convient de se demander dans quelle mesure il ne serait pas utile de soumettre l'hospitalisation d'un adolescent à son accord personnel, à partir d'un certain âge.

En Pologne par exemple, le mineur doit consentir personnellement à son hospitalisation à compter de seize ans ; le désaccord entre parents et enfant est soumis au juge. En Norvège, où l'enfant doit également consentir à partir de seize ans, une commission de contrôle indépendante de l'hôpital (dirigée par un avocat et dont un membre dispose d'une expérience de la psychiatrie comme usager ou famille d'utilisateur) reçoit les plaintes des patients hospitalisés sans leur consentement qu'ils soient majeurs ou mineurs. Selon les renseignements recueillis auprès du mécanisme national de prévention norvégien⁸¹, cette commission visite tous les mineurs hospitalisés, quel que soit leur âge et leurs modes d'admission. En Roumanie, les représentants légaux sont considérés comme tiers et, à ce titre, tenus de motiver la demande d'hospitalisation de leur enfant mineur dès lors que celui-ci s'oppose ; une commission interne⁸² à l'hôpital procède à une évaluation ; le juge est informé si le désaccord de l'enfant subsiste.

Le CGLPL estime qu'il serait bon de créer des possibilités de recours au profit de l'enfant mineur hospitalisé à la demande de ses représentants légaux. Il sera revenu plus loin sur l'ensemble de ces questions (chapitre 3, section 1, I).

III – Le cas de l'urgence

L'**urgence** autorise le médecin à délivrer au mineur les soins nécessaires sans attendre l'autorisation de qui-conque. Le code de déontologie des médecins indique cependant que l'urgence ne dispense pas le médecin de s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal pour obtenir leur consentement ; elle ne le dispense pas non plus de recueillir l'avis du mineur si son état le permet⁸³. Comme cela a déjà été dit, l'urgence, pour les adolescents, constitue un mode d'entrée relativement fréquent en psychiatrie.

Au-delà du code de déontologie, l'article L.1111-4 alinéa 7 du CSP – disposition législative citée plus haut – se réfère, pour les mineurs, à une autre notion que l'urgence ; il dispose : « dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables ».

La notion de « conséquences graves », plus large que la notion d'urgence, semblerait donc constituer une exception supplémentaire pour les mineurs. On imagine pourtant mal comment, en pratique et hors stricte urgence, un médecin psychiatre pourrait prodiguer des soins conduisant à l'hospitalisation d'un enfant contre la volonté de ses parents. Si c'est à moyen ou long terme que l'absence de soins risque d'entraîner de graves conséquences, le médecin, d'évidence, préférera le dialogue à l'épreuve de force. Il en va de l'intérêt de l'enfant dont il faut tenter de préserver à la fois la santé et les relations familiales.

Face à des parents qui refuseraient d'autoriser les soins qu'exige l'état de leur enfant, il est donc plus prudent et plus efficace de saisir l'autorité judiciaire, conformément aux dispositions de l'article R.1112-35 du CSP⁸⁴ qui

⁷⁸ La loi du 26 janvier 2016 a ajouté une dérogation lorsqu'un infirmier met en œuvre une action de prévention, un dépistage ou un traitement qui s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'un mineur ; cette dérogation est soumise aux mêmes conditions que ci-dessus.

⁷⁹ La situation est plus simple en matière de consultation : le cahier des charges des maisons des adolescents prévoit que les mineurs peuvent être accueillis librement, gratuitement et sans autorisation parentale.

⁸⁰ Un cas voisin a été constaté, une seule fois : il s'agissait d'un mineur détenu hospitalisé sur décision du représentant de l'Etat. La décision préfectorale, manifestement, n'avait pas été notifiée aux parents ; à la demande du mineur, les médecins se sont abstenus de les aviser. L'hospitalisation a été de très courte durée.

⁸¹ L'homologue du CGLPL français.

⁸² Cette commission s'apparente au collège prévu par l'article L.3211-9 du CSP dont l'intervention n'est pas spécialement prévue en faveur des mineurs, en tant que tels.

⁸³ Art R.4127-42 CSP : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.

En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.

Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible. »

⁸⁴ Article R.1112-35 : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en

dispose, en son alinéa 4 : «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 »⁸⁵. Si le refus des parents met l'enfant en danger, les soins pourront alors être dispensés dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative ordonnée par le juge des enfants.

Il convient d'aborder maintenant de manière plus précise les diverses modalités d'admission d'un mineur et de faire part des constats opérés en la matière.

raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.

Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence.

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. »

⁸⁵ On notera que l'article R.1112-35 ne fait référence à la notion d'urgence qu'à propos de l'intervention chirurgicale : l'urgence autorise le médecin à la pratiquer sans consentement des parents.

Chapitre 3

L'admission du mineur en psychiatrie, un cadre juridique complexe et des pratiques variables

Ainsi qu'il a déjà été dit, **le droit connaît deux grandes catégories d'hospitalisation pour les mineurs, soit à la demande des représentants légaux, soit à la demande d'une autorité publique, juge ou représentant de l'Etat.**

Si la deuxième catégorie relève indiscutablement des soins contraints, la première recouvre des réalités diverses qui ne coïncident pas toujours avec la notion de « soins libres », dénomination utilisée par commodité.

Section 1

Le mineur hospitalisé en soins dits « libres », une dénomination qui recouvre des situations diverses et des pratiques incertaines

On sait que la demande d'hospitalisation d'un mineur appartient, en droit, à ses représentants légaux. L'adhésion du mineur aux soins est recherchée mais elle n'est pas une condition de l'admission. Le terme « libre » ne vient donc pas caractériser une quelconque demande, ni même un quelconque accord du mineur ; l'examen de situations concrètes montre que le terme n'est pas toujours adapté non plus pour qualifier la demande de ses représentants légaux.

L'absence de liberté des parents ne tient pas seulement au fait que l'hospitalisation de l'enfant s'impose par la violence des symptômes et la difficulté corrélative de gérer une situation qui dépasse la compétence de parents ordinaires. Il ne s'agit pas seulement de l'absence de liberté quant au lieu d'hospitalisation quand il n'existe pas, à proximité du domicile parental, d'établissement recevant des mineurs ; ni de la liberté de choix du médecin, quand la démographie médicale impose ses limites. Pour beaucoup de parents, la liberté se heurte à d'autres barrières : la complexité de l'organisation de la psychiatrie, la difficulté d'accéder à la compréhension des notions médicales, la part de menace que représente l'intervention d'un tiers, médecin mais aussi travailleur social. Une proportion importante d'enfants hospitalisés relève en effet des services de l'aide sociale à l'enfance (ASE)⁸⁶ ou, à tout le moins, fait l'objet d'un suivi des services sociaux. Face à ces services, les parents sont à la fois démunis et dépendants.

Dans ce contexte, l'équilibre entre les droits et les devoirs des uns et des autres apparaît comme un exercice délicat ; la demande d'admission formulée par les parents peut être le fruit de pressions plus ou moins explicites ; elle s'exprime selon des formalités variables, parfois éloignée de l'orthodoxie juridique.

I – L'admission à la demande des titulaires de l'autorité parentale

A – Les constats

La direction des établissements de santé ne donne généralement pas de directive précise à ses services quant aux conditions d'admission spécifiques aux mineurs, excepté la nécessité d'obtenir une autorisation des représentants légaux. En pratique, les façons de procéder sont variées, parfois erratiques, et généralement abandonnées aux unités.

Dans bon nombre des établissements contrôlés, les parents ne remplissent pas de demande d'admission *stricto sensu* mais un certain nombre de formulaires – renseignements socio-administratifs, autorisations diverses (scolarisation, sortie etc.) d'où se déduit implicitement leur accord pour une hospitalisation complète. Ces documents sont généralement conservés dans les unités, le service des admissions ne disposant que de données purement administratives (affiliation à l'assurance maladie ou à une mutuelle, responsabilité civile).

La demande d'admission prend souvent la forme d'une « autorisation de soins ». Proposé à la signature de l'un des parents, le formulaire évoque une autorisation de « pratiquer tous les actes médicaux et soins requis par l'état de santé du patient » ; une telle autorisation ne constitue pas à proprement parler une demande d'hospitalisation et laisse perplexes par son étendue. Certains établissements semblent même considérer qu'il n'y a pas lieu de solliciter

⁸⁶ Dans les unités visitées par les contrôleurs, la proportion se situait généralement autour de la moitié de l'effectif présent.

à nouveau les parents en cas de nouvelle hospitalisation lorsqu'ils ont donné leur accord à propos d'une hospitalisation antérieure⁸⁷, ce qui, bien évidemment, ne saurait convenir.

Très souvent, la demande d'admission, ou le document qui en tient lieu, est signé d'un seul parent, supposé agir en accord avec l'autre.

Il arrive que, pour une admission à la demande de la mère, le nom du père apparaisse dans une rubrique « personnes à prévenir ». Il arrive aussi que certaines demandes d'admission soient signées Monsieur et Madame X, « parents ou responsables légaux de ... », s'agissant en pratique de la mère et de son deuxième mari (on rappellera qu'une demande d'hospitalisation relève exclusivement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale et ne saurait concerner un tiers, fût-il le mari de la mère⁸⁸).

Il n'est pas rare que ni le bureau des admissions ni l'unité d'accueil ne soient en mesure de fournir des renseignements certains sur la situation juridique du mineur. Les renseignements relatifs à l'autorité parentale sont le plus souvent enregistrés sur la foi des déclarations du parent présent à l'admission ; il n'est généralement pas demandé de justificatif à ce sujet.

B – Le droit applicable

Sans entrer à nouveau dans le détail des règles applicables (cf. chapitre 1), il faut ici rappeler que l'autorité parentale est généralement partagée et que la séparation du couple laisse le plus souvent subsister un exercice conjoint de l'autorité parentale, donc un pouvoir de codécision. Lorsque l'exercice de l'autorité parentale a été confié à un seul parent (ce qui est relativement rare), l'autre dispose, *a minima*, du droit d'être informé ; par conséquent, il doit être consulté pour les actes graves tels qu'une hospitalisation en psychiatrie ; il peut en effet avoir une appréciation différente de la situation et s'opposer à l'hospitalisation, auquel cas le juge aux affaires familiales est compétent pour trancher le désaccord entre les parents.

Il faut aussi préciser qu'à l'inverse, la vie commune ne garantit pas, à elle seule, un partage de l'autorité parentale : un père biologique, non marié avec la mère mais vivant avec elle peut ne pas être titulaire de l'autorité parentale s'il n'a pas reconnu l'enfant dans l'année de sa naissance et n'a effectué aucune démarche ultérieure tendant à un partage ; il en va pareillement du mari de la mère qui s'occupe de l'enfant sans avoir avec lui de lien de filiation juridique. Dans ce type de situation, il est parfaitement logique que le psychiatre reçoive le couple pour comprendre la situation ; il peut être envisagé d'associer le mari à la prise en charge si sa place auprès de l'enfant y conduit, et que la mère et l'enfant en sont d'accord ; cela ne confère pas pour autant au mari de la mère les droits issus de l'autorité parentale.

RECOMMANDATION

En cas d'admission à la demande des 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 parents dispose de cet exercice, l'autre parent doit toutefois être informé au plus tôt.

C – La place du mineur

Comme indiqué plus haut, en l'état du droit, le consentement du mineur à l'hospitalisation doit être recherché mais n'est pas un préalable indispensable à l'admission (chapitre 2, section 2, II).

Dans de nombreuses unités, les contrôleurs ont rencontré des adolescents qui exprimaient, verbalement, leur opposition à l'hospitalisation tout en montrant, par leur comportement, qu'ils n'y étaient pas totalement opposés (absence de fugue, participation aux activités, rendez-vous médicaux honorés, dialogue avec les soignants...) ; certains en reconnaissent volontiers les bienfaits quand bien même ils ne l'auraient probablement pas sollicitée.

Demander à un enfant mineur (y compris à partir de seize ans comme en Norvège) de consentir expressément à son hospitalisation, c'est attendre de lui qu'il reconnaisse le trouble mental ; une telle démarche est probablement très douloureuse, parfois même impossible, pour un adolescent. Soumettre l'hospitalisation à l'accord préalable du mineur, c'est aussi prendre le risque de faire intervenir fréquemment le juge pour trancher le différend entre parents et enfant ; il n'est pas sûr que les relations familiales en sortent apaisées. En revanche, l'absence de réelle prise en considération de l'avis de l'enfant, en tous cas l'absence de conséquences concrètes d'un désaccord exprimé, apparaît peu respectueuse de ses droits. Il est regrettable que le principe, affirmé par les conventions internationales⁸⁹, selon lequel l'opinion d'un mineur capable de discernement doit être prise en considération, reste purement théorique. Il est regrettable qu'un mineur hospitalisé à la demande de ses parents soit moins bien protégé par le droit qu'un majeur admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers. C'est pourquoi le Contrôleur général préconise d'instaurer, postérieurement à l'admission, une action au profit de l'enfant qui exprimerait un

⁸⁷ Au contrôleur qui, ne voyant pas de demande d'admission, interrogeait le bureau des entrées d'un établissement de l'Est de la France, il a été répondu : « il (le jeune patient) a déjà été hospitalisé ici plusieurs fois, on a sûrement une autorisation d'avant ».

⁸⁸ A moins que celui-ci ne démontre être titulaire d'une délégation des droits d'autorité parentale.

⁸⁹ Article 12 de la Convention internationale des droits de l'enfant.

désaccord. Cette solution ménage la possibilité d'une adhésion aux soins, fût-elle implicite ; elle oblige le mineur qui entend les contester à réaliser une démarche active : il devra écrire au juge et argumenter sa demande. Les lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013 ont fait du JLD le juge du contrôle des soins sans consentement ; il apparaît donc comme le juge naturellement compétent pour connaître de ce type de recours. Il appartient au législateur d'en définir plus précisément les modalités. Il convient de rappeler que tout mineur s'estimant en situation de danger peut par ailleurs saisir le juge des enfants.

Il serait également souhaitable d'étendre la compétence de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) à l'ensemble des mineurs hospitalisés, toutes modalités d'admission confondues. La possibilité de saisir cette commission constituerait un sas utile, de nature à éviter le recours judiciaire.

RECOMMANDATION

Les mineurs hospitalisés à la demande de leurs représentants légaux devraient pouvoir saisir la commission départementale des soins psychiatriques.

Lorsqu'ils contestent la nécessité de l'hospitalisation, les mineurs devraient également pouvoir saisir le juge des libertés et de la détention.

Ils devraient être informés de ces possibilités par l'hôpital, dans les meilleurs délais et dès que leur état le permet.

II – Le cas particulier de l'enfant placé

Dans des services hospitaliers censés appréhender l'enfant dans sa globalité, la connaissance précise de la situation juridique de celui-ci apparaît comme une donnée importante : son statut correspond à une histoire et détermine les adultes titulaires de droits à son égard. Des erreurs à ce sujet peuvent contribuer à disqualifier des parents « acceptables »⁹⁰ ou, au contraire, renforcer dans leurs droits des parents qui en ont fait un usage contraire à l'intérêt de leur enfant. L'enfant risque d'en être d'autant plus désorienté qu'en pratique la place des parents dans la prise en charge ne correspondra vraisemblablement pas à leur place « administrative ». Il est rarement bon, pour un enfant, que le droit ne vienne pas nommer la réalité, a fortiori qu'il lui soit contraire.

A – Les constats

La décision de placement d'un enfant hospitalisé ne figure que rarement au dossier administratif du mineur. Le placement se déduit souvent de la mention de l'existence d'une famille d'accueil dans la rubrique « domicile » de la fiche de renseignements, ou du nom d'un éducateur ou d'une assistante sociale dans des rubriques variées, parfois nommées « personnes à prévenir », ou « administrateur légal » ou encore « tuteur ». A titre exceptionnel, il a pu être constaté que la demande d'admission d'un enfant placé était signée d'un travailleur social supposé agir en tant que représentant du service « gardien », sans qu'aucun élément du dossier ne vienne justifier cette substitution aux parents, pas plus que la capacité à représenter le service gardien.

Les parents des enfants judiciairement confiés à l'ASE sont généralement sollicités pour signer les formulaires d'admission. C'est parfois le service gardien qui leur fait parvenir « les papiers » qu'ils renvoient signés sans les avoir toujours remplis. Lorsqu'elle revêt un caractère à ce point formel, la demande d'admission n'a plus guère de sens. Il arrive aussi que les parents soient sollicités alors même qu'ils se sont montrés maltraitants et se désintéressent de l'enfant : bien que cette démarche soit conforme au droit, elle est peu adaptée et on verra ci-dessous que des solutions juridiques peuvent être envisagées.

Lorsqu'ils interrogent sur ces constats, les contrôleurs se heurtent à un phénomène de dilution des responsabilités : le médecin renvoie vers le cadre de santé, qui renvoie vers le bureau des admissions...qui renvoie vers les unités. D'un bout à l'autre de la chaîne, le droit est souvent vécu comme une formalité purement administrative alors que son rôle est de conférer un statut et des droits. Bien des soignants qui l'ont compris en font un élément du soin, au sens le plus large de ce terme⁹¹.

Il faut cependant admettre qu'en matière de placement d'enfant, la règle de droit elle-même n'est pas toujours limpide. Nous allons tenter d'en exposer le contenu de manière critique.

B – Les incertitudes du droit

La décision de placement ne figure que rarement au dossier administratif du mineur, empêchant de déterminer le cadre juridique dans lequel l'enfant est confié. La précision a pourtant son importance car **la nature du placement n'est pas sans incidence sur l'autorité parentale :**

- **si l'enfant a été confié au service de l'aide sociale à l'enfance dans le cadre d'un contrat d'accueil provisoire** (volontaire) conclu avec les parents sur le fondement de l'article L.222-5 1° du code de

⁹⁰ Le terme a été popularisé par un ouvrage de Bruno Bettelheim (« Pour être des parents acceptables »), publié en France en 1987.

⁹¹ Un médecin rencontré a pu dire aux contrôleurs : « informer un patient de ses droits, non seulement cela ne me gêne pas mais cela me rend service : je ne suis pas tout puissant, il y a des tiers chargés de dire la loi, c'est bien plus clair pour tout le monde ».

l'action sociale et des familles (CASF)⁹², ceux-ci conservent le plein exercice de leurs droits ; c'est donc à eux qu'il appartient de solliciter l'hospitalisation de leur enfant ; toutefois, lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission peut être demandée par le service d'aide sociale à l'enfance⁹³. Ces dispositions permettent au service de l'aide sociale à l'enfance de se substituer ponctuellement aux parents lorsque l'hospitalisation ne peut être différée⁹⁴ ; elle ne dispensera pas le médecin de solliciter les parents pour les soins ultérieurs. Si les parents sont joignables mais refusent des soins qui apparaissent indispensables, il faudra envisager de saisir le procureur de la République ou le juge des enfants ;

- **si l'enfant a été confié au service de l'aide sociale à l'enfance, ou à tout autre service ou particulier, dans le cadre d'une procédure d'assistance éducative**, les parents « continuent à exercer tous les attributs de l'autorité parentale qui ne sont pas inconciliables avec cette mesure »⁹⁵ ; c'est donc à eux qu'il convient de s'adresser prioritairement. La loi prévoit toutefois que, à titre exceptionnel et lorsque l'intérêt de l'enfant l'exige, le juge des enfants peut autoriser le service gardien à exercer un acte relevant de l'autorité parentale ; cette autorisation ponctuelle et limitée d'un droit habituellement attaché à l'autorité parentale suppose un refus abusif ou injustifié des parents ou une négligence de leur part ; il faut aussi prouver que la mesure est nécessaire (ce qui peut être attesté par certificat médical). Cette disposition doit être d'un usage limité mais peut correspondre aux cas, cités plus haut, de parents qui se désintéressent de leur enfant.

Certaines dispositions du code de la santé publique et du code de l'action sociale et des familles ajoutent à la complexité, quand elles ne sont pas totalement contradictoires avec celles qui viennent d'être énoncées.

En effet, l'article R.1112-34 alinéa 2 du CSP déjà cité prévoit que la demande d'admission d'un enfant confié judiciairement relève du « directeur de l'établissement ou du gardien », que l'enfant ait été confié au titre de l'assistance éducative ou au titre de l'enfance délinquante. Cette disposition réglementaire vient contredire les dispositions légales édictées par le code civil (art 375-7 code civil, déjà cité)⁹⁶ ; elle est totalement contraire à la lettre et à l'esprit de l'assistance éducative qui tend à restaurer les parents dans leur fonction de protection et de responsabilité en les maintenant dans leurs droits. **Le Contrôleur général estime donc qu'une telle disposition ne peut s'appliquer que de manière très subsidiaire et avec l'accord du juge.**

Le code de l'action sociale et des familles va d'ailleurs dans ce sens : l'article L.223-1-1 qui définit les missions de l'aide sociale à l'enfance enjoint au président du conseil général d'établir, pour tout enfant confié, un projet « en concertation avec les titulaires de l'autorité parentale » et d'y associer l'enfant selon des modalités adaptées à son âge et à sa maturité. L'article L.223-3 du même code prévoit que le représentant légal donne un avis écrit préalablement au choix du mode et du lieu de placement et pareillement en cas de modification. Aucun argument tiré de ce texte ne laisse penser à un pouvoir, pour le représentant du service de l'aide sociale à l'enfance, de se substituer aux parents pour solliciter l'hospitalisation de l'enfant. On ajoutera que la demande d'hospitalisation ne peut en aucun cas relever d'un acte usuel revenant à la famille d'accueil.

RECOMMANDATION

L'article R 1112-34 alinéa 2 du code de la santé publique qui dispose que « 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 à la demande du directeur de l'établissement ou à celle du gardien » devrait être abrogé.

⁹² Article L222-5 du CASF : « Sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance sur décision du président du conseil départemental :

1° Les mineurs qui ne peuvent demeurer provisoirement dans leur milieu de vie habituel et dont la situation requiert un accueil à temps complet ou partiel, modulable selon leurs besoins, en particulier de stabilité affective, ainsi que les mineurs rencontrant des difficultés particulières nécessitant un accueil spécialisé, familial ou dans un établissement ou dans un service tel que prévu au 12° du I de l'article L. 312-1 (.....) ».

⁹³ Article R.1112-34 du CSP : « L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire.

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 à la demande du directeur de l'établissement ou à celle du gardien.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance. »

⁹⁴ S'il s'agit d'une urgence, le médecin est habilité à agir sans l'autorisation de quiconque.

⁹⁵ Art 375-7 al 1 et 2 du code civil : « 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. Ils ne peuvent, pendant la durée de cette mesure, émanciper l'enfant sans autorisation du juge des enfants.

Sans préjudice de l'article 373-4 et des dispositions particulières autorisant un tiers à accomplir un acte non usuel sans l'accord des détenteurs 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 acte relevant de l'autorité parentale en cas de refus abusif ou injustifié ou en cas de négligence des détenteurs de l'autorité parentale, à charge pour le demandeur de rapporter la preuve de la nécessité de cette mesure. (...) ».

⁹⁶ Une disposition réglementaire (issue d'un décret) ne peut contredire une disposition légale.

Le placement n'est pas le seul cas qui autorise le juge à contrôler la manière dont les parents exercent leur autorité parentale. En effet, lorsque l'enfant est suivi dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative de milieu ouvert (AEMO), le juge peut subordonner expressément le maintien de l'enfant dans sa famille à des obligations particulières, telles que fréquenter un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé, le cas échéant sous le régime de l'internat⁹⁷. A condition que l'hospitalisation ait été déclarée médicalement nécessaire, il est donc possible au juge des enfants « d'imposer aux parents de consentir à cette mesure », sans l'ordonner lui-même. Les termes même disent tout le paradoxe d'une telle situation, qui doit rester marginale. On imagine sans peine que la seule perspective du retrait de l'enfant ou la crainte d'une aggravation d'une mesure de placement – suppression du droit de visite, recul des perspectives de retour – suffise à « convaincre » les parents de solliciter eux-mêmes l'admission en soins. On mesure à quel point la liberté des parents est théorique, dans de tels cas.

En pratique, les contrôleurs ont pu constater que ces demandes forcées n'empêchaient pas – voire suscitaient – d'autres formes de résistance ou d'obstruction de la part des parents. Ainsi cette mère qui, régulièrement, reconduisait sa fille en retard à l'issue des week-ends ou refusait les séjours thérapeutiques. Chaque refus donnait lieu à un courrier de l'hôpital qui menaçait de prévenir le juge. Chaque pression renforçait la mère dans son opposition et évitait que soient abordés les problèmes de fond. Chaque pression plaçait la fille dans un conflit de loyauté contre-productif. Sans doute aurait-il été plus clair que le juge des enfants confie directement cette jeune fille à l'hôpital sur le fondement de l'article 375-9 du code civil (chapitre 3, section 2, II). La mère aurait été dégagée de la responsabilité, et probablement de la culpabilité d'un placement qu'elle avait demandé sans y adhérer ; les soignants n'auraient pas eu à jouer ce rôle de « gendarme » ; le fond aurait probablement pu être plus aisément abordé.

RECOMMANDATION

Le personnel hospitalier devrait être sensibilisé aux questions d'ordre juridique.

En cas d'admission d'un enfant judiciairement confié à un tiers – service, établissement ou personne physique – l'hôpital devrait se procurer la décision de placement et s'assurer de la position des parents au regard de l'exercice de l'autorité parentale.

En cas de difficulté, il convient d'en référer au juge.

Section 2

Le mineur hospitalisé en soins contraints : des pratiques discutables malgré un cadre juridique plus précis

Lorsque le mineur est admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ou confié à un établissement hospitalier sur décision du juge des enfants, la procédure offre un cadre relativement précis, garantissant théoriquement aux usagers mineurs et à leurs représentants légaux le respect de leurs droits.

En pratique pourtant, **les contrôleurs ont constaté de sérieuses atteintes aux droits fondamentaux**. Des cas concrets seront rapportés, illustrant les dérives les plus communes et mettant en évidence les avantages et inconvénients des diverses procédures.

I – L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Qu'il s'agisse d'un majeur ou d'un mineur, le code de la santé publique soumet le prononcé de ce type d'admission à l'existence, attestée par un certificat médical d'un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil, de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public⁹⁸. Les arrêtés préfectoraux doivent être motivés et énoncer avec précision les

⁹⁷ Art 375-2 al 3 du code civil : « Le juge peut aussi subordonner le maintien de l'enfant dans son milieu à des obligations particulières, telles que celle de fréquenter régulièrement un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé, le cas échéant sous régime de l'internat ou d'exercer une activité professionnelle. »

⁹⁸ Article L.3213-1 du CSP : « I.- Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques 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. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui assure la prise en charge de la personne malade.

Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 :

1° Le certificat médical mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 3211-2-2 ;

2° Le certificat médical et, le cas échéant, la proposition mentionnés aux deux derniers alinéas du même article L. 3211-2-2.

II.- Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2, le représentant de l'Etat dans le département décide de la forme de prise en charge prévue à l'article L. 3211-2-1, en tenant compte de la proposition

circonstances ayant rendu l'admission en soins nécessaire. L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASDRE) ouvre certaines garanties au patient, notamment le droit de recours contre la décision d'admission et l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention au douzième jour ; son déroulé est très encadré par la loi (certificats médicaux, recueil des observations...).

Les hôpitaux élaborent généralement des protocoles destinés à garantir le respect du cadre légal mais bien peu y intègrent des dispositions spécifiques aux mineurs.

Lors de leurs visites, les contrôleurs ont pu constater des atteintes flagrantes aux droits des mineurs et de leurs représentants légaux. Deux situations ont particulièrement retenu leur attention.

A – Le cas de YANIS⁹⁹

Selon les éléments recueillis dans l'unité pour adolescents d'un hôpital psychiatrique du Sud de la France, le 2 septembre 2016 en début d'après-midi, Yanis – un jeune homme de seize ans – s'est rendu dans un établissement scolaire qui n'était pas le sien ; il accompagnait un ami qu'il prétendait aider à résoudre des difficultés d'inscription. Sur place, Yanis aurait tenu des propos faisant l'apologie du terrorisme. Le responsable de l'établissement a appelé la police, qui a interpellé les deux jeunes hommes.

Yanis a aussitôt été placé en garde à vue ; un médecin psychiatre a été requis ; il a conclu à l'existence d'une pathologie psychiatrique aiguë incompatible avec le maintien en garde à vue. Le jeune homme a été conduit aux urgences psychiatriques où a été rédigé un certificat médical attestant d'une bouffée délirante avec hallucinations, sur un patient non conscient de ses troubles et concluant à l'existence d'un danger imminent pour la sûreté des personnes.

Sur la base de ce certificat, le maire a pris, le 2 septembre 2016, un arrêté d'hospitalisation sous contrainte aux motifs de « propos favorisant l'apologie du terrorisme et intrusion dans un établissement scolaire ». Le jeune homme a été admis à l'unité pour adolescents où il est arrivé au cours de la nuit suivant son interpellation.

Le certificat médical de « 24 heures » a confirmé l'existence d'un « délire mystique et l'absence totale de critique des troubles rendant impossible l'adhésion aux soins ; il indique que Yanis se sent victime d'un complot et pense devoir régler lui-même tous les problèmes, qu'il « pense être possédé par le Cheitan »¹⁰⁰. Ce certificat conclut à la nécessité de soins.

Le 4 septembre 2016, le préfet a confirmé la mesure prise par le maire. L'arrêté préfectoral vise les deux certificats médicaux et s'approprie les termes du certificat initial. Sur ces bases, le représentant de l'Etat conclut à « l'existence de troubles compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».

On observe au passage que, faute, pour les arrêtés, d'être horodatés, il n'est pas possible de vérifier que la décision préfectorale est intervenue dans les 48 heures de la décision du maire¹⁰¹.

Le certificat de « 72 heures », délivré le 6 septembre, soit au-delà du délai légal, confirmait la persistance d'un syndrome délirant à mécanisme hallucinatoire et interprétatif et à thématiques mystiques et mégalomaniaques ; il concluait à la levée de la mesure, estimant que le jeune homme adhère aux soins et que l'alliance thérapeutique avec la famille était de bonne qualité.

Le 7 septembre, le préfet prenait néanmoins un arrêté décidant que la prise en charge devait se poursuivre sous la forme d'une hospitalisation complète « considérant le refus du préfet de signer la demande de levée de la mesure de soins sans consentement de M. X ».

On s'étonne d'un arrêté s'appuyant, pour maintenir l'hospitalisation contrainte, sur un certificat médical rendu au-delà du délai légal et qui plus est, concluant à la mainlevée. On s'interroge également sur la qualité de la « motivation » (un maintien justifié par le refus de donner mainlevée s'apparente à une absence de motivation).

Le 8 septembre, un nouveau certificat médical concluait à nouveau à la levée de la contrainte. Le 9, le préfet prenait un arrêté mettant fin à la mesure à compter du 12 septembre... date à laquelle était prévue l'audience du JLD.

L'hospitalisation s'est poursuivie jusqu'au 19 septembre à la demande des représentants légaux du patient. A cette date, le jeune homme a réintégré le domicile de sa mère, avec un traitement et un suivi ambulatoire.

L'ensemble appelle plusieurs observations : l'existence, chez Yanis, de troubles mentaux nécessitant des soins est incontestable, justifiée par les certificats médicaux. En droit cependant, ce seul fait ne suffit pas à justifier une

établie, le cas échéant, par le psychiatre en application du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

Dans l'attente de la décision du représentant de l'Etat, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

III.-Lorsque la proposition établie par le psychiatre en application de l'article L. 3211-2-2 recommande une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ne peut modifier la forme de prise en charge des personnes mentionnées au II de l'article L. 3211-12 qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9.

IV.-Les mesures provisoires, les décisions, les avis et les certificats médicaux mentionnés au présent chapitre figurent sur le registre mentionné à l'article L. 3212-11. »

⁹⁹ Le prénom a été changé.

¹⁰⁰ Cheitan ou sheitan : mot arabe signifiant diable, démon.

¹⁰¹ Article L.3213-2 du CSP déjà cité.

hospitalisation sous contrainte ; il est également nécessaire que les troubles compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public¹⁰². Or, sauf à considérer que les troubles mentaux sont, par nature, susceptibles de porter atteinte à la sûreté des personnes ou de compromettre de façon grave l'ordre public, cette affirmation se fonde sur des éléments flous, au-delà du troisième jour (le certificat médical de 72 heures évoque un délire à thématique mystique et mégalomane ; il ne fait pas état de propos ou de comportement évocateur de dangerosité ou même de risque ; il évoque au contraire un patient compliant aux soins et une famille consciente de leur nécessité).

On s'interroge aussi sur une procédure qui, manifestement entachée d'irrégularité, a quand même conduit à une hospitalisation de douze jours, y mettant fin de manière différée le jour où le JLD n'aurait pas manqué de la sanctionner.

S'agissant des faits à l'origine de l'intervention policière, les contrôleurs n'ont pas eu accès à l'intégralité de la procédure pénale mais ils ont pu consulter le procès-verbal d'interpellation. Il en ressort que, une fois dans l'établissement scolaire, Yanis s'est présenté à une professeur et lui a « tenu des propos favorisant l'apologie du terrorisme » (les termes exacts ne sont pas précisés) ; le professeur a alors conduit le jeune homme dans le bureau du proviseur où, à deux reprises, il a dit : « le Cheick¹⁰³ c'est Allah » ; le proviseur a appelé la police ; à l'arrivée des policiers, le jeune homme était assis devant la loge du gardien ; la palpation de sécurité s'est avérée négative.

Pour que soit établi le risque d'atteinte à la sûreté des personnes et le trouble grave à l'ordre public, il faut supposer que le professeur dont il est question, de même que l'ami du patient, ont été entendus et qu'ont été mis en évidence des propos ou des comportements plus explicitement menaçants que ceux rapportés dans le procès-verbal d'interpellation. Rien de tel n'apparaît dans la motivation des arrêtés préfectoraux. Ce constat n'est pas isolé mais illustre un problème récurrent, chez les mineurs comme chez les adultes : les circonstances précises dans lesquelles intervient la décision d'admission en soins contraints ne sont que très rarement rapportées, empêchant à la fois le patient de motiver son recours et les soignants d'apprécier correctement la situation.

Dans le cas ici rapporté, on ne peut manquer de s'interroger sur le poids que prennent dans ce type de décision, les attentats djihadistes qui sévissent en France depuis 2015. Il est aussi permis de s'interroger sur le ressentiment que peut provoquer cet amalgame chez un jeune homme par ailleurs décrit comme intelligent et ouvert.

La place des parents questionne également. Les contrôleurs ont rencontré la mère du jeune patient. Elle dit avoir été avisée de la garde à vue de son fils et s'être rendue au commissariat à l'invitation de la police ; elle dit avoir été informée qu'un examen médical allait avoir lieu, sans autre précision, avant d'être invitée à rentrer chez elle. Ne pouvant s'y résoudre, elle dit avoir attendu devant le bâtiment et aperçu son fils, menotté et conduit par la police vers une destination ignorée d'elle. Vers 1h du matin, elle a été informée, par le service des urgences, de la présence de son fils à l'hôpital psychiatrique ; à 3h du matin, elle a reçu un appel de l'unité d'accueil l'informant de l'arrivée de son fils dans le cadre de soins contraints.

La mère indique n'avoir pas reçu notification des décisions successives du préfet ; elle n'a donc pas été mise à même d'exercer un recours au nom de son fils.

Elle n'a pas été informée du fait qu'elle pouvait exercer, au nom de son fils, certains des droits mentionnés à l'article L3211-3 al 7 du CSP.

Elle a été avisée par l'hôpital de la perspective d'une audience devant le JLD mais dit n'avoir reçu elle-même aucune convocation, ce qui a été confirmé par le tribunal. Aucun élément tiré des pièces examinées par les contrôleurs – arrêtés préfectoraux, requête saisissant le JLD et avis d'audience – ne vient contredire sa version.

Il faut en conclure que la mère du jeune Yanis n'a pas été mise à même, par les autorités, de défendre les intérêts de son fils. Elle n'a notamment pas pu contester l'arrêté préfectoral au nom de son enfant mineur, ni choisir un avocat pour assister son fils devant le JLD (que l'audience n'ait finalement pas eu lieu ne modifie en rien ces constats).

La décision préfectorale avait en revanche été notifiée au jeune homme¹⁰⁴. Lorsque les contrôleurs l'ont rencontré, il se souvenait « avoir signé des papiers » et « avoir été obligé de rester (à l'hôpital) » ; il n'avait pas conservé souvenir du contenu des documents (« on ne me les a pas donnés ») ni des droits attachés à son statut (recours, droit de voir un médecin, un avocat...). En revanche, il se souvenait avoir été informé de l'intervention d'un juge « qui devait vérifier si les papiers avaient été fait dans les règles ».

Les contrôleurs ont relevé ici des difficultés maintes fois observées avec les patients majeurs : la décision du préfet n'est que très rarement lue en son entier par le soignant chargé de la notifier ; le contenu des droits attachés au statut n'est pas réellement connu des soignants supposés porter l'information. La décision est rarement laissée au patient, pas plus que ne lui est systématiquement remis un document détaillant ses droits. La notification, souvent réalisée à un moment où le patient n'est pas totalement apte à en mesurer la portée, ne donne pas lieu ultérieurement à complément d'explication.

En réalité, la notification, effectuée par des personnels soignants peu formés aux arcanes juridiques, semble avoir essentiellement pour but de recueillir formellement une signature et non de placer le patient en situation

¹⁰² Article L.3213-1 du CSP déjà cité.

¹⁰³ Cheik : dans la langue arabe, désigne un homme respecté pour son âge et ses connaissances.

¹⁰⁴ L'accusé de réception était signé de sa main.

d'exercer réellement ses droits.

B – Le cas de KARINE¹⁰⁵

Selon les constats effectués dans un hôpital psychiatrique de l'Est de la France, une jeune fille âgée de quatorze ans – placée dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative et souffrant de graves carences affectives – a fait l'objet, le 9 octobre 2015, d'un arrêté préfectoral prononçant son admission en soins sans consentement au motif de « troubles mentaux » se manifestant par une « menace de suicide dans un contexte de radicalisation », « dangerosité pour elle-même ou autrui » et « attitude et propos de nature à créer un trouble à l'ordre public ».

L'arrêté a été pris au visa d'un certificat médical et d'un procès-verbal de renseignement administratif du même jour, procès-verbal qui n'est pas joint à l'arrêté et dont le contenu n'est pas indiqué. Curieusement, l'arrêté vise en outre une autorisation d'hospitalisation donnée par la mère. On note que ce dernier document est rédigé dans les termes exigés pour la demande d'hospitalisation formulée par un tiers ; les circonstances dans lesquelles cette autorisation a été obtenue et les motifs qui ont conduit à la solliciter sont ignorés¹⁰⁶.

Le certificat médical initial indique que la jeune fille a été conduite aux urgences par une éducatrice qui a été témoin d'une « menace de suicide par lames de rasoir et paire de ciseaux dans un contexte de radicalisation » ; il est précisé qu'aux urgences, la jeune fille s'est d'abord « réfugiée dans un mutisme » avant de tenir « des propos de menace d'attentat, suicide, et aussi départ en Syrie » ; le certificat conclut : « son état mérite une mise en sécurité ». On relève que ce certificat médical ne fait pas référence, directement ou indirectement, à la notion de trouble mental ni n'évoque, *stricto sensu*, la nécessité de soins, lui préférant la notion de « mise en sécurité ».

Les certificats médicaux de 24 heures et de 72 heures évoquent « une réticence pathologique par reniement », « une résistance passive et un semi-mutisme », « une thymie affaissée », « une relation à l'autre très variable avec passage d'une attitude d'ouverture adaptée au mutisme », une « absence totale de discernement et d'autocritique », un « défaut d'adhésion aux soins ». L'arrêté de maintien retient les trois derniers aspects de ce diagnostic pour en déduire l'existence de troubles mentaux et maintenir l'hospitalisation complète. Il faudrait ici interroger la notion « d'absence totale de discernement » utilisée par le médecin ; elle est proche, dans les termes, de la notion d'abolition du discernement utilisée en droit pénal pour caractériser l'irresponsabilité¹⁰⁷ mais « absence » n'est pas « abolition » et on cherche en vain le trouble mental qui en serait la cause. Quant à la labilité de l'humeur et l'absence de discernement et d'autocritique chez une jeune fille de quatorze ans ayant eu un parcours de vie difficile, elles renvoient davantage à l'immatunité et à la fragilité psychologique qu'au trouble mental caractérisé.

L'arrêté préfectoral d'admission a été notifié à la jeune fille (ainsi que l'arrêté de maintien) ; des explications lui ont été fournies par le médecin quant à la possibilité d'un recours ; la jeune fille semblait en avoir compris les enjeux ; elle avait aussi été informée de l'intervention du JLD.

Le dispositif de l'arrêté évoque un avis adressé « à la famille, le cas échéant, à la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ». Il semble donc que la décision ait été portée à la connaissance de la mère. En revanche, celle-ci n'a pas été informée de la possibilité d'exercer, dans l'intérêt de sa fille, les droits mentionnés à l'article L3211-3 al 7 du CSP : communiquer avec les autorités, saisir la commission départementale des soins psychiatriques et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat, notamment. On ignore si « l'avis » porté à sa connaissance par le préfet mentionnait la possibilité d'un recours en tant que représentante légale de sa fille.

L'avis médical adressé au JLD le 14 octobre fait état d'une « fragilité psychique sous-jacente en lien avec un parcours de vie chaotique » et d'une adhésion progressive aux soins, caractérisé par un questionnement progressif sur ses convictions. La poursuite de l'hospitalisation est estimée nécessaire par le psychiatre « pour mieux comprendre et évaluer son fonctionnement psychique ». A ce stade, on cherche en vain le trouble mental nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public.

Le 19 octobre 2015, le **JLD** maintiendra l'hospitalisation, motivant très largement sa décision, d'une part, par des pièces produites par le préfet au stade de la saisine seulement (procès-verbaux attestant de tentatives de départ en Syrie avec un majeur et du souhait de commettre un attentat suicide) et, d'autre part, par des pièces fournies par le procureur de la République au jour de l'audience (expertise psychiatrique réalisée dans le cadre de la procédure d'assistance éducative).

Il faut ajouter que la jeune fille n'était pas assistée d'un avocat, le bâtonnier ayant décidé de suspendre les désignations au titre de l'aide juridictionnelle¹⁰⁸.

La mère n'était pas non plus présente ; elle n'avait pas été avisée de l'audience.

Il n'est nullement besoin d'insister pour conclure que, à ce stade, **les droits de cette jeune fille n'ont pas été**

¹⁰⁵ Le prénom a été changé.

¹⁰⁶ Peut-être s'agissait-il de montrer que la mère avait été tenue informée et adhérerait à cette solution mais, dans cette hypothèse pourquoi ne pas s'en être tenu à une hospitalisation classique, à la demande du représentant légal ?

¹⁰⁷ Article 122-1 alinéa 1 du code pénal : « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. »

¹⁰⁸ Aux termes de l'article L.3211-12-2 alinéa 2 du CSP, l'assistance ou la représentation par avocat est obligatoire. Le juge a estimé qu'il s'agissait d'un cas de force majeure l'autorisant à statuer.

respectés : atteinte au principe du contradictoire car elle n'a pas eu communication des pièces servant de fondement à une décision privative de liberté¹⁰⁹ ; atteinte au droit de la défense car elle n'a pas eu accès à un avocat ; atteinte aux droits spécifique des mineurs car elle a été privée du soutien et de l'assistance de sa mère, ou d'une personne habilitée à la représenter dans cette procédure. Le droit permet en effet qu'un administrateur *ad hoc* soit désigné au mineur lorsque ses intérêts sont en opposition avec celle de ses représentants légaux¹¹⁰ (ou que ceux-ci ne sont pas en mesure de défendre correctement ses intérêts).

Les certificats médicaux viendront dire mois après mois, la nécessité de soins dans le cadre d'une hospitalisation complète, essentiellement justifiée par une quête affective et des affects dépressifs en lien avec l'enfermement, une variabilité dans l'humeur et dans les convictions, éléments sur lesquels l'autorité préfectorale s'appuiera pour renouveler l'hospitalisation sans parvenir à convaincre que ce tableau recouvre des troubles mentaux compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public. On ne peut que noter le paradoxe à l'œuvre puisque certains des troubles relevés par le psychiatre trouvent leur origine dans l'enfermement... tout en justifiant son maintien.

Les renseignements recueillis par les contrôleurs ont permis de préciser que le juge des enfants connaissait bien la situation de la jeune fille : la question de l'hospitalisation s'était posée au moment de la tentative de suicide et les modalités les plus adaptées étaient recherchées quand l'autorité préfectorale est intervenue.

On constate, au terme de ces deux situations, que la sécurité a pris le pas sur la protection des mineurs et sur le respect de leurs droits fondamentaux. Dans le contexte actuel qui voit se multiplier les actes de terrorisme, il est même permis de craindre une utilisation de la psychiatrie à des fins sécuritaires.

On observe en tous cas que le JLD a statué sur la base de renseignements très réduits : arrêtés d'admission et de maintien, certificats et avis médicaux. D'une manière générale, les contrôleurs l'ont constaté et nombre de JLD le regrettent, ce magistrat ne dispose pas d'éléments précis sur les circonstances de l'hospitalisation, ni d'informations détaillées sur les projets ou les possibilités de sortie. Il conviendrait donc que le juge dispose d'éléments sociaux, comme c'est le cas en matière de privation de liberté prononcée dans un cadre pénal. Lorsque le juge des enfants intervient, on pourrait envisager qu'il puisse communiquer au JLD certains éléments du dossier d'assistance éducative afin de lui permettre une meilleure appréciation de la situation, comme c'est le cas en matière de délégation et de retrait des droits d'autorité parentale ou de déclaration de délaissement de mineur¹¹¹.

Pour particulières qu'elles soient au regard du contexte (radicalisation), ces situations n'en sont pas moins représentatives : les procédures administratives et judiciaires sont souvent conduites à l'égard des mineurs comme s'il s'agissait de majeurs, sans considération pour l'incapacité dans laquelle ils se trouvent d'exercer seuls leurs droits.

RECOMMANDATIONS

La décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement prononcée par le représentant de l'Etat doit être notifiée au patient mineur lorsque son âge ou sa maturité le permet ; la notification doit être systématique à partir de treize ans.

La notification doit être assortie d'explications délivrées par un agent hospitalier spécialement formé.

L'information doit porter sur les voies de recours, la situation juridique du patient et les droits qui y sont attachés, la possibilité de faire valoir ses observations conformément aux dispositions de l'article L3211-3 du code de la santé publique.

Le patient doit se voir remettre une copie de la décision ainsi qu'un formulaire explicatif de ses droits, rédigés en termes clairs et pédagogiques.

Les autorités doivent veiller à ce que les représentants légaux des mineurs soient destinataires des convocations, informations et décisions relatives à leur enfant et les mettre à même de faire valoir ses droits.

Lorsqu'un patient mineur est suivi dans le cadre d'une procédure d'assistance éducative, le juge des libertés et de la détention doit en être informé.

L'avis du juge des enfants devrait être recueilli.

La communication de tout ou partie du dossier d'assistance éducative devrait pouvoir être envisagée, sous le

¹⁰⁹ Dans toute autre situation, on n'imagine pas qu'un magistrat du siège accepte qu'une partie produise, à l'audience, des pièces qui n'ont pas été communiquées à l'autre partie.

¹¹⁰ Article 388-2 code civil : « Lorsque, dans une procédure, les intérêts d'un mineur apparaissent en opposition avec ceux de ses représentants légaux, le juge des tutelles dans les conditions prévues à l'article 383 ou, à défaut, le juge saisi de l'instance lui désigne un administrateur ad hoc chargé de le représenter.

Dans le cadre d'une procédure d'assistance éducative, l'administrateur ad hoc désigné en application du premier alinéa du présent article doit être indépendant de la personne morale ou physique à laquelle le mineur est confié, le cas échéant. »

¹¹¹ Article 1205-1 code de procédure civile (relatif aux procédures de délégation, retrait d'autorité parentale et déclaration de délaissement de mineur) : « Lorsqu'une procédure d'assistance éducative a été diligentée à l'égard d'un ou plusieurs enfants, le dossier en est communiqué au tribunal ou au juge par le juge des enfants, dans les conditions définies à l'article 1187-1. Le juge des enfants ne transmet pas les pièces qu'il a exclues de la consultation en application de l'article 1187.

Dans tous les cas, le juge des enfants fait connaître son avis au regard de la procédure d'assistance éducative en cours.

Une copie de la décision du juge ou du tribunal est transmise au juge des enfants ainsi que toute pièce que ce dernier estime utile. »

contrôle du juge des enfants.

Il serait souhaitable que le requérant fournisse au JLD des renseignements sociaux et que ce dernier puisse, le cas échéant, ordonner une enquête sociale rapide.

S'il apparaît que les intérêts du mineur sont en opposition avec ceux de ses représentants légaux ou que les droits du mineur sont insuffisamment garantis par eux, le juge des libertés et de la détention devrait désigner un administrateur ad hoc au patient mineur.

II – Le placement direct à l'hôpital psychiatrique sur décision du juge des enfants statuant dans le cadre de l'assistance éducative (article 375-9 du code civil)

Ainsi qu'il a été dit plus haut, le placement ordonné par le juge des enfants au titre de l'article 375-9 du code civil¹¹² n'est pas répertorié par le code de la santé publique au titre des admissions en soins sans consentement¹¹³. L'admission d'un mineur dans ce cadre ne donne pas non plus lieu à inscription sur le registre de l'article L.3212-11 du CSP.

Dans la majorité des établissements contrôlés, l'administration hospitalière n'a d'ailleurs pas été en mesure d'identifier les mineurs hospitalisés sur ce fondement en les isolant des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance : dans les unités, les deux catégories sont regroupées sous le terme « OPP » (ordonnance aux fins de placement provisoire), qui désigne à la fois les enfants judiciairement confiés à l'ASE ou à un autre établissement, et ceux que le juge a estimé devoir confier directement à l'hôpital. Les conditions sont pourtant différentes, les obligations de l'établissement le sont également, ainsi qu'il sera développé ci-après.

En pratique, les placements directs au titre de l'article 375-9 du code civil concernent le plus souvent des adolescents présentant des troubles majeurs et qui sont en rupture familiale ; il s'agit aussi d'adolescents que leurs parents sont dans l'incapacité de persuader de la nécessité d'une hospitalisation ou de les y contraindre, ou encore d'adolescents dont les parents se refusent à admettre la gravité des troubles ou les ignorent.

Les constats effectués par les contrôleurs montrent que les juges des enfants hésitent à prendre de telles décisions. Outre la lourdeur de la procédure, ces magistrats évoquent la difficulté de collaborer avec les établissements hospitaliers qu'ils soupçonnent d'émettre trop aisément un diagnostic favorable pour mettre fin prématurément à l'hospitalisation d'adolescents qui se montrent difficiles à gérer dans les services.

De leur côté, les soignants observent que les placements directs les laissent souvent seuls face à l'orientation, le juge étant lointain et le service de l'aide sociale à l'enfance accusé de prendre ses distances pendant l'hospitalisation.

L'ensemble de ces éléments explique probablement l'existence de décisions hybrides qui confient parallèlement un mineur à l'hôpital et au service de l'aide sociale à l'enfance ou « à l'aide sociale à l'enfance sous la forme d'une admission à l'hôpital ».

A – Le cadre juridique

Ainsi qu'il a été dit, un mineur peut faire l'objet d'une mesure d'assistance éducative si sa santé, sa sécurité, sa moralité sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises¹¹⁴.

Si la protection de l'enfant l'exige, cette mesure peut constituer en un placement, y compris dans un établissement sanitaire¹¹⁵. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un placement en établissement psychiatrique, 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 : le juge des enfants doit préalablement recueillir l'avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement ; la durée initiale du placement est limitée à quinze jours ; elle peut être renouvelée, de mois en mois, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil¹¹⁶. La jurisprudence¹¹⁷ ajoute à ces conditions le refus des parents ou de l'enfant, leur incapacité à consentir de manière éclairée ou l'impossibilité de les joindre.

Cette mesure est proche de l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat par cer-

¹¹² Article 375-9 code civil : « La décision confiant le mineur, sur le fondement du 5° de l'article 375-3, 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 quinze 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. »

¹¹³ Définies aux articles L.3211-1 et suivants du CSP.

¹¹⁴ Article 375 code civil déjà cité. Cf. chapitre préliminaire.

¹¹⁵ Article 375-3 code civil déjà cité.

¹¹⁶ Article 375-9 code civil : « La décision confiant le mineur, sur le fondement du 5° de l'article 375-3, 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 quinze 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. »

¹¹⁷ Cour d'appel Aix-en-Provence 23 mars 20012. RG 12/00039.

taines de ses conditions (exigence d'un certificat médical émanant d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil) et par ses effets immédiats (le placement s'impose à tous : enfant, parents, hôpital). Elle s'en distingue toutefois par plusieurs aspects.

Le juge intervient à titre subsidiaire et dans le respect des droits d'autorité parentale. Dans la mesure où la situation le permet, les représentants légaux doivent donc être sollicités en premier lieu, y compris lorsque l'enfant fait déjà l'objet d'une mesure d'assistance éducative puisqu'ils conservent les attributs de l'autorité parentale qui ne sont pas inconciliables avec la mesure¹¹⁸. Le respect de l'autorité parentale et la recherche de l'adhésion de la famille à la mesure envisagée sont de principe ; ils constituent un gage de collaboration et favorisent l'alliance thérapeutique. Toutefois, si les circonstances l'exigent, la décision peut être prise en urgence, soit par le juge des enfants, soit, en son absence, par le procureur de la République, qui devra alors saisir le juge des enfants dans les huit jours (375-2 et 375-5)¹¹⁹. S'ils n'ont pas pu être entendus par le juge avant la prise de décision, les parents et le mineur devront impérativement l'être, dans un délai maximum de quinze jours¹²⁰.

Lorsqu'il convoque les parties, le juge doit aviser les parents et le mineur capable de discernement de leurs droits et plus particulièrement du droit d'être assisté d'un avocat et de consulter le dossier¹²¹. Le mineur doit être entendu dès lors qu'il est capable de discernement.

L'article 375-9 indique que le juge des enfants se prononce au vu d'un « avis médical » circonstancié émanant d'un médecin extérieur à l'établissement. La pratique exige généralement un certificat médical, c'est-à-dire – selon la définition qu'en donne l'Ordre national des médecins – un document dans lequel le médecin consigne les constatations résultant d'un examen du patient. Cependant, la décision du juge n'est pas soumise aux critères que l'article L.3213-3 du CSP impose au représentant de l'Etat. Le juge doit trouver dans le certificat des éléments attestant que l'enfant souffre de troubles psychiques mettant en danger sa santé ou compromettant gravement son développement et nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé ; il n'a pas à démontrer que la sûreté des personnes est compromise ou qu'existe un trouble grave à l'ordre public. Il se prononce en stricte considération de l'intérêt de l'enfant.

La loi ne prévoit pas non plus des certificats à la 24^{ème} puis 72^{ème} heure, ni n'évoque les droits que l'article L.3211-3 du CSP accorde au patient en soins sans consentement (faire valoir des observations, communiquer avec les autorités, saisir la CDSP, le CGLPL, la commission des usagers, prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix...).

L'article 375-9 du code civil n'a pas été modifié par la loi du 5 juillet 2011 qui a instauré le contrôle systématique du JLD ; elle n'a pas non plus étendu au mineur hospitalisé sur décision du juge des enfants la possibilité de saisir, à tout moment le JLD aux fins de levée de la mesure. Ces possibilités, accordées par les articles L.3211-12 et L.3211-12-1 du CSP, sont en effet expressément réservées au patient faisant l'objet de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, sur décision du directeur de l'établissement agissant à la demande d'un tiers ou en raison d'un péril imminent, ainsi qu'au patient hospitalisé sur décision de la chambre de l'instruction ou d'une juridiction suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale résultant d'un trouble mental.

Il faut préciser que, contrairement à la chambre de l'instruction et aux juridictions pénales, le juge des enfants intervient dans la durée. Il peut donc modifier à tout moment ses décisions et peut être saisi à tout moment par les parties à cette fin, y compris par le patient mineur.

Lorsqu'il confie un mineur à l'hôpital, le juge des enfants est tenu, en dehors de toute demande, de réexaminer la situation à l'issue d'un délai de quinze jours puis mensuellement, la mesure ne pouvant être renouvelée que « sur avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil ». Les décisions sont notifiées aux parents ; le dispositif est notifié au mineur de plus de seize ans à moins que son état ne le permette pas¹²². L'hospitalisation, en elle-même, ne constitue pas un motif justifiant de ne pas recevoir l'enfant ou de ne pas lui notifier la décision.

Prononcée par un juge, ce type d'hospitalisation contrainte bénéficie donc de toutes les garanties offertes par la procédure civile.

B – Les caractéristiques de l'intervention du juge des enfants

L'intervention judiciaire se distingue fondamentalement de l'intervention de l'autorité administrative par plusieurs aspects qui lui permettent de mieux répondre à l'intérêt de l'enfant.

L'autorité administrative – maire ou préfet – est contactée dans l'urgence et ne connaît de la situation que les éléments relatifs à la procédure en cours : certificat médical et procès-verbal de renseignement. Sa marge

¹¹⁸ Article 375-7 al1 du code civil.

¹¹⁹ Certains parquets hésitent à le faire, estimant que l'article 375-5 al2 du code civil qui donne compétence au parquet en cas d'urgence, renvoie exclusivement aux articles 375-3 et 375-4 du code civil. L'article 375-3 cite précisément la possibilité de placement dans un établissement sanitaire, l'article 375-9 venant simplement préciser les conditions spécifiques à ce type de placement. Il n'y a donc aucune raison pour le parquet, d'exclure cette possibilité, dès lors que les conditions cumulatives sont remplies : urgence, certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil.

¹²⁰ Article 1184 du code de procédure civile.

¹²¹ L'article 1187 du code de procédure civile édicte des règles spécifiques pour la consultation du dossier d'assistance éducative.

¹²² Article 1190 du code civil.

d'appréciation est étroite et son choix est binaire : faut-il ou non ordonner l'hospitalisation sans consentement ? Son intervention est ponctuelle. L'autorité administrative n'a pas à préserver une quelconque qualité de relation avec les personnes, ni même à préserver leur avenir : le code de la santé publique lui prescrit de statuer en fonction de l'existence de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public. La notion d'intérêt de l'enfant n'est sans doute pas étrangère à l'autorité administrative mais elle ne constitue pas un critère prioritaire de son appréciation même si, par la signature de la Convention internationale des droits de l'enfant, la France s'est engagée à faire prévaloir l'intérêt supérieur de l'enfant dans toutes ses décisions, qu'elles émanent d'institutions privées ou publiques, des tribunaux ou des autorités administratives.

Le juge des enfants au contraire connaît le mineur, son histoire, son environnement. Il dispose, pour statuer, d'informations beaucoup plus larges que celles dont dispose l'autorité administrative. Sauf urgence, il reçoit le mineur et les parents et les informe de leurs droits. Les notions de sûreté des personnes et de trouble à l'ordre public ne lui sont pas étrangères mais **la loi prescrit au juge de statuer en stricte considération de l'intérêt de l'enfant**¹²³. Cette mission oblige à prendre du recul, à questionner les avantages et les inconvénients des solutions proposées, à ne statuer en urgence qu'à titre exceptionnel, à rechercher la solution la mieux adaptée à l'intérêt de l'enfant.

La procédure est souple ; si la situation le permet, le juge peut décider de mettre en place une solution d'attente plutôt que de précipiter un accueil en psychiatrie dans des conditions difficiles. Garant de la continuité éducative, le juge des enfants poursuit son suivi pendant l'hospitalisation et organise la sortie avec le médecin et le service éducatif ou social qu'il a mandaté. La famille conserve une place en fonction de ses capacités et de son investissement auprès de l'enfant.

C – Le rôle de l'établissement gardien et la place des parents

En cas de placement direct, le service hospitalier devient le « gardien » de l'enfant et, à ce titre, il dispose de devoirs et de prérogatives.

S'il appartient au juge des enfants d'informer le mineur et ses parents de leurs droits, il appartient à l'hôpital d'une part, de relayer cette information auprès du mineur, d'autre part, de veiller à en permettre l'exercice. Ainsi, l'enfant doit être informé par l'hôpital qu'il peut écrire au juge, demander à être entendu, rencontrer un avocat, relever appel de la décision s'il a plus de seize ans¹²⁴.

En tant que « gardien », l'établissement d'accueil peut accomplir tous les actes usuels relatifs à la surveillance et à l'éducation du mineur mais il doit aussi garantir aux parents – qui ont conservé l'autorité parentale – le respect des droits qui ne sont pas inconciliables avec la mesure : droit à l'information sur la santé de leur enfant, droit de visite notamment. En fonction de la motivation de la décision judiciaire et en concertation avec le magistrat ou le service de l'aide sociale à l'enfance, le droit de consentir à la dispensation d'un traitement, le droit d'autoriser la participation à des activités peuvent par exemple être maintenus aux parents. Ceux-ci ne peuvent en effet être totalement considérés comme opposants et exclus de toute décision au motif qu'ils ont refusé l'hospitalisation ou qu'ils se sont ponctuellement montrés négligents ; leur adhésion doit continuer à être recherchée ; l'aide sociale à l'enfance et le juge doivent s'y employer.

En revanche, l'établissement doit alerter le juge si l'exercice de ces droits met l'enfant en danger ou si le refus réitéré de tel traitement ou de telle autorisation semble dicté par d'autres considérations que l'intérêt de l'enfant ou encore si le désintérêt des parents pour leur enfant est manifeste. Sur le fondement de l'article 375-7 du code civil, le juge pourra alors autoriser le gardien à exercer cette parcelle de l'autorité parentale.

L'établissement doit aussi respecter les limites des droits des parents telles que le juge les a fixées : ainsi est-il contradictoire de leur faire signer une autorisation d'admission alors même que le placement est ordonné par le juge, ce que les contrôleurs ont observé à plusieurs reprises. A l'inverse, si l'intérêt de l'enfant le commande, l'établissement peut solliciter l'élargissement des droits des parents ou, à tout le moins, conseiller à ces derniers de solliciter le juge à cet effet.

Enfin, l'établissement hospitalier gardien doit adresser mensuellement au juge « l'avis médical » prescrit par l'article 375-9 du code civil. Cet avis doit s'entendre comme d'un certificat médical qui, au-delà du strict plan médical, intègre l'ensemble des éléments ayant pu être observés, notamment la relation aux parents et la capacité de ces derniers à faire face aux besoins de leur enfant.

RECOMMANDATION

Les mineurs confiés à un établissement de santé mentale sur le fondement de l'article 375-9 du code civil devraient figurer sur le registre prévu par l'article L3212-11 du code de la santé publique.

¹²³ Article 375-1 du code civil : « Le juge des enfants est compétent, à charge d'appel, pour tout ce qui concerne l'assistance éducative.

Il doit toujours s'efforcer de recueillir l'adhésion de la famille à la mesure envisagée et se prononcer en stricte considération de l'intérêt de l'enfant. »

¹²⁴ Article 1181 et s du code de procédure civile.

S'il n'a pas pu être entendu par le juge des enfants avant son admission, le mineur confié à un établissement de santé mentale sur le fondement de l'article 375-9 du code civil doit être informé, dans les meilleurs délais, de son statut juridique et des droits qu'il détient au titre de la procédure d'assistance éducative.

III – le placement à l'hôpital ordonné dans un cadre pénal

En pratique, les admissions en psychiatrie au titre de l'enfance délinquante semblent très rares ; elles ne sont pas recensées par le ministère de la justice. S'agissant incontestablement d'un placement contraint, elles seront brièvement abordées ici, pour mémoire.

Lorsqu'un mineur fait l'objet de poursuites pénales, le juge des enfants, le juge d'instruction ou le juge des libertés et de la détention peuvent le confier provisoirement à « un établissement hospitalier » pendant la phase d'information¹²⁵. Au stade du jugement, le juge des enfants, le tribunal pour enfants ou la cour d'assises des mineurs peuvent confier le mineur à « un établissement médical ou médico-pédagogique habilité »¹²⁶.

Les termes sont suffisamment larges pour recouvrir les soins somatiques et psychiatriques ; aucune condition spécifique n'est prévue, ni aucune inscription au registre de la loi.

On peut regretter que l'ordonnance du 2 février 1945, maintes fois remaniée, n'ait pas posé un cadre plus précis et des exigences au moins comparables à celles qui sont prévues en matière d'assistance éducative.

RECOMMANDATION

La possibilité de confier un mineur en établissement de soins psychiatriques au titre de l'ordonnance du 2 février 1945 devrait être soumise aux mêmes conditions que celles prévues dans le cadre de la procédure d'assistance éducative.

Les mineurs confiés à un établissement de santé mentale sur le fondement de l'ordonnance du 2 février 1945 devraient figurer sur le registre prévu par l'article L3212-11 du code de la santé publique.

IV – La situation de Corentin¹²⁷ : un enfant admis en soins contraints par deux décisions successives, l'une administrative et l'autre judiciaire

A – Les faits

Les contrôleurs ont eu à connaître du cas de Corentin dans le cadre de vérifications sur place opérées suite à un signalement adressé à la Contrôleure générale¹²⁸ ; cette situation illustre et condense des dysfonctionnements régulièrement rencontrés. Un rapport détaillé a été élaboré par ailleurs ; seules les grandes lignes seront ici rapportées¹²⁹.

Corentin était âgé de quatorze ans lorsqu'il a fait l'objet d'une ASDRE, en septembre 2016. Il a été accueilli dans une unité pour adultes dans laquelle il est resté près de huit mois, en chambre fermée. L'histoire de l'enfant, et le processus qui a conduit à cet enfermement peuvent être présentés comme suit.

Les parents de Corentin ont eu ensemble trois enfants, deux garçons et une fille ; ils ont été tous deux condamnés pour manquement à leurs obligations parentales sur les trois enfants, et pour atteinte sexuelle sur leur fille. Corentin est né d'une relation que la mère a entretenue avec un autre homme pendant l'incarcération de son mari. A sa libération, le mari a repris sa place au domicile, évinçant l'amant. Douze ans plus tard, une mesure d'assistance éducative de milieu ouvert (AEMO) a été mise en place, à l'occasion du retour des aînés au domicile. Quelques mois après le début de la mesure, les deux plus jeunes enfants ont été confiés à l'ASE en raison des violences verbales et parfois physiques de la mère. Dans le cadre de ce placement, Corentin a révélé des abus sexuels attribués à son frère aîné. Une enquête pénale a été ouverte. L'enfant a d'abord réitéré ses accusations avec une abondance de détails puis s'est rétracté lors de la confrontation. L'expertise médicale n'a décelé aucune trace.

¹²⁵ Article 10 de l'ordonnance du 2 février 1945.

¹²⁶ Articles 15 et 16 de l'ordonnance du 2 février 1945.

¹²⁷ Le prénom a été changé.

¹²⁸ Article 6-1 de la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté : « Lorsqu'une personne physique ou morale porte à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou des situations, elle lui indique, après avoir mentionné ses identités et adresse, les motifs pour lesquels, à ses yeux, une atteinte ou un risque d'atteinte aux droits fondamentaux des personnes privées de liberté est constitué.

Lorsque les faits ou les situations portés à sa connaissance relèvent de ses attributions, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté peut procéder à des vérifications, éventuellement sur place.

A l'issue de ces vérifications, et après avoir recueilli les observations de toute personne intéressée, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté peut formuler des recommandations relatives aux faits ou aux situations en cause à la personne responsable du lieu de privation de liberté.

Ces observations et ces recommandations peuvent être rendues publiques, sans préjudice des dispositions de l'article 5. »

¹²⁹ La situation a été brièvement évoquée au début de ce rapport, afin d'illustrer les problèmes de délais de prise en charge par les CMP.

L'expert psychologue a fait état d'une sexualité envahissante et dépourvue d'affects ; il s'est interrogé sur la réalité des faits ; il a préconisé un suivi psychiatrique. Une demande a été adressée au centre médico-psychologique (CMP) du secteur.

De retour dans sa famille d'accueil, Corentin est revenu sur ses rétractations, accusant à la fois son frère et sa mère d'abus sexuels et, concernant cette dernière, de maltraitance. Le juge des enfants a suspendu les droits de visite de la mère.

Parallèlement, Corentin a fait régulièrement état de pulsions sexuelles à l'égard de nombreuses femmes et petites filles de son entourage, exprimant des envies de viol et de meurtre, se disant « malade du sexe », demandant des soins. Il a fini par porter publiquement la main sur les fesses d'un adulte de son collègue, par commettre des attouchements sur deux petites filles de son entourage proche et par s'accuser d'une série de viols en réunion.

Suite à ces faits et auto-accusations, Corentin a été placé en garde à vue. Il a d'abord abondamment décrit les faits de viols dont il s'accusait avant de se rétracter. L'expert pédopsychiatre qui l'a examiné a conclu à l'existence d'un trouble mental (ordres hallucinatoires de viol, meurtre, incendie des corps pour faire disparaître les traces).

L'expert a contacté un établissement spécialisé pour mineurs et s'est heurté à un refus, au motif de la sécurité des patients. Le maire, puis le préfet ont été sollicités en vue d'une mesure d'admission en soins sans consentement. Corentin a été conduit au pôle de psychiatrie du centre hospitalier le plus proche, dans un service pour adultes. Lorsqu'il y a été admis, la mesure de suivi psychiatrique formulée cinq mois plus tôt n'avait pas encore pu se mettre en place.

L'enfant a d'abord été placé, seul, dans la chambre d'isolement d'une unité de soins intensifs, pendant quatre-vingt jours (près de trois mois). Il a ensuite rejoint la partie fermée de l'unité dans laquelle une chambre a été spécialement aménagée pour lui (bureau, téléviseur, chaîne hifi, décoration...). Il y a passé 147 jours (près de cinq mois), enfermé. Les soignants ont fait de leur mieux pour égayer son séjour ; l'assistante familiale lui rendait visite deux à trois fois par semaine ; des éducateurs de l'ASE venaient une fois tous les dix jours environ. Quelques rares sorties ont pu être organisées, toujours avec deux adultes et sous réserve d'aviser le préfet quarante-huit heures à l'avance. La mère n'a pas pris de nouvelles auprès du médecin.

Pendant près de huit mois, cet enfant a été privé d'accès direct à l'air libre, de contact avec des jeunes de son âge, de scolarité (le conseil de discipline avait prononcé l'exclusion suite à l'attouchement sur un adulte du collège ; l'inspecteur d'académie a préconisé une scolarité par correspondance).

Sa situation s'est toutefois améliorée durant les dernières semaines : au deuxième contrôle en effet, le JLD a ordonné la mainlevée au motif de l'absence de trouble mental mettant en péril la sûreté des personnes et l'ordre public. Le juge des enfants a pris le relais et confié Corentin au centre hospitalier, le temps de trouver un établissement éducatif d'accueil. Pendant ce temps, l'hospitalisation s'est poursuivie selon des modalités plus souples, permettant notamment des sorties d'adaptation.

Les vérifications opérées par les contrôleurs et les échanges qu'ils ont eus avec les équipes soignantes et éducatives, avec le directeur de cabinet du préfet et avec les magistrats (juge des enfants, JLD, magistrats du parquet) ont conduit aux constats et hypothèses énoncés ci-dessous.

B – Des certificats médicaux porteurs de contradictions intrinsèques et peu diserts sur le cadre de soins

Au-delà de la 72^{ème} heure, les certificats médicaux ont mis en évidence une évolution favorable (absence de signes de dissociation psychotique, atténuation nette des hallucinations, coopération du patient). Après un mois d'hospitalisation, les hallucinations ne sont plus évoquées, la notion de dépression apparaît. Le caractère inadapté de la structure est à chaque fois souligné, sans être jamais décrit. Rien n'est dit en effet sur les conditions de l'hospitalisation : l'enfermement, l'insuffisance d'activités, l'absence de contact avec des enfants, l'absence de scolarité... Les contrôleurs, lors de leur rencontre avec les décideurs, constateront que ces conditions précises étaient ignorées d'eux.

Par ailleurs, en dépit de l'absence de trouble mental caractérisé au-delà des premiers jours et du caractère délétère de l'hospitalisation, malgré un patient décrit comme compliant, les certificats ont invariablement conclu à la nécessité de soins sous contrainte en hospitalisation complète. Cette conclusion apparaît d'autant plus surprenante que dans le même temps, un établissement éducatif d'accueil était recherché par l'ASE, en accord avec l'équipe soignante.

Cette contradiction intrinsèque n'est pas rare (chez les mineurs comme chez les majeurs) : tout se passe comme si, face à un besoin de soins, les médecins hésitaient à remettre en cause le cadre dans lequel ils sont prodigués.

C – Des arrêtés succinctement motivés

Le représentant de l'Etat a repris les termes des certificats médicaux, jusque dans leurs contradictions, mais s'est fondé sur leur seule conclusion pour ordonner le maintien en soins contraints. Il n'a tiré aucune conclusion du caractère inadapté de la structure et des risques corrélatifs pour la santé de l'enfant. On note qu'à aucun moment – même dans le ou les premiers arrêtés – ne sont évoquées les circonstances ayant conduit au constat de l'existence d'un trouble mental.

D – Une notification de pure forme

Les arrêtés adressés à Corentin ont été portés à la connaissance de la mère, en tant que représentante légale, par l'hôpital. Aucune conclusion n'a été tirée de son désintérêt patent pour son fils. Par une signature sous une formule parfaitement incompréhensible¹³⁰, elle a attesté avoir pris connaissance des droits attachés à l'hospitalisation sous contrainte. Corentin a été plus ou moins informé de sa situation et de ses droits par des soignants qui eux-mêmes ne les connaissaient que très approximativement. Le document descriptif de ses droits a été placé dans son dossier. A aucun moment Corentin n'a été mis à même de réellement exercer les droits attachés à son statut ni de voir ses droits exercés en son nom par un adulte susceptible d'agir dans son intérêt.

E – L'intervention du JLD, une première audience qui n'a pas préservé les droits du mineur

L'audience s'est tenue au tribunal de grande instance¹³¹. Corentin y a été conduit par des soignants.

La mère avait été convoquée en tant que représentante légale, sans pour autant avoir été informée qu'elle pouvait choisir un avocat pour son fils et consulter la procédure. Alors qu'une précédente décision du juge des enfants avait supprimé toute possibilité de rencontre en raison du caractère nocif de la relation, la mère et l'enfant se sont retrouvés dans la salle d'attente. Ils ont été reçus ensemble par un avocat désigné d'office qui ignorait manifestement l'existence d'un dossier d'assistance éducative.

Le dossier d'assistance éducative était, officiellement du moins, inconnu du JLD. Le service de l'aide sociale à l'enfance n'avait pas été convoqué ni invité à communiquer des éléments d'ordre social ou familial, ni à préciser les projets formés pour l'enfant.

Face à un avis médical concluant au maintien des soins en hospitalisation complète, le JLD a statué en ce sens.

La décision a été notifiée à la mère. Elle n'a pas fait appel.

Les apparences étaient sauves mais recouvraient une triste réalité : dans la procédure judiciaire comme dans la procédure administrative, l'enfant n'a pas bénéficié de la présence d'un adulte susceptible d'agir en son nom pour la défense de ses intérêts. Les dispositions n'ont pas été prises, permettant à l'enfant de s'exprimer librement et à l'avocat de porter la parole de l'enfant. Les éléments n'ont pas été transmis au juge, de manière à lui permettre de se prononcer en parfaite connaissance de cause.

F – Des approximations qui interrogent

Comme il a été maintes fois observé, les soignants et les travailleurs sociaux n'ont pas toujours une connaissance précise des éléments d'histoire et de personnalité des personnes suivies. Dans ce cas précis, aucun des interlocuteurs rencontrés n'a été en mesure d'indiquer avec certitude l'état civil de Corentin. Le mari de la mère était tantôt désigné comme père et tantôt comme beau-père dans les rapports sociaux et jusque dans les décisions de justice. En réalité, l'acte de naissance de Corentin faisait pourtant clairement état d'une reconnaissance par l'amant de la mère.

Plus étonnant, les contrôleurs ont constaté que certains décideurs ne semblaient pas avoir une connaissance très précise des circonstances ayant conduit au constat d'un trouble mental. Plusieurs ont évoqué les faits de viols comme avérés alors que la procédure ouverte de ce chef s'est conclue par un classement sans suite (pour absence d'infraction). Ces constats interrogent sur les éléments qui fondent une décision administrative ou judiciaire dont on attend objectivité, précision et rigueur. Ils interrogent aussi la distance de la part du décideur : des faits de nature sexuelle, commis par ou sur un enfant, sollicitent d'autant plus les représentations que la connaissance ne vient pas se fonder sur un écrit précis.

G – Des difficultés de dialogue

Dans cette procédure, les intervenants ont agi selon des logiques parallèles, conduisant à des décisions « en méconnaissance de cause » :

- l'expert qui a examiné Corentin pendant la garde à vue a contacté la mère en vue d'une admission en soins libres alors même qu'elle était mise en cause pour maltraitance et que sa capacité d'agir dans l'intérêt de son fils était sérieusement contestée par le juge des enfants ;
- face au refus opposé par l'unité de pédopsychiatrie qu'il a contactée, l'expert a orienté la procédure vers des soins contraints ;
- le parquet, informé de cette orientation, a levé la mesure de garde à vue sans consulter le juge des enfants déjà saisi alors que ce magistrat était à même de contacter des unités pour adolescents en leur fournissant des éléments d'appréciation plus larges, ne focalisant pas sur « les passages à l'acte » ; le cas échéant, il aurait pu confier l'enfant dans un lieu de vie protégé en attendant qu'une place se libère dans un service

¹³⁰ Le signataire atteste avoir pris connaissance de l'arrêté et « des droits prévus au livre I du code de la santé publique, Titre 1er : modalités de soins psychiatriques. Chapitre 1er : droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ».

¹³¹ Selon une étude conduite par la Direction des Services Judiciaires en janvier 2017, 15 % des juridictions concernées tiennent audience au TGI. En l'espèce, ce déplacement ne semble pas avoir été mal vécu par un enfant en mal de sortie et par ailleurs habitué du tribunal pour enfants.

hospitalier adéquat ; en tout état de cause, son intervention, comme indiqué plus haut, s'effectue dans des conditions plus respectueuses des droits du mineur et de ses représentants légaux (audition, information sur les droits...)

- une fois prononcée l'ASDRE, le juge des enfants et le JLD se sont échangés des informations lacunaires et tardives ; il aurait été souhaitable que le JLD, avant la première audience, dispose d'informations issues du dossier d'assistance éducative et soit officiellement informé des projets élaborés par l'ASE sous le contrôle du juge des enfants ;
- les médecins et les travailleurs sociaux chargés du suivi de Corentin ont regretté de ne pas disposer d'un minimum d'éléments sur les faits à l'origine des procédures pénales et sur les motifs du classement ; pour autant, ils n'ont pas sollicité le juge des enfants ; celui-ci, qui avait été rendu destinataire des procédures par le parquet, n'a pas davantage songé à les informer des éléments qui pouvaient être utiles dans le cadre de leurs missions respectives.

Indépendamment d'une charge de travail qui ne laisse pas beaucoup de temps pour l'organisation de rencontres, il a pu être remarqué que les diverses institutions nourrissaient de nombreux préjugés les unes à l'égard des autres. L'indépendance, la nécessité de respecter les fonctions respectives, ont été avancées comme autant de motifs empêchant les interlocuteurs de se réunir pour partager leurs analyses. C'est finalement la commission des cas complexes¹³² qui a été saisie. Au jour de la venue des contrôleurs – cinq mois après sa saisine – elle ne s'était toujours pas réunie. On ajoutera qu'aucune des autres instances susceptibles de contribuer à la réflexion n'avait été sollicitée (commission départementale des soins psychiatriques notamment).

Certains intervenants ont été tentés par des « solutions » qui, faute de régler le problème, en confiait le soin à d'autres : le placement en centre éducatif fermé¹³³ a été envisagé. Il y a heureusement été renoncé : le juge des enfants savait d'expérience que l'orientation vers la protection judiciaire de la jeunesse excluait – de fait – cet enfant des services de la protection de l'enfance. A quatorze ans, Corentin devait être traité comme un enfant en danger nécessitant des soins ; ce qui ne l'empêchera pas de répondre pénalement de ses actes selon une procédure appropriée. Cette pluridisciplinarité n'est pas allée de soi.

En revanche, derrière la volonté affichée de contribuer au repérage et à l'inclusion des élèves atteints de maladie chronique ou en situation de handicap¹³⁴, malgré la publication d'un guide intitulé « une école bienveillante face aux situations de mal-être des élèves », l'éducation nationale a exclu cet élève soumis à l'obligation scolaire. Proposer un enseignement à distance à un enfant de cet âge, en proie à de telles difficultés et dépourvu de soutien ne peut en effet être considéré comme une alternative sérieuse.

Pendant ce temps, l'agence régionale de santé attendait que l'enfant atteigne « quinze ans et trois mois », âge à partir duquel sa présence au milieu d'adultes atteints de troubles psychiatriques graves aurait été considérée comme « légale » à défaut d'être légitime.

H – La force de l'habitude et la rigidité des systèmes

Corentin a été victime d'un secteur défavorisé qui ne dispose pas de lit de pédopsychiatrie en hospitalisation complète et ne lui a pas offert, quand il en avait besoin, la possibilité d'un suivi en CMP.

Le département dans lequel il est domicilié dispose pourtant de près de quarante lits pour adolescents, certes pour une population importante. Les dispositifs qui pourraient avoir une vocation régionale (rattachés au CHU notamment) continuent à privilégier les habitants du secteur de proximité ou à choisir leurs patients. En tout état de cause, le refus opposé par l'unité de pédopsychiatrie sollicitée n'a pas été interrogé par l'Agence régionale de santé ; il a persisté durant toute la durée de l'hospitalisation. Il ne semble pas que des demandes aient été adressées à des unités de pédopsychiatries situées en dehors du département.

L'aide sociale à l'enfance a pareillement sollicité divers établissements de son département ; elle s'est heurtée à la faiblesse du dispositif susceptible de répondre aux besoins d'un enfant présentant des troubles multiples. **C'est ainsi que, faute d'établissement d'accueil adapté, les psychiatres ont conclu au maintien en hospitalisation complète.**

Qu'il s'agisse des médecins du centre hospitalier d'accueil, des éducateurs de l'aide sociale à l'enfance ou des magistrats, chacun a « fait avec » les dispositifs limités de son secteur ou de son ressort. En l'occurrence, il s'est agi de « faire sans ».

Ce cas a été choisi en ce qu'il illustre un bon nombre des difficultés évoquées au long de ce rapport. Il n'est pas isolé. Les contrôleurs ont aussi rencontré des enfants plus jeunes, hospitalisés depuis plus longtemps encore en service pour adultes. C'est maintenant la question de la prise en charge en service spécialisé pour mineurs qu'il convient d'évoquer.

¹³² Commission ayant pour objet d'analyser la situation des mineurs se situant au carrefour d'interventions multiples (social, sanitaire, judiciaire...). Elle se réunit sous l'égide du président du conseil départemental et rassemble les divers intervenants.

¹³³ Les centres éducatifs fermés sont contrôlés par le CGLPL. Ces établissements sont très mal armés pour prendre en charge les problématiques d'ordre sexuel et tout aussi mal armés pour recevoir des enfants nécessitant des soins psychiatriques intensifs.

¹³⁴ Loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République.

Une prise en charge globalement respectueuse des droits des mineurs et de leurs parents malgré des insuffisances à l'égard de certaines catégories de patients

Les mineurs dont il est question ici sont très majoritairement hospitalisés à la demande de leurs représentants légaux. La prise en charge de ceux qui sont admis en soins contraints n'est pas fondamentalement différente.

À l'issue de la visite de pré admission ou d'une période d'observation, un projet de soins individualisé, parfois nommé « contrat de soins », est généralement proposé au patient ; il inclut notamment la gestion des relations avec la famille et les modalités de soins, *lato sensu* (traitement médicamenteux, entretiens médicaux, activités thérapeutiques).

L'invitation à signer ce « contrat de soins », lorsqu'elle est faite, signifie que la famille et le patient ont été informés du projet et en ont accepté les termes ; il est donc essentiel que cette signature soit donnée en toute connaissance de cause, c'est pourquoi sera abordée dans un premier temps la question de l'information. Dans un second temps, il sera rendu compte des aspects concrets de la prise en charge au regard des droits fondamentaux des enfants et de leurs parents.

Section 1

Le droit à l'information

I – Un cadre légal qui ignore les spécificités de la psychiatrie

Le devoir d'information pèse sur les professionnels de santé ; il est défini par les articles L. 1111-2¹³⁵ et L.1111-4 du CSP¹³⁶ : il appartient au patient de prendre « avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ».

L'information est destinée en premier lieu aux titulaires de l'autorité parentale mais s'adresse aussi au mineur (et au majeur sous tutelle) et doit lui être délivrée de manière adaptée, selon sa maturité. Elle doit notamment porter sur les différentes investigations, les traitements, leur utilité, leurs conséquences, les risques normalement prévisibles ainsi que sur les autres solutions possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus. La loi prévoit qu'en cas de litige, la preuve de la délivrance de l'information incombe au professionnel ou à l'établissement et peut se faire par tout moyen.

La Haute autorité de santé (HAS) a publié, en mai 2012, des recommandations pratiques à ce sujet, couvrant l'ensemble du champ médical. La HAS évoque « le tact, le temps et la disponibilité » que requiert la délivrance de l'information, qui doit être donnée oralement et dans un environnement adapté. Elle précise qu'il est souvent nécessaire de délivrer l'information de façon progressive. Elle indique qu'un écrit « synthétique, clair et court » peut être remis au patient, « sur un support adapté à ses difficultés ». Elle préconise d'évoquer avec le patient les caractéristiques de la maladie, son évolution éventuelle avec et sans traitement ; elle insiste sur l'importance de présenter à la personne les différents choix possibles, pour qu'elle perçoive les enjeux de sa décision. La haute autorité invite le médecin à indiquer, en la justifiant, la proposition qui a sa préférence, et à ne pas hésiter à proposer au patient de recourir à un second avis. Elle indique l'intérêt de consigner dans le dossier du patient l'essentiel des informations transmises, la date et la personne les ayant délivrées, les difficultés rencontrées, la traçabilité étant destinée à la fois à garantir la cohérence des informations transmises par les divers professionnels et à servir de preuve en cas de litige.

Dans ses recommandations, la HAS consacre un chapitre spécifique aux mineurs ; elle rappelle que ce dernier doit être personnellement destinataire d'une information adaptée à son degré de maturité afin de « l'associer à la prise de décision, sachant qu'elle revient aux titulaires de l'autorité parentale »¹³⁷. Elle évoque l'intérêt d'avoir un entretien singulier avec le mineur, la nécessité de délivrer les informations aux deux titulaires de l'autorité parentale, et la prudence dont il convient de faire preuve à l'égard des personnes qui, conjoint de l'un des parents ou

¹³⁵ Article L.1111-2 du CSP.

¹³⁶ Article L.1111-4 du CSP.

¹³⁷ La haute autorité ne distingue pas les notions de titulaires de l'autorité parentale et titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, ce qui est regrettable.

tiers accompagnant le mineur, ne disposent pas de l'autorité parentale.

Rien n'est dit, spécifiquement, sur la délivrance de l'information aux patients de psychiatrie, majeurs ou mineurs. C'est pourquoi le CGLPL tente de proposer, ci-après, une approche.

II – Les spécificités de l'information concernant le mineur hospitalisé en psychiatrie

L'information destinée aux parents doit leur permettre de prendre, en toute connaissance de cause, les décisions qui leur semblent les plus conformes à **l'intérêt de leur enfant**. S'agissant d'un trouble mental dont l'évolution s'effectue dans la durée, il ne s'agit pas d'une décision unique – hospitaliser ou non l'enfant – mais de décisions successives par lesquelles les parents renouvellent ou non leur confiance à une équipe, parce qu'ils comprennent et acceptent le sens de son intervention, qu'ils ont connaissance des soins dispensés, qu'ils en admettent l'intérêt sans en ignorer les limites et les risques, qu'ils savent de quoi est fait le quotidien de leur enfant à l'hôpital.

L'information délivrée aux parents doit aussi leur permettre, à l'issue de l'hospitalisation, de faire face au mieux aux intérêts de l'ensemble de la famille : il s'agit de les aider à anticiper les nouvelles crises, à y répondre au mieux, éventuellement en ré-hospitalisant leur enfant.

L'information en direction de l'enfant est destinée à « l'associer aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité ». La recherche de l'adhésion apparaît comme l'objectif minimal qui vaut quel que soit l'âge du mineur. Avec les enfants les plus âgés ou les plus matures, il convient d'aller au-delà et de délivrer l'ensemble des informations permettant d'émettre un avis éclairé sur le principe de l'hospitalisation et de la détermination du traitement. Pour émettre un avis éclairé, il ne faut pas seulement comprendre les raisons du choix opéré par les parents et le médecin, il faut disposer de toutes les informations permettant de critiquer ce choix. Il est essentiel d'adapter le contenu et les modalités de délivrance de l'information : le choix des termes et du support (oral, écrit, dessin, vidéo), son dévoilement progressif ou sa répétition, le choix attentif du professionnel le mieux à même de la fournir, le tête-à-tête ou la présence du parent le plus aidant... Les contrôleurs ont constaté que, prises dans un quotidien difficile, les équipes abordaient peu ces questions.

S'agissant du contenu de l'information, la loi¹³⁸ vise essentiellement l'état de santé de la personne – c'est-à-dire sa maladie, ses caractéristiques, son évolution probable – et les traitements – les différentes modalités possibles, les bénéfiques et les risques de chacun, les conséquences prévisibles en cas d'absence de traitement. La HAS ne dit pas autre chose.

Il semble cependant nécessaire de s'interroger sur l'étendue de l'information :

- la notion de soins, en psychiatrie, est plus large qu'en matière somatique et, à certains égards, beaucoup plus floue ; elle ne s'entend pas d'une intervention circonscrite dans le temps et ne se réduit pas à l'administration d'un médicament ou à l'accomplissement d'un geste technique. Lorsque la question est posée aux professionnels de santé de savoir ce qui constitue le soin, les réponses font d'ailleurs intervenir plusieurs éléments : le cadre de soins, les entretiens médicaux et infirmiers, les activités thérapeutiques et les traitements médicamenteux ; il serait donc logique que l'information couvre ces diverses composantes du soin ;
- les parents, lorsqu'ils confient leur enfant mineur à l'hôpital, ne délèguent pas leurs droits d'autorité parentale ; ils confient pourtant leur enfant à une équipe qui le prend en charge durablement et bien au-delà des seuls « soins » strictement attachés à la maladie ; dans la mesure où leur enfant vit à l'hôpital, les parents devraient pouvoir disposer d'un droit de regard sur les conditions de vie quotidienne de leur enfant et bénéficier à ce sujet des informations les plus larges ;
- l'hospitalisation est une parenthèse dans la vie de l'enfant ; il retournera chez ses parents, qui devront apprendre à gérer la maladie et ses conséquences sur la famille ; il est donc utile de leur délivrer également des informations en ce sens.

En pratique, hors les cas d'urgence, les premières informations sont généralement délivrées à l'occasion d'une **visite de pré admission** ; parents et enfant sont reçus par le médecin, accompagné d'un infirmier. Il est difficile aux contrôleurs d'apprécier l'étendue des informations délivrées à cette occasion en interrogeant les parents et, *a fortiori*, les mineurs ; quant aux médecins, la plupart s'abrite derrière la diversité des situations pour en rester à des considérations générales : ils informent les uns et les autres de la nature des troubles et des traitements envisageables, « au cas par cas, dans la mesure de ce qu'ils peuvent entendre et comprendre ». Le propos s'entend parfaitement mais il est regrettable que l'évidente nécessité de traiter chaque patient comme un être singulier soit mise en avant pour éviter une approche plus explicite et un énoncé plus élaboré des principes qui guident la pratique médicale en la matière.

La visite de pré admission se concrétise souvent par une visite du pavillon et un exposé des règles de vie. Dans les hôpitaux des petites villes où tout le monde se connaît, les équipes font souvent en sorte que le postulant qui finalement ne viendra peut-être pas ne croise pas des jeunes de son lycée ou de son quartier.

En principe, un document – livret d'accueil, règlement de fonctionnement – est remis aux parents et à l'enfant ;

¹³⁸ Art L.1111-4 du CSP déjà cité.

il aborde de manière plus ou moins précise les grandes règles régissant le séjour : organisation de la vie quotidienne (lever, repas, temps de repos, coucher, hygiène, vêtements...), réglementation des visites, liste des objets et activités interdits ou réglementés (objets dangereux ou dont la détention est illégale, téléphone, tabac, sexualité...), activités proposées (scolarité, activités thérapeutiques, accès à la télévision...), entretiens médicaux et traitements.

Trop rares sont les documents informatifs qui situent l'unité d'accueil dans l'ensemble de l'offre de soins et informent sur les lieux d'écoute susceptibles d'être utiles aux familles pendant et hors les périodes d'hospitalisation.

Beaucoup d'unités s'appliquent à rendre les livrets d'accueil attractifs et pédagogiques dans leur présentation ; il n'est cependant pas rare que le document ne soit pas à jour. Ces documents informatifs ne distinguent généralement pas entre parents et enfants, ni ne sont adaptés selon l'âge et les difficultés de ces derniers. Ainsi, pouvait-t-on lire, dans un document destiné à de jeunes enfants (moins de douze ans) souffrant de troubles cognitifs et psychiatriques associés : « le projet de soins se définit comme l'ensemble des propositions faites pour vous accompagner au mieux et qui sont organisées autour de médiations thérapeutiques ; celles-ci tiennent compte de votre situation clinique et de vos besoins particuliers ». Il n'est pas sûr que les enfants aient bien compris, à supposer qu'ils aient su lire.

De rares équipes ont mis en place des « guidances parentales », confiées à un soignant formé ou à un psychologue ; quelques-unes organisent régulièrement des réunions de parents ou des réunions parents-soignants permettant à la fois d'interroger les équipes sur leur fonctionnement, de verbaliser les angoisses et de trouver les uns auprès des autres des ressources pour la vie quotidienne. Peu prennent soin d'orienter les parents vers des organismes extérieurs susceptibles de les aider : en pratique, ce type d'information repose simplement sur quelques affiches mentionnant les coordonnées des associations d'usagers.

Ces associations, que les contrôleurs contactent lors de leurs visites, se disent peu sollicitées par les parents d'enfants hospitalisés ; elles avancent, de la part des parents, une distance née de la crainte ou du refus d'entrer dans un processus qui signerait le caractère chronique de la maladie de leur enfant. Leur demande vise à trouver un appui pour eux-mêmes et pour leur famille, qu'ils disent n'avoir pas trouvé au sein de l'unité de soins ; s'y ajoute parfois le sentiment d'avoir été rendus responsables des troubles de leur enfant.

RECOMMANDATION

Une information doit être délivrée aux représentants légaux ainsi qu'au mineur, selon ses facultés de compréhension et sa maturité.

L'information doit porter sur la maladie – son origine, ses manifestations, son évolution probable – sur les divers traitements médicamenteux envisageables – les bénéfiques et inconvénients de chacun, le risque en cas d'interruption ou d'absence de traitement – sur l'ensemble des composantes du soin – entretiens médicaux et soignants, activités thérapeutiques – sur le fonctionnement de l'unité et les règles de vie quotidienne, sur l'existence d'une chambre d'isolement et son utilisation, sur les possibilités de soutien à l'ensemble de la famille pendant et à l'issue de l'hospitalisation.

Les supports et les modalités de délivrance de l'information doivent être adaptés à l'âge, aux capacités, à l'état de leurs destinataires.

Section 2

Les divers aspects de la prise en charge

En pédopsychiatrie, la conception du soin telle qu'elle a été exposée aux contrôleurs apparaît très soucieuse de ménager l'avenir du patient : les médecins s'interdisent de poser un diagnostic définitif, les soignants s'appliquent à ne pas réduire la personne à son symptôme, nul ne veut considérer la maladie comme inéluctable. Les équipes font généralement preuve de dynamisme et de volontarisme. Le soin laisse une large place à la parole et aux activités partagées. L'atmosphère, dans ces services, est généralement empreinte de vitalité et de bienveillance.

Le cadre de soins, qui est aussi un cadre de vie, est considéré par les équipes comme un élément essentiel du soin ; celles-ci évoquent généralement la nécessité d'un cadre « sécurisant », « structurant », « bienveillant ». Ces notions font référence à la compétence et la disponibilité des professionnels, à la qualité de l'environnement, à l'existence d'un rythme et de règles de vie adaptés à la santé physique et mentale de mineurs : horaires de lever, de coucher, de repas, participation à des activités collectives organisées, souvent qualifiées de « thérapeutiques » parce qu'elles se déroulent sous le regard des soignants et sont en principe support d'observation et d'analyse.

Un même vocabulaire recouvre néanmoins des réalités très variables, y compris pour des patients d'âges et pathologies comparables : ici le pavillon est fermé, là il est ouvert ; ici le mineur a un accès permanent à sa chambre, là il doit demander pour accéder à ses effets personnels ; ici la scolarité est considérée comme un élément essentiel du soin, là elle est quasiment absente ; ici ou là, malgré la volonté d'afficher de multiples activités, le réel est morose ; ici et là, il arrive que des enfants soient placés durablement en chambre d'isolement. **Partout, la place des parents apparaît étroitement dépendante de la conception du soin portée par le médecin responsable de l'unité.**

I – Le droit à un environnement respectueux de la dignité et de la sécurité des patients

A – Unités ouvertes ou fermées

La majorité des unités accueillant des mineurs et visitées par les contrôleurs étaient fermées.

En pratique, la minorité est souvent avancée par les responsables d'équipes comme un élément emportant, *ipso facto*, une responsabilité essentiellement conçue comme un « devoir de garde ». Seules sont alors permises les sorties accompagnées, sous réserve de l'accord des titulaires de l'autorité parentale.

La fermeture des pavillons est aussi justifiée par une volonté de protection : il s'agit de protéger les mineurs contre eux-mêmes (risque de suicide et de fugue) et d'éviter le contact avec des adultes potentiellement prédateurs (racket, trafics, agressions de toute nature). Cette conception répond aux attentes d'une majorité de parents : la porte étant fermée, le risque serait moindre ; elle répond aussi aux attentes de l'administration : les précautions ont été prises, de nature à réduire le risque d'une action en responsabilité.

Il est toutefois permis de s'interroger sur le caractère légitime (qui suppose nécessité et proportionnalité) de cette atteinte au droit fondamental d'aller et venir dès lors que, comme les contrôleurs ont pu le constater, certaines unités, y compris chez les mineurs, offrent un espace particulièrement restreint, sans locaux collectifs et sans accès à l'air libre, contraignant les jeunes patients dans une atmosphère oppressante.

Une autre conception du soin prévaut dans de plus rares unités où les soignants estiment devoir miser sur la confiance et la responsabilisation des mineurs. La porte en est généralement ouverte mais peut être ponctuellement fermée, sur décision médicale, pour répondre à une situation particulière. Les jeunes patients peuvent librement accéder aux abords des bâtiments ou au parc de l'établissement. Un éloignement temporaire ne donne pas lieu immédiatement à déclaration de fugue ; la situation est d'abord analysée et la réponse est individualisée (dépendant de la personnalité du jeune, de son état, de son adhésion aux soins). Le succès de cette conception du soin repose sur le professionnalisme de l'équipe, son autorité, sa capacité à apprécier les risques, la qualité du lien noué avec les jeunes patients.

Il ne semble pas que ce type de fonctionnement donne lieu à davantage de fugues ou d'accidents ; les contrôleurs ont au contraire observé que l'ambiance y était plus sereine ; ils ont aussi observé que seul l'engagement d'un médecin et sa présence aux côtés d'une équipe formée et soudée était à même d'assurer un fonctionnement plus ouvert ou plus innovant ; ils ont à l'inverse observé que les équipes abandonnées à elles-mêmes s'enkystaient plus volontiers dans des fonctionnements stéréotypés et contraignants pour les patients.

B – Conception et aménagement des locaux

Le contrôle général des lieux de privation de liberté s'est déjà exprimé sur l'architecture des lieux de privation de liberté et leur incidence sur la prise en charge¹³⁹. Il faut dire ici qu'une proportion importante des pavillons de pédopsychiatrie visités témoigne d'un réel effort tant au plan architectural que décoratif, pour en faire un lieu agréable. Les salles collectives sont aménagées avec soin ; elles sont souvent équipées de fauteuils confortables ; il est possible d'y écouter de la musique ou d'y regarder la télévision ; certaines disposent d'un baby-foot. Les chambres sont la plupart du temps individuelles ; le mobilier – lit, table de chevet, armoire, bureau – comporte souvent des éléments en bois ; la literie est colorée et parfois assortie au papier peint ; un panneau mural permet une relative personnalisation. L'enfant est souvent autorisé à apporter quelques objets personnels, parfois même sa couette. Un certain nombre de pavillons dispose d'une cour, parfois arborée, où les patients prennent leur repas en été. Les salons de visite sont généralement situés à l'écart des lieux de vie, ménageant autant que faire se peut la confidentialité des échanges et la confidentialité de la présence des autres patients.

Les unités installées dans des locaux anciens en présentent les avantages et les inconvénients : un caractère chaleureux mais pas de chambre individuelle ; l'obligation de passer par une chambre pour accéder à une autre ; l'absence de sanitaires individuels complets et adaptés permettant une toilette respectueuse de l'intimité ; une organisation générale de l'espace peu fonctionnelle, pour les soignants comme pour les patients. Selon le dynamisme des équipes et les moyens alloués à la maintenance, les locaux anciens dégagent une certaine chaleur ou, au contraire, une atmosphère de grande tristesse. Ainsi, l'une des unités du Sud-ouest de la France, de construction ancienne, présentait-elle un caractère anxiogène lié à ses dimensions : deux jeunes enfants étaient hospitalisés dans des locaux dont le couloir central mesurait plusieurs dizaines de mètres de long. Le rapport de visite évoque « un mobilier d'un autre temps », qui plus est dégradé. Les contrôleurs avaient relevé le caractère « sinistre » du lieu, par opposition aux locaux flambants neufs de l'hôpital général auquel il était rattaché.

Certaines unités offrent, à l'inverse, une surface particulièrement restreinte, sans espace commun ni accès à l'air libre ; les contrôleurs ont pu y rencontrer des mineurs disant souffrir d'une sensation de confinement ; ils ont aussi observé que ce type de locaux était au cœur d'incidents fréquents : dégradations, violence. Pour peu que l'équipe, elle aussi confrontée à l'enfermement, éprouve des difficultés dans l'exercice de son art, on observe un recours augmenté aux médicaments et au placement en chambre d'isolement, en réponse à l'angoisse ou/et à la

¹³⁹ Rapport d'activité pour l'année 2013, éditions Dalloz 2014 et site internet du CGLPL.

violence que génère ce type de lieu. Il est particulièrement regrettable que de tels constats aient pu être posés dans des constructions récentes, datant de 2016.

D'autres aménagements d'unités inaugurées en 2016 ont vivement interrogé les contrôleurs : dans l'une (située dans un hôpital du Sud de la France), les lits et tables de nuit qui constituaient le seul mobilier étaient scellés au sol, dans toutes les chambres, renvoyant quotidiennement à tous les enfants l'image de leur fragilité, voire de leur dangerosité.

La conception des locaux pose parfois des problèmes de surveillance et de sécurité, y compris dans des bâtiments récents : ainsi, l'accès à l'étage de certaines unités peut-il s'effectuer hors du champ de vision des soignants ; la présence de grilles ou de portes à barreaux, outre un caractère quelque peu carcéral, apparaît dangereuse. Ici, les chambres ne sont pas équipées d'un dispositif d'appel ; là, les douches sont équipées d'un flexible potentiellement dangereux. A l'opposé, dans un établissement de l'Est de la France, les contrôleurs ont constaté que le retrait des flexibles de douche, non remplacés, conduisait les adolescents à prendre leur douche en position agenouillée, à hauteur de robinet.

Certains locaux, bien que récents, posent la question du respect de l'intimité et de la dignité : la chambre ne peut être fermée de l'intérieur ; la porte de la chambre d'isolement est percée d'un hublot donnant vue sur l'ensemble de la pièce, douche et toilettes comprises. Il arrive aussi qu'un système de vidéosurveillance soit placé dans la chambre d'isolement, au nom de la sécurité du patient. Il renvoie, en permanence, dans le bureau des infirmiers des images montrant le patient sous son jour le plus misérable, délirant ou dans un état d'agitation aigu. Ce dispositif, et la distance qu'il impose avec la personne souffrante, réduit le patient à une image dégradante de lui-même. On ajoutera que sa sécurité n'est pas pour autant mieux assurée : les infirmiers sont souvent hors de leur bureau et l'existence même de la caméra les « autorise » à se rendre moins fréquemment dans la chambre.

Ni les parents ni, *a fortiori*, les enfants, n'ont de prise sur ces aspects pourtant essentiels de la prise en charge. Il a malheureusement été constaté que l'impact des équipes elles-mêmes était faible, les choix budgétaires s'imposant de plus en plus souvent comme un préalable auquel l'architecture, les aménagements, et finalement le projet de soins doivent ensuite s'adapter.

RECOMMANDATION

Une attention particulière doit être portée à la conception et à l'aménagement des unités de soins pour mineurs. Elles doivent être spacieuses et comporter un accès à l'air libre. L'équipement doit être conforme à la sécurité des patients tout en préservant leur dignité et leur intimité.

II – Le droit d'être traité dignement

Ainsi qu'il a été dit plus haut, les rapports humains dans les services de pédopsychiatrie sont empreints de respect et de bienveillance. La mise en pyjama systématique, qui se pratique dans certains services à l'arrivée du patient, est rare pour les mineurs. Elle est officiellement motivée, comme chez les adultes, par la « nécessité de symboliser le cadre thérapeutique » – et en cela elle serait un soin – à quoi s'ajoute une sorte de principe de précaution qui ne dit pas son nom : en pratique, il s'agit d'éviter les fugues. Une variante a pu être observée par les contrôleurs dans l'un des établissements visités où le port de chaussures était interdit, à tous les mineurs et pendant toute la durée du séjour.

Considérer la mise en pyjama comme un soin relève d'un abus de langage lorsque la pratique est systématique. Quel qu'en soit le motif réel, la mise en pyjama signe clairement la dissymétrie de la relation de soins : dès lors qu'il est imposé, le port du pyjama place celui qui le porte en état de dépendance et d'infériorité¹⁴⁰. Le CGLPL estime au demeurant que l'argumentation avancée – peu convaincante pour les majeurs – l'est moins encore pour de très jeunes patients souffrant de troubles sévères, chez qui l'accès à la raison et, *a fortiori*, au symbole, est entravé. Il se demande s'il ne serait pas plus « soignant » d'interroger les raisons qui poussent à la fugue plutôt que d'utiliser, pour l'empêcher, un moyen qui porte atteinte à la dignité du patient.

Les contrôleurs observent que, chez les mineurs comme chez les adultes, certaines équipes parviennent à conquérir l'adhésion du patient par des méthodes qui reposent essentiellement sur la qualité de la relation (plus égalitaire que de domination). Cette conception du soin – et des relations humaines – semble aux contrôleurs infiniment plus respectueuse de la dignité des personnes. Elle est répandue dans les unités recevant des mineurs.

RECOMMANDATION

La mise en pyjama et l'interdiction du port de chaussures doivent demeurer exceptionnelles et répondre à des motifs précis et individuels, portés à la connaissance des représentants légaux.

¹⁴⁰ Sur les relations patient-médecin, voir « Mes mille et une nuits » du philosophe Ruwen OGIEN. Albin Michel. 2016.

III – Le droit à la vie privée et la place des parents

A – La place des parents

La distance avec les parents, dans les problématiques adolescentes, revêt une importance particulière. Les projets de service affirment généralement le souci de respecter la place des parents mais ne définissent pas précisément l'étendue de leurs droits ni leur place dans la prise en charge, encore moins la manière dont il conviendrait de les soutenir. Ainsi qu'il a pu être rapporté plus haut à propos des enfants admis en soins contraints, une confusion s'opère parfois entre la possibilité, voire la nécessité, de prendre en compte les parents pour les besoins du soin à l'enfant et leurs droits en termes d'autorité parentale.

La place des parents est généralement affirmée par les équipes en tant qu'élément nécessaire à la compréhension des difficultés de l'enfant (compréhension de son histoire, élaboration du diagnostic, construction d'un projet de sortie). Qu'ils soient bienveillants ou « toxiques », aimants ou rejetants, maltraitants parfois, ces équipes disent la nécessité de « faire avec ces parents-là ». Ils sont donc reçus, qu'ils disposent ou non de l'exercice de la totalité des droits d'autorité parentale, que l'enfant soit ou non confié hors du domicile. Cette conception du soin se traduit généralement par des rencontres fréquentes avec le médecin, de l'ordre d'une fois par semaine dans certaines unités ; elle implique des contacts physiques et téléphoniques réguliers avec les soignants. Ces pratiques sont respectueuses de la place des parents.

Il en va différemment dans d'autres unités : le médecin indique rencontrer les parents une fois pendant le séjour (pour les séjours d'une durée moyenne de trois à quatre semaines) ce qui, de fait, les tient à distance. Dans l'intervalle, ces familles voient les soignants à l'occasion de visites à leur enfant ou au retour de week-end ; ces rencontres sont souvent rapides et informelles et ne couvrent pas tout le champ du soin.

RECOMMANDATION

Hormis dans l'hypothèse où une décision judiciaire a privé les parents de tout ou partie de l'exercice de leurs droits d'autorité parentale, ceux-ci doivent être informés, consultés et associés à la prise en charge. Il convient également de leur apporter un soutien pour eux-mêmes et leur famille ou de les orienter vers un tel soutien.

B – Les visites

La circulaire du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants préconise un régime de visite souple, avec large accès aux parents, frères et sœurs, amis, sans limitation d'âge, pourvu qu'ils interviennent en nombre et dans des horaires raisonnables. La seule limite indiquée tient à la nécessité de ne pas contrarier l'action médicale ni troubler le repos des autres malades. Cette limite, initialement conçue pour un univers somatique, prend un tour particulier en psychiatrie. En contradiction totale avec cette circulaire en effet, le règlement intérieur de la plupart des unités contrôlées prévoit une suspension de tous liens avec l'extérieur, parents compris, pour une durée variant généralement de deux jours à une semaine. On note que, partout, il est précisé que, durant ce délai, l'équipe est disponible, par téléphone, pour répondre aux questions des parents et leur donner des nouvelles de leur enfant.

La suspension de contacts obéit généralement à un double motif : elle constitue un temps d'observation privilégié, hors influence de l'environnement habituel ; elle renseigne sur la relation parents-enfant (indifférence, manque, soulagement...). Les contrôleurs ont pu observer qu'au terme de cette suspension, rarement supérieure à une semaine, les contacts étaient établis avec les parents selon un calendrier évolutif, fondé sur l'état de l'enfant et la qualité de la relation aux parents. Dans la majorité des unités visitées, les visites des parents étaient alors possibles, dans une pièce destinée à cet usage et souvent placée à distance des chambres et lieux de vie collectifs, afin de protéger la confidentialité des autres patients. Dans la majorité des cas, les fratries ne sont pas admises, sans que les motifs de ce refus de principe ne soient clairement exprimés.

En pratique, les équipes œuvrent très vite à la mise en place de retours de l'enfant en week-end à domicile ; il est généralement insisté sur la possibilité, pour l'enfant et les parents, de contacter l'équipe à tout moment du week-end, voire d'organiser un retour plus tôt que prévu.

Les contrôleurs ont pu entendre, de la part des adolescents eux-mêmes, des témoignages montrant que cette mise à distance leur était salutaire. Ils ont aussi constaté qu'une adaptation était possible et qu'une visite était mise en place avant l'expiration du délai prévu lorsqu'un enfant supportait mal la séparation.

A l'inverse, les contrôleurs ont observé que le fonctionnement de certaines unités accueillant de jeunes enfants conduisait à des sorties systématiques le week-end ; ils se sont interrogés sur le bien-fondé de cette pratique, s'agissant de jeunes enfants (moins de douze ans) souffrant de graves pathologies, parfois issus de familles elles-mêmes en grande difficulté. Faute de visite à domicile, l'enfant est remis à sa famille dans des conditions incertaines alors même que l'âge de l'enfant, sa pathologie, les difficultés des parents rendent peu probable l'hypothèse d'un appel de la part de la famille en cas de difficulté surgissant durant le week-end.

Un cas précis mérite d'être cité : celui d'un jeune enfant autiste de dix ans confié au service de l'aide sociale à l'enfance et admis dans un hôpital spécialisé de la région parisienne. Ses parents étant particulièrement défaillants,

il était accueilli chaque semaine dans une famille d'accueil distante de près de 600 km de l'hôpital, ce qui nécessitait près de cinq heures de trajet (aller) et trois moyens de transport successifs (accompagné). A cette difficulté de transport s'ajoutait une inconnue quant aux conditions d'accueil, totalement ignorées de l'équipe soignante.

Il arrive aussi que des enfants qui ne peuvent rejoindre leur domicile soient accueillis pour le week-end ou les vacances dans une unité différente de la leur, parfois dans une unité pour adolescents en crise, ce qui apparaît peu propice à leur sérénité.

RECOMMANDATION

Les restrictions de visite doivent être ordonnées par le médecin ; elles doivent être individualisées et obéir à des nécessités thérapeutiques.

Il convient de s'assurer des conditions dans lesquelles les jeunes enfants sont accueillis dans leur famille le week-end. Les établissements qui ferment en fin de semaine ou l'été devraient prévoir des solutions de remplacement conformes aux besoins des enfants.

C – Les relations téléphoniques

Les **téléphones portables** sont la plupart du temps interdits ; il s'agit de marquer la priorité donnée au soin, d'éviter des appels intempestifs et perturbateurs, de préserver le droit à l'image. L'accès au téléphone du service est permis, dans des horaires encadrés et en nombre réduit ; les appels sont généralement limités à la famille mais la souplesse est souvent de mise. Il arrive, notamment en début de séjour, que les appels soient passés en présence d'un soignant, pour contrôler les effets néfastes d'une relation potentiellement destructrice. Dès lors que les motifs de ces restrictions leur avaient été expliqués, les règles semblaient généralement comprises et acceptées des mineurs.

Certaines pratiques souffrent en revanche la critique : par exemple cette unité où les mineurs, quelle que soit leur pathologie et l'état de leurs relations à leur famille, doivent téléphoner depuis le bureau des soignants et, de fait, en présence de l'un d'eux. Des jeunes ont pu dire aux contrôleurs leur pudeur malmenée et l'impossibilité dans laquelle ils se trouvaient de dire comme ils l'auraient souhaité leur affection à leurs parents. Le fait est d'autant plus regrettable qu'un soignant a pu dire aux contrôleurs que sa présence, aux heures dites, dans le bureau infirmier, résultait simplement du travail qu'il avait à y faire, sans aucun lien avec une quelconque nécessité de surveiller les échanges téléphoniques. Ce constat en dit long sur la routine et ses effets secondaires en termes de droits fondamentaux.

RECOMMANDATION

Il ne peut être porté atteinte à la confidentialité des échanges téléphoniques que pour un motif tiré de l'état de santé du patient, lequel doit être régulièrement réévalué.

D – Le tabac

La question du tabac illustre toute l'ambiguïté du fonctionnement des unités et de la place des parents. Conformément à la loi dite loi Evin, le règlement intérieur interdit invariablement l'usage du tabac dans les locaux de l'hôpital. Certaines équipes s'en tiennent là ; d'autres, nombreuses, sollicitent les parents en vue d'une autorisation permettant à leur enfant mineur de fumer. A ce stade déjà, on imagine aisément le décalage qu'il peut y avoir entre la réalité d'un adolescent qui fume un paquet quotidien et le refus des parents d'accorder l'autorisation (parfois dicté par la conviction que leur enfant ne fume pas). En cas de refus des parents, on s'interroge sur la manière dont l'équipe devra gérer le manque, chez un adolescent en crise (on n'exclut pas qu'un soignant finisse par donner une cigarette malgré le refus parental). On s'interroge aussi sur la hiérarchisation des priorités entre l'arrêt – illusoire – du tabac et la nécessité d'apaiser une angoisse majeure (que le tabac pourrait parfois aider à juguler). Miser sur un programme d'éducation à la santé, dans un contexte de crise, semble bien idéaliste ; compromettre l'adhésion au soin, pour une cigarette, peut paraître regrettable.

Dans un établissement visité en 2016, les contrôleurs ont ainsi déploré qu'une adolescente fumeuse ait dû mettre un terme à son hospitalisation, le recours aux substituts nicotiques s'étant avéré insuffisant pour supporter le manque.

Dans une autre unité, pourtant fermée, les adolescents fumeurs étaient autorisés à sortir dans le parc, seuls, trois fois par jour. L'unité n'acceptant pas de stocker du tabac, nul n'ignorait qu'ils qu'étaient des cigarettes et ramassaient les mégots. Mal à l'aise avec l'hypocrisie du procédé, le cadre de l'unité envisageait de réfléchir à un fonctionnement plus respectueux de la dignité des patients et de leurs besoins réels. On ajoutera que, dans la lutte contre des fléaux divers, il convient de définir des priorités.

IV – Le droit, pour le mineur, de disposer d'une certaine autonomie

L'accès à la chambre, en unités pour adolescents, est largement autorisé : hors les cas d'activité obligatoire et les repas, il est généralement admis qu'un jeune éprouve le besoin de s'isoler ; seul le repli excessif conduit à une intervention en douceur destinée à ramener le jeune vers le groupe. Certaines unités estiment cependant utile de mettre en place un cadre plus strict, autorisant, et parfois imposant, l'accès aux chambres dans certaines limites horaires. On comprend que les « temps calmes » puissent concorder avec les temps des « transmissions infirmières » ; on s'interroge quand ils s'éternisent. On s'interroge aussi quand l'obligation de demeurer hors de sa chambre ne s'accompagne d'aucune offre d'activité.

L'accès aux effets personnels est généralement libre. L'interdiction d'accès pendant tout le séjour a été observée dans de rares unités ; elle est diversement justifiée : tantôt elle symboliserait la priorité donnée au soin en empêchant le sujet de se disperser à travers des préoccupations secondaires, tantôt elle protégerait contre les vols (ce qu'un cadenas ou un système de fermeture codé garantirait tout autant) ; pour d'autres soignants enfin, il s'agirait de faire en sorte que les enfants n'investissent pas exagérément un lieu qu'ils devront quitter.

La seule disparité des justifications avancées en amoindrit considérablement la portée et c'est là l'un des constats les plus frappants : les équipes, parfois, oublient le sens de la règle qu'elles ont-elles-mêmes fixée (il est arrivé qu'à certaines interrogations des contrôleurs, il soit simplement répondu : « on a toujours fait comme ça »). Les patients, eux, savent tirer parti de ces divergences et autres contradictions : une jeune fille qui se plaignait de ne pouvoir accéder à ses affaires personnelles déplorait ainsi « un manque d'autonomie », en réponse au reproche (apparemment mérité) qui lui était adressé sur ce thème.

Le droit à l'autonomie pourrait trouver à s'appliquer de nombreuses autres manières : le droit de conserver de l'argent de poche et d'en faire usage à la cafétéria de l'établissement, l'accès à internet, l'accès au dehors. La question peut s'avérer cruciale pour des jeunes qui séjournent plusieurs mois (parfois faute de possibilité d'accueil et alors même que leur état de santé s'est amélioré) ; elle est pourtant rarement résolue en leur faveur et les restrictions sont généralement de mise, pour tous.

RECOMMANDATION

Il convient de favoriser l'autonomie des patients ; les restrictions aux droits et libertés doivent être individualisées et modulées selon l'état clinique du patient, son âge, sa maturité et la durée du séjour.

V – Le droit à l'intimité

Ainsi qu'il a été dit, dans la majorité des unités visitées, les chambres ne disposent pas de système permettant de verrouiller la porte de l'intérieur (ce qui n'exclut pas la possibilité, pour les soignants, d'ouvrir depuis l'extérieur). Dans des locaux accueillant des adolescents des deux sexes, la question a son importance ; de nuit, elle peut devenir d'autant plus délicate que les chambres ne sont généralement pas pourvues d'un dispositif d'appel en état de marche, et que le personnel est en nombre réduit : généralement deux soignants dont l'un peut être occupé par un patient en difficulté ou gérer l'arrivée d'un patient en crise. La vigilance des équipes en matière de sécurité est incontestable : elles s'appliquent à empêcher toute intrusion de nuit dans une autre chambre et, plus largement, veillent sur les patients les plus vulnérables. En revanche, **la question de la sexualité**, en tant que préoccupation majeure chez les adolescents, n'est que peu abordée et le discours selon lequel les patients seraient trop envahis par d'autres difficultés pour penser à la sexualité n'est pas totalement convaincant.

En pratique, le discours des soignants prohibe toujours les relations de nature sexuelle au sein de l'établissement et souvent les manifestations de tendresse. Le règlement intérieur aide au respect de cette norme en interdisant de se rendre dans la chambre d'un autre patient. L'interdit de la sexualité est parfois formulé sans détour par une disposition expresse : « pas de contacts physiques entre patients ; les relations sexuelles, câlins et baisers sont interdits dans l'unité » ; il est parfois formulé de manière plus nuancée : « dans la mesure du possible, les relations intimes sont à différer durant les permissions ».

Les formules les plus souples visent à se conformer à la jurisprudence de la cour administrative d'appel de Bordeaux qui, dans un arrêt du 6 novembre 2012, a annulé le règlement de fonctionnement d'une unité psychiatrique interdisant aux patients les relations de nature sexuelle, au nom du respect de la vie privée. Il faut cependant préciser que la cour a censuré au nom du caractère général et absolu de l'interdit¹⁴¹ qui ne distinguait pas selon les

¹⁴¹ (...) Considérant, d'une part, qu'aux termes des stipulations de l'article 8 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales : " 1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale (...) / Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire (...) à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui " ; qu'aux termes de l'article 9 du code civil : " Chacun a droit au respect de sa vie privée " ;(...)

Considérant, toutefois, que l'interdiction en cause, qui s'impose à tous les patients de l'unité, quelle que soit la pathologie dont ils souffrent, son degré de gravité et pendant toute la durée de leur hospitalisation, présente un caractère général et absolu ; que le centre hospitalier n'invoque aucun élément précis relatif à l'état de santé des patients de cette unité et à la mise en œuvre de traitements médicaux qui justifierait une interdiction d'une

pathologies et les traitements ; il faut aussi préciser qu'il s'agissait d'une unité pour adultes. Une formulation affirmant l'interdit pourrait être recherchée pour les unités accueillant des mineurs dont certains ont moins de quinze ans.

La question de l'intimité et de la sexualité peut s'avérer délicate lorsque coexistent des jeunes – parfois victimes d'abus sexuels – au comportement hyper sexualisé et provocateur et d'autres très inhibés, ou confrontés au contraire à une sexualité envahissante. Le mélange des âges – 12/13-16/18 ans – constitue ici une difficulté. La capacité des équipes à générer un climat alliant liberté de parole, sentiment de respect et de protection est déterminante. Quoiqu'il en soit, les équipes se disent vigilantes et les transgressions seraient rares ; elles ne sont pas pour autant répertoriées et leur traitement interroge parfois : ainsi, dans l'un des établissements de la région parisienne, est-il considéré que les rapports sexuels entre adolescents – interdits par le règlement de l'unité – doivent être signalés aux parents, à la direction de l'hôpital et aux autorités judiciaires. Dans leur rapport de visite, les contrôleurs ont qualifié de déraisonnable une pratique de signalement aux autorités qui ne tiendrait compte ni de l'âge des mineurs ni des circonstances. Un manquement au règlement intérieur ne saurait en effet être traité comme une infraction ; or la loi pénale punit les agressions sexuelles¹⁴² (ce qui suppose, violence, menace, contrainte ou surprise) alors que les atteintes sexuelles¹⁴³ – commises sans violence, menace, contrainte ni surprise – ne sont pénalement répréhensibles que si elles sont le fait d'un majeur. En revanche, selon les faits, l'âge des partenaires et leur personnalité, la situation peut éventuellement s'analyser comme un danger justifiant la saisine du juge des enfants. Ces diverses procédures répondent à des situations, des conditions et des objectifs différents ; il est regrettable qu'elles soient méconnues des équipes et, souvent, des directions hospitalières qui leur préfèrent un signalement « parapluie » susceptible de stigmatiser des adolescents.

S'agissant de la place des parents au regard de ces questions, la pratique à leur égard ne peut être unique et systématique. La sexualité des mineurs de plus de quinze ans leur appartient d'abord et il est inapproprié d'aviser les parents du simple fait de la transgression d'un règlement intérieur. Si cette sexualité suscite des questions chez les soignants, autres que celle de la transgression du règlement, il leur appartient de l'évoquer avec le patient concerné plutôt que d'aviser immédiatement et systématiquement des parents dont chacun sait qu'ils ne sont pas les meilleurs interlocuteurs en ce domaine. En tous cas, il serait paradoxal que les adolescents ne trouvent pas, dans un lieu de soins, un espace de parole pour évoquer cette question en toute confidentialité.

Toute autre est la question de l'agression sexuelle. Le signalement à l'autorité judiciaire et l'information des parents sont légitimes, comme est légitime l'exclusion d'un jeune homme accusé d'agression au sein d'un établissement de la région parisienne, dès lors que les faits dénoncés sont apparus plausibles. En revanche, les conditions dans lesquelles les soins se sont poursuivis ont été dénoncées dans le rapport établi par les contrôleurs : le jeune homme venait à l'unité deux fois par mois pour y recevoir l'injection exigée par sa pathologie ; elle était faite en présence de quatre infirmiers et deux agents de sécurité. L'organisation d'un dispositif sécuritaire de cette ampleur s'expliquait d'autant plus difficilement que les trajets s'effectuaient en présence d'un seul éducateur. Les contrôleurs ont estimé que le caractère disproportionné du dispositif était de nature à maintenir, chez l'agresseur dont il ne faut pas oublier qu'il est jeune et atteint d'une pathologie mentale, une image très détériorée de lui-même ; il est aussi de nature à alimenter les fantasmes des patients de l'unité.

RECOMMANDATION

Il apparaît nécessaire que les équipes, confrontées à des adolescents d'âges différents, engagent une réflexion sur l'approche de la sexualité, la formulation de l'interdit, la prévention du passage à l'acte, la réponse à la transgression, de sorte que les uns puissent être protégés sans que les autres ne soient stigmatisés.

VI – Le droit à des soins adéquats

Le droit aux soins est, évidemment, le premier des droits d'un patient ; ces soins prennent la forme d'entretiens, de traitement et d'activités thérapeutiques.

L'entretien médical. Contrairement à ce qui a pu être observé dans certaines unités pour adultes, les adolescents, dans la plupart des unités visitées, rencontrent régulièrement leur médecin référent et le rythme est généralement soutenu : dans les unités les plus favorisées en présence médicale, l'entretien est quotidien au début de la

telle portée ; que, telle que formulée dans le règlement de fonctionnement de l'unité Verneuil, l'interdiction en cause impose à l'ensemble des patients de cette unité une sujétion excessive au regard des stipulations de l'article 8 de la convention européenne des sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et des dispositions précitées de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique ; que la décision du 27 octobre 2008 par laquelle le directeur du centre hospitalier spécialisé de Cadillac a refusé d'abroger la disposition litigieuse du règlement de fonctionnement de l'unité Verneuil est donc entachée d'illégalité".(...)

¹⁴² Article 222-22 du CP code pénal : « Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. (...). »

¹⁴³ Article 227-25 du CP : « Le fait, par un majeur, d'exercer sans violence, contrainte, menace ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de quinze ans est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. »

prise en charge ; le rythme évolue selon l'état du patient et reste fréquemment hebdomadaire ; il peut être plus rapproché si l'équipe, ou le jeune, le demande.

Plus souvent que la question du rythme des entretiens se pose celle de la qualité de l'interlocuteur : ainsi qu'il a été indiqué plus haut, celui-ci peut être un interne agissant sans réel contrôle du médecin responsable ni supervision d'aucune sorte.

Comme chez les adultes, la question du libre choix du médecin est tout à fait théorique, compte-tenu de la faiblesse des effectifs médicaux.

Comme chez les adultes, les entretiens médicaux se tiennent en présence d'un soignant, ce qui facilite la transmission des informations et permet à chaque membre de l'équipe de rappeler au jeune patient les termes de l'entretien médical, si nécessaire.

Dans les unités qui bénéficient de la présence d'un psychologue, celui-ci intervient de manière complémentaire au médecin, soit sur sa prescription, soit à la demande du patient ou de manière spontanée.

L'entretien infirmier. La place donnée à l'entretien infirmier est en revanche très différente selon les unités : ces entretiens sont rarement formalisés mais répondent plus souvent aux circonstances (un retour de week-end, une crise d'angoisse, un incident). Il a pu être observé que, plus le médecin est présent et proche de l'équipe, plus les soignants s'autorisent à effectuer un entretien approfondi. A l'inverse, les équipes les moins étayées par le médecin sont aussi les plus mal armées face au patient : dans une unité de l'Est de la France où la présence médicale était très faible, la réponse des soignants aux questions des patients était invariablement « tu verras ça avec le médecin ».

Il serait injuste de ne pas souligner que l'infirmier est aussi soignant par sa seule présence, pour peu qu'elle soit attentive et chaleureuse, ce qui est généralement le cas. La cohérence des actes et des discours est assurée par de fréquentes transmissions orales et écrites, ces dernières étant toutefois relativement sommaires.

Bien qu'il concerne la quasi-totalité des patients, **le traitement médicamenteux** n'est généralement pas considéré comme une composante indispensable du soin chez les mineurs. Dans un établissement de la région parisienne, le médecin responsable de l'unité infanto-juvénile a choisi de ne pas prescrire de traitement psychiatrique durant une période d'observation de quelques jours (hors les cas de crise aiguë). Dans plusieurs des unités visitées, un jeune au moins ne recevait pas de traitement.

Le traitement est généralement déterminé en concertation avec le jeune et ses parents qui s'en voient expliquer les bénéfices attendus ainsi que les effets secondaires. Si l'on ne peut exclure quelques prescriptions sur un mode « sachant », les médecins rencontrés ont généralement insisté sur cette « co-construction » du soin, qui témoigne d'une réelle considération pour les patients mineurs (« ils savent ce qui est bon pour eux », dira un médecin). Certains médecins recourent parfois aux prescriptions « si besoin » afin d'éviter la dispensation systématique d'anxiolytiques, le soir. La méthode serait rassurante, à tous égards, pour le jeune : il est satisfait d'éviter ce qu'il considère comme une dépendance, mais il sait pouvoir être soulagé en cas de forte angoisse. Il est indiqué que cette pratique, qui conduit le jeune à s'adresser à l'infirmier, permet d'engager un dialogue qui, souvent, suffit à calmer l'angoisse. La méthode, qui suppose une grande confiance en l'équipe, ne peut qu'être limitée dans sa durée et son étendue.

Le traitement est généralement dispensé de façon individuelle et par voie orale, en salle de soins, de sorte qu'il est possible au jeune patient de faire valoir confidentiellement des observations s'il le supporte mal. En cas de forte agitation et s'il est impossible d'agir autrement, l'injection est utilisée. Elle conduit généralement à l'appel de renforts et à un isolement ; il en sera reparlé plus loin.

Les adolescents rencontrés par les contrôleurs disent généralement avoir reçu une information sur les effets des traitements et une écoute en cas d'effets indésirables. Un adolescent de seize ans a pu dire que, face à sa difficulté de décrire au médecin certains effets secondaires du traitement que sa pudeur l'empêchait d'évoquer clairement, le médecin l'avait aidé en les formulant pour lui et lui avait d'emblée proposé un autre traitement (un peu moins efficace en ce qui concerne les symptômes de la maladie mais sans conséquences sur la libido). Cet exemple témoigne de la volonté, très souvent constatée, de prendre en compte la personne du mineur dans sa globalité, sans l'aborder prioritairement par le biais de son symptôme. Dans ce cas précis, les parents ont été informés de la modification du traitement mais non de ses causes exactes, ce qui apparaît comme un juste équilibre entre le droit à l'information des parents et le respect de la vie privée de l'adolescent. Au-delà de cet exemple, il est apparu aux contrôleurs que les équipes étaient généralement soucieuses de laisser aux enfants un espace de parole, à la fois libre et confidentielle, dont les parents sont tenus à l'écart.

Les activités sont considérées comme une composante du soin ; elles sont dites « thérapeutiques » parce qu'elles se déroulent en présence des soignants, tout comme un repas est dit « thérapeutique » dès lors qu'un soignant le partage avec les patients. S'agissant du repas, le terme « thérapeutique » semble parfois excessif, pour ne pas dire usurpé : non que le soignant soit absent mais l'intérêt de sa présence n'est pas toujours clairement établi ; au mieux la présence d'un soignant garantit-elle une observation, parfois une régulation ; au pire est-elle nocive lorsque la surveillance prend le pas sur le soin. Ainsi peut-il arriver qu'un enfant que le traitement « affame », se fasse publiquement rabrouer à table, lorsqu'il reprend du pain.

Les activités *stricto sensu* sont très variables : des traditionnels ateliers cuisine ou des activités manuelles et

artistiques aux ateliers théâtre, musique, écriture, esthétique, sport, jardinage... Les équipes soignantes sont généralement inventives et soucieuses de diversifier les outils d'observation et les supports de relation aux patients. Les activités s'adressent à de petits groupes et associent parfois des adolescents suivis en extra hospitalier, ce qui favorise la poursuite de l'activité à l'issue de l'hospitalisation et diminue l'anxiété en cas de nouvelle hospitalisation. Certaines de ces activités se déroulent hors du pavillon et constituent, pour les jeunes les plus en difficulté, le moyen de tester leur comportement à l'extérieur.

Les constats opérés mettent toutefois en évidence quelques difficultés : les contrôleurs ont souvent observé un décalage entre les activités affichées et celles qui étaient effectivement mises en place de façon régulière ; par ailleurs, l'insuffisance de formation des équipes et l'absence d'éducateurs au sein de certaines, retire parfois à ces activités une partie de leur intérêt thérapeutique.

Sur le premier point, il n'est pas rare que les activités prévues soient reportées ou annulées ; lorsqu'elles se déroulent effectivement, elles n'occupent qu'une très faible partie de la journée. En pratique, les contrôleurs ont souvent rencontré des adolescents déçus. L'argumentation selon laquelle l'ennui a aussi ses vertus n'est plus recevable dès lors que les périodes de déceuvrement s'étirent et se renouvellent ou qu'elles conduisent à des mises en chambre obligatoires pendant que les réunions de transmissions perdurent.

Quant au caractère thérapeutique d'une activité, il ne saurait résulter du seul fait qu'elle est médicalement prescrite ou qu'elle est animée par un soignant. Si elle n'est pas conduite par un professionnel qui en maîtrise la méthode et les déterminants et qui identifie clairement ses objectifs, l'activité n'est pas thérapeutique quand bien même la présence de soignants offre aux enfants un cadre bienveillant. Le cas est fréquent. Cette réalité tient à la fois à l'insuffisance de formation des soignants à utiliser le média d'une activité, mais aussi à la faible association des équipes à l'élaboration du projet de service, supposé décrire dans le menu les activités-supports utiles au soin. Il arrive aussi que, faute de régulièrement interroger la pratique d'une activité initialement pertinente, elle finisse par se déliter ; l'insuffisance de stabilité au sein des équipes ne fait qu'aggraver la situation, tout comme l'insuffisance de contrôle médical sur le contenu de ces activités que trop souvent les médecins se contentent de prescrire.

Il faut toutefois relativiser le pessimisme de ces constats: les contrôleurs ont aussi relevé des unités où les soignants se faisaient un devoir d'adapter quotidiennement les activités aux besoins du groupe et proposaient chaque jour au moins une activité à tous les enfants et une activité individualisée à ceux qui en avaient besoin ou ne pouvaient être associés à l'activité générale.

La possibilité de diversifier les activités est directement proportionnelle au nombre de soignants et aux moyens financiers dont ils disposent. A cet égard, les CHU sont manifestement mieux pourvus. On regrette que les enfants vivant sur des territoires plus déshérités ne bénéficient pas des mêmes égards.

RECOMMANDATION

Le suivi des patients mineurs devrait s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin formé à la pédopsychiatrie. Les activités thérapeutiques devraient être étroitement corrélées au projet médical de l'unité ; leur animation devrait incomber à des soignants formés ; la pertinence des objectifs et des méthodes devrait être régulièrement interrogée ; chaque activité devrait donner lieu, pour chaque patient, à une analyse a posteriori.

VII – La confidentialité et l'accès au dossier médical

La nécessité de ne dévoiler d'informations qu'aux titulaires de l'autorité parentale est impérative ; ceux-ci doivent donc être clairement identifiés.

Les parents ne disposent pas d'un droit absolu de tout savoir de ce qui touche à leur enfant. Il convient donc de faire preuve de prudence dans ce qui est leur rapporté et de **concilier le droit des parents de savoir et le droit à la vie privée du mineur adolescent.**

Les titulaires de l'autorité parentale ont accès au dossier médical de leur enfant mineur mais la loi autorise celui-ci à demander que cet accès ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin¹⁴⁴. Face à une demande des parents, il convient donc d'informer le mineur en âge de discernement. S'il s'agit d'un enfant placé dont les parents se désintéressent, il ne faut pas hésiter à en référer d'abord au juge des enfants. Les propos du mineur, les informations touchant des tiers, n'ont pas à être communiqués. A l'occasion de leurs échanges avec les pédopsychiatres, les contrôleurs ont constaté que les médecins étaient sensibilisés à ces difficultés.

Enfin la confidentialité s'applique aussi aux familles. Il convient donc que des précautions soient prises à leur égard, notamment quant à l'implantation des unités (accès discret) et à la localisation du local de visite. Les contrôleurs ont ainsi visité des unités adossées à l'hôpital général plutôt qu'à l'hôpital psychiatrique (ce qui facilite en outre opportunément l'accès aux soins somatiques).

On ajoutera que la dénomination de certaines unités signe parfois trop clairement aux yeux de tous la nature du

¹⁴⁴ Art L.1111-7 du CSP.

mal dont souffrent les enfants qui y accueillis (« unité de crise et d'hospitalisation des adolescents »)¹⁴⁵.

VIII – Le droit à l'instruction

Le droit à l'instruction prescrit par la loi¹⁴⁶ est mis en œuvre différemment selon qu'il s'agit d'une unité de type soins-études, d'un service de pédopsychiatrie accueillant un nombre important d'enfants, d'une unité de long séjour pour enfants déficients ou d'une unité d'accueil pour adolescents en crise.

Les unités de type soins-études sont très ouvertes sur l'extérieur et les contrôleurs ne s'y sont pas attardés. Les deux autres relèvent d'un projet de soins spécifique incluant soit un dispositif de scolarisation interne, soit un partenariat étroit avec l'éducation nationale ou avec des institutions spécialisées de type institut médico éducatifs (IME) ou institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP).

Les contrôleurs ont constaté que les centres scolaires internes étaient à même de dispenser un enseignement individualisé et de qualité : les enseignants sont spécialisés et travaillent dans une grande proximité avec les soignants ; les mineurs y bénéficient d'un rythme adapté à leurs besoins et y trouvent l'écoute et l'appui nécessaires. Certains sont centres d'examen, ce qui permet à des jeunes qui ne supporteraient pas l'angoisse liée aux conditions de passage traditionnelles de passer les épreuves.

La situation est plus difficile pour les enfants scolarisés en IME ou en ITEP. Le rapport d'information du Sénat sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France (déjà cité) a pointé le manque de coordination entre secteur médical et médico-social et nous ne nous y attarderons pas.

S'agissant des unités d'accueil classiques pour adolescents, le droit à la scolarisation y est mis en œuvre de manière très inégale alors même que certains jeunes y effectuent des séjours durables.

On observe tout d'abord une différence importante en moyens humains : ici, un enseignant à temps plein pour huit patients, là aucun. Ici un personnel soignant en nombre suffisant pour accompagner physiquement les jeunes phobiques jusqu'à la porte de l'école, là une grande difficulté à établir une liaison avec les établissements scolaires extérieurs faute de stabilité dans l'équipe.

Lorsqu'un professeur des écoles est présent à temps plein, il peut en effet faire le lien avec l'établissement scolaire d'origine ; il peut effectuer un bilan intégrant à la fois les acquis et la dimension du vécu scolaire ; il peut dispenser des cours selon un rythme et des modalités adaptées ; il peut intervenir aux côtés des soignants dans la mise en place d'activités de type « scolaire » – atelier d'écriture, exercices de logique... – moins menaçants pour les jeunes déscolarisés ou souffrant de phobie scolaire. Son statut lui permet de mettre plus aisément en place, y compris en cours d'année, une scolarité extérieure pour les jeunes dont l'état le permet ; il peut éventuellement négocier un emploi du temps adapté, sensibiliser ses collègues à la situation, intervenir en complément ou en soutien.

Les unités qui ne bénéficient pas de la présence d'un enseignant font appel au service pédagogique d'aide à domicile dont les moyens sont également limités. Dans certains lieux éloignés des grandes villes, les soignants recourent à des associations, avec tous les aléas de ce type de système. Ces mêmes unités étant généralement moins bien pourvues en effectifs de soignants, il leur est difficile d'organiser des partenariats satisfaisants avec les établissements traditionnels et d'accompagner un enfant pour tenter une re-scolarisation au dehors. Si l'enfant n'est pas parvenu à se réconcilier avec l'école durant son séjour, le risque de « décrochage » est important.

Habituellement, la faible durée moyenne de séjour compense ce risque mais elle recouvre des réalités variables : dans toutes les unités visitées, un ou deux adolescents étaient hospitalisés depuis plusieurs mois, parfois plus d'une année ; leur chance de reprendre une scolarité – fût-elle adaptée – est très différente selon qu'ils ont ou non bénéficié d'un soutien ; pour les lycéens hospitalisés quelques semaines avant un examen, le risque de perdre une année scolaire est réel. Dans les unités qui ne sont pas pourvues d'un personnel spécialisé, il arrive que soit constatée une régression dans les « performances » intellectuelles des jeunes hospitalisés en long séjour.

Force est de constater là encore que les unités rattachées aux centres hospitaliers universitaires sont nettement mieux loties que les centres hospitaliers situés en zone rurale.

RECOMMANDATION

En raison des enjeux en termes d'insertion, tout établissement recevant des mineurs doit disposer de moyens permettant de dispenser aux patients une scolarité sous une forme et un rythme adaptés à leur état et à la durée de leur séjour.

¹⁴⁵ Plus qu'aux yeux des autres, cette pancarte apposée sur le bâtiment stigmatise aussi celui qui s'y trouve, contrairement à une volonté affichée de le préserver de toute étiquette.

¹⁴⁶ Article L.1110-6 du CSP : 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.

IX – Le placement à l'isolement

L'article L3222-5-1 du CSP¹⁴⁷ issu de la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé fait de l'isolement et de la contention une pratique de dernier recours, répondant à de strictes conditions (nécessité de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui, décision d'un psychiatre prise pour une durée limitée, surveillance étroite exercée par les professionnels de santé). Elle prescrit la création d'un registre destiné à rendre compte de toute mesure d'isolement et de contention. Enfin elle enjoint chaque établissement recevant des patients sans consentement de rédiger annuellement un rapport destiné à rendre compte de ses pratiques en matière d'isolement et contention, les évaluer et les limiter.

Ce texte trouve sa place dans un chapitre relatif aux soins sans consentement et ne saurait s'appliquer aux patients en soins libres. L'instruction du ministère des affaires sociales et de la santé du 29 mars 2017 rappelle que ces derniers ne sauraient faire l'objet d'une mesure d'isolement qu'en cas d'urgence, pour des raisons tenant à leur sécurité et pour une durée n'excédant pas « quelques heures ».

L'isolement ne devrait donc être qu'exceptionnel dans une unité recevant, pour l'essentiel, des mineurs admis à la demande de leurs représentants légaux.

En mai 2016, le contrôle général a publié un rapport sur le recours à l'isolement et à la contention décrivant la diversité des pratiques, questionnant leur bien-fondé et dénonçant les atteintes corrélatives aux droits des patients ; il a émis à cette occasion diverses recommandations de nature à prévenir l'isolement et à garantir les droits des patients¹⁴⁸.

Force est de constater que, plus d'un an après la publication de la loi et près d'un an après celle du rapport du CGLPL, tous les établissements n'ont pas ouvert de registre ; ils ne sont donc pas en mesure de quantifier ni *a fortiori* d'analyser leurs pratiques sur des bases objectives. On note aussi qu'aucun des établissements contrôlés n'a prévu un protocole de mise à l'écart spécifique aux mineurs. On relève que plusieurs unités accueillant des mineurs tiennent un cahier qui rend compte du nombre et de la durée de ce type de mesures, sans pour autant que cet enregistrement serve de support à une réflexion plus générale sur ces pratiques.

C'est de la diversité de ces pratiques qu'il va être rendu compte ici, en excluant toutefois le cas des mineurs durablement isolés pour des raisons tenant à leur pathologie ou plus exactement à la difficulté pour l'équipe de faire face à des pathologies diverses dans leur expression, alors que certains patients requerraient la présence constante d'un adulte. Ce type de cas sera évoqué plus loin (chapitre 4, section 3, III).

Le discours des soignants d'unités pour mineurs admis « librement » n'est pas fondamentalement différent de celui des soignants des unités pour adultes admis sans consentement : la mise à l'isolement répondrait à la violence du patient, contre lui-même ou contre autrui, au risque de fugue ou à la nécessité de rassurer un patient submergé par une angoisse majeure (hypothèses non directement prévues par la loi). L'utilité d'une chambre d'isolement n'est pratiquement pas remise en cause : elle fait partie du paysage.

Chez les enfants comme chez les adultes, l'isolement est effectivement décidé par un médecin ; les prescriptions anticipées (« isolement si besoin ») se raréfient ; en revanche les décisions *a posteriori* demeurent. Chez les enfants comme chez les adultes, il semble difficile en effet au médecin qui n'était pas sur place de refuser de prescrire après coup un isolement auquel l'équipe a procédé pour répondre à une situation qu'elle estimait urgente. Dans les très rares cas de refus dont les contrôleurs ont eu connaissance, l'équipe n'a pas manqué d'évoquer la dégradation du comportement du patient après sa sortie d'isolement comme valant preuve de la mauvaise appréciation du médecin. La difficulté des équipes à interroger leurs pratiques sur ce point particulier est évidente.

Plus grave encore, dans un établissement visité, il a été rapporté aux contrôleurs que certaines équipes plaçaient *proprio motu* un enfant agité à l'isolement, de jour, alors même qu'un médecin était aisément joignable (et que le gabarit des patients et le nombre des soignants auraient permis un léger différé).

Bien qu'ils affirment n'y procéder qu'en dernier recours, les soignants éprouvent les plus grandes difficultés à évoquer avec précision les alternatives mises en œuvre (y compris en cas de risque de fugue ou d'angoisse, hypothèses qui pourraient pourtant conduire à envisager d'autres méthodes). La plupart se dit en mesure de gérer l'agressivité verbale, voire les dégradations, par le dialogue ou l'autorité (l'adolescent peut alors être conduit fermement dans sa chambre). Très rares sont les pavillons qui disposent de « sas » permettant à l'enfant de s'isoler

¹⁴⁷ Article L.3222-5-1 du CSP : « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. »

¹⁴⁸ *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, éditions Dalloz, 2016. Ce document est accessible sur le site internet du CGLPL.

ou de décharger son agressivité (parmi la quinzaine d'unités pour adolescents visitées en 2016, l'une disposait, dans une petite salle à part, d'un punching-ball ; une autre d'un jardin zen). Rares sont les équipes réellement formées à des techniques dites de « désescalade » permettant de repérer la montée de la violence, de la prévenir ou de la dériver.

En pratique, la violence surgit et appelle la violence en réponse : le placement à l'isolement, chez les mineurs comme chez les adultes, s'accompagne régulièrement d'un appel aux équipes de renfort (soignants venus des unités voisines) ou aux équipes de sécurité (vigiles). Les soignants disent que leur venue – cinq à dix « blouses blanches » ou deux ou trois uniformes – suffit généralement à calmer le patient mais ils ne renoncent pas pour autant à l'isolement qui, dans ces conditions, apparaît davantage comme une sanction qu'une réponse à une violence qui a cessé.

Dans l'une des unités visitées, l'adolescent agité était enroulé dans une couverture, à la fois pour le maintenir et l'apaiser. Le but était d'éviter l'appel aux renforts.

Les contrôleurs ont observé que certaines équipes utilisaient la « menace » de l'isolement ou de l'intervention des équipes de sécurité pour calmer un jeune patient agité, sans que cette agitation s'apparente à une crise incontrôlable. Quelques jeunes patients ont pu dire aux contrôleurs avoir été menacés ou sanctionnés d'isolement en cas de fugue ou de consommation de cannabis. On est là, largement au-delà des critères légaux.

Les contrôleurs ont aussi constaté que des équipes habituées à fonctionner sans chambre d'isolement et qui en avaient été dotées à l'occasion de la construction de nouveaux locaux, les utilisaient abondamment, à rebours de leurs convictions et de leurs pratiques antérieures. Ces exemples montrent que l'outil, dès lors qu'il existe, pervertit la relation.

Chez les mineurs, l'isolement donne lieu à une surveillance à la fois plus fréquente et plus rapprochée que chez les adultes : de nombreuses équipes évoquent des passages toutes les quinze minutes ; dans certaines unités, un soignant reste à proximité immédiate de la chambre tant que dure l'isolement ; la volonté de ne pas perdre le contact est affirmée et les soignants disent entrer dans la chambre et reprendre le dialogue dès que l'état du patient le permet.

Bien qu'il ne soit pas possible de l'objectiver par des données chiffrées fiables, l'isolement des mineurs se veut plus court – les équipes évoquent souvent un isolement de quelques heures¹⁴⁹ – et plus souvent séquentiel – le patient sort pour prendre son repas, participer à une courte activité. Cependant, le ressenti s'avère parfois différent de la réalité : dans un hôpital de l'Ouest où l'isolement était considéré comme rare et de dernier recours, trois adolescents sur huit présents au moment du contrôle avaient connu de une à six périodes d'isolement allant chacune de 1 heure à 48 heures, donc largement au-delà des « quelques heures » justifiées pour juguler une crise.

Il n'est pas établi que les parents soient toujours prévenus de la mise en isolement de leur enfant, ni même de l'existence de cette possibilité. Des parents ont indiqué aux contrôleurs n'avoir été informés de l'existence d'une chambre d'isolement que par leur enfant, en cours de séjour. Plusieurs médecins ont indiqué n'aviser les parents d'une mise à l'isolement que si cette mesure remettait en cause l'exercice de leur droit de visite.

La loi du 26 janvier 2016 doit conduire à modifier radicalement ces pratiques : le placement à l'isolement n'est plus une « prescription » répondant à des nécessités de santé mais une « décision » susceptible de recours.

Un JLD a d'ailleurs été saisi d'une demande de mainlevée d'une ASDRE au motif que le placement à l'isolement du patient ne répondait pas aux conditions prévues par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique. Le JLD n'avait pas fait droit à la demande. La cour d'appel de Versailles¹⁵⁰, après avoir posé le principe de la compétence du juge judiciaire, garant de la liberté fondamentale d'aller et venir par application de l'article 66 de la Constitution, a ordonné la mainlevée au motif que l'établissement hospitalier ne rapportait pas la preuve que la décision d'isolement émanait d'un psychiatre et qu'elle était nécessaire pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui.

Si la question du recours ne se pose pas pour les mineurs admis à la demande de ses représentants légaux il serait tout à fait paradoxal que ceux-ci ne soient pas informés d'une telle décision. Ils pourraient en effet décider de mettre fin à l'hospitalisation. Ils pourraient aussi souhaiter voir leur enfant et connaître les conditions exactes de l'isolement.

En pratique, lorsqu'ils sont avisés, les parents ne sont que très rarement admis à rencontrer leur enfant en chambre d'isolement. Il est permis de se demander dans quelle mesure cette exclusion ne révèle pas une forme de disqualification de principe ou, *a minima*, une difficulté à reconnaître les compétences parentales, sans même parler des droits parentaux.

A l'issue de l'isolement, le jeune est invité à réfléchir aux événements ayant conduit à cette mesure et à la manière dont il l'a vécue. Il n'apparaît pas que les équipes s'obligent à une réflexion de même nature, tendant à interroger leur propre pratique : cet isolement répondait-il réellement à un impératif de sécurité ? qu'est ce qui aurait pu permettre de repérer la montée de la violence ou a empêché de le faire ? Etait-il possible de l'éviter ou de lui permettre de s'exprimer par d'autres moyens ? Etait-il possible d'y répondre autrement ?

Sur les locaux d'isolement utilisés pour les mineurs. La majorité des unités visitées disposaient d'une

¹⁴⁹ Sauf de nuit : l'isolement qui intervient en soirée dure jusqu'au lendemain matin.

¹⁵⁰ Arrêt du 24 octobre 2016. Dalloz. RDSS janvier-février 2017.

chambre d'isolement présentant des caractéristiques comparables à celles des services pour adultes, quoique généralement en meilleur état : une pièce aux murs nus, une fenêtre aux vitres généralement opacifiées et sans possibilité d'ouverture par le patient, un lit fixe, un tabouret en mousse compacte susceptible de servir de table de chevet ou de table pour les repas, un éclairage actionnable depuis l'extérieur, une salle d'eau attenante ou proche, avec douche sans flexible et WC de type cuvette. Généralement une horloge est placée dans le sas d'accès et visible depuis le lit. Dans quelques unités, la chambre d'isolement est équipée d'enceintes pour diffuser de la musique.

Toutes les chambres d'isolement ne disposent pas d'un système d'appel, alors même qu'elles ne se trouvent pas toujours à proximité du bureau des infirmiers. Une trappe de surveillance donne vue sur la chambre entière ; elle est souvent munie d'un cache, ou rideau extérieur. Il n'est pas rare que, au nom de la sécurité, la porte du local sanitaire soit pourvue d'une ouverture donnant vue directe sur la douche et les toilettes, ce qui constitue une atteinte à la dignité.

Outre la protection du patient (qui explique l'absence de mobilier, équipement et autres occasions de blessures), ces « standards » – murs nus, fenêtres opacifiées – sont généralement justifiés par la nécessité de protéger le patient de toute stimulation. Les contrôleurs ont pourtant constaté que quelques unités avaient opté pour des chambres d'isolement colorées et d'autres pour des vitres, avec ou sans tain, permettant de bénéficier d'une vue vers l'extérieur. Il ne semble pas que les patients s'en soient trouvés plus mal.

De rares unités disposent d'une **chambre dite d'apaisement**. Nettement moins stricte que la chambre d'isolement, elle dispose de coussins confortables ou d'un fauteuil où se lover ; dans certaines unités, l'enfant peut y apporter une couette ou un objet transitionnel ; la porte n'est pas verrouillée ; le soignant veille depuis le couloir. Le jeune n'est pas mis en pyjama, mais tout objet susceptible de causer un danger est retiré (lunettes, ceinture, chaussures...). Pour certaines équipes, le placement en chambre d'apaisement s'accompagne d'un soin : massage, exercices de relaxation...

La majorité des unités visitées a exprimé le souhait de disposer d'un tel équipement et on s'étonne qu'il ne soit pas plus répandu.

Plusieurs des unités visitées ne disposent pas de chambre d'isolement, ce qui ne signifie pas pour autant qu'elles renoncent au procédé : en cas de crise, les enfants peuvent être enfermés dans leur chambre dont les meubles sont enlevés pour éviter les blessures ; ils y sont parfois attachés. Dans l'unité de pédopsychiatrie de l'Est de la France qui ne disposait que d'un seul soignant la nuit, une jeune fille autiste, décrite comme très violente et qui avait déjà agressé soignants et patients, particulièrement en soirée, était enfermée à clé dans sa chambre chaque nuit, de 20h30 au lendemain matin 8h. Ce type d'isolement n'est généralement pas répertorié¹⁵¹. Il arrive aussi que les jeunes patients soient transférés dans la chambre d'isolement d'un service pour adultes. Cet aspect est évoqué ci-dessous (3.3.A).

RECOMMANDATION

Les unités recevant des mineurs devraient bénéficier d'une chambre d'apaisement permettant une mise à l'écart sans enfermement et dans des conditions de confort.

La nécessité de disposer d'une chambre d'isolement devrait être réfléchie en équipe, dans le cadre du projet médical. Les chambres d'isolement devraient être exclues des unités recevant des enfants de moins de treize ans.

Les équipes de psychiatrie infanto-juvéniles devraient recevoir une formation spécifique, destinée à prévenir les crises et à y répondre par d'autres moyens que le placement en chambre d'isolement.

Les représentants légaux doivent être informés de l'existence d'une chambre d'isolement et des modalités de son utilisation ; lorsque la mise à l'isolement est effective, ils doivent être informés dans les meilleurs délais.

Les établissements doivent mettre en œuvre les dispositions prévues par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique.

Section 3

Des prises en charge insatisfaisantes pour certaines catégories de mineurs

I – Les enfants en service pour adultes

Il faut rappeler ici que le rapport d'information du Sénat relatif à la psychiatrie des mineurs en France recense une dizaine de départements totalement dépourvus de lits de pédopsychiatrie. Les adolescents de ces secteurs sont plus souvent que d'autres admis dans des services pour adultes ; mais ils ne sont pas les seuls.

Bien que les rapports d'activité des établissements ne mettent que rarement cette donnée en évidence, il est

¹⁵¹ Dans son rapport « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale », le CGLPL préconise l'arrêt de cette pratique qui contribue à banaliser l'isolement. L'instruction du ministère des affaires sociales et de santé du 29 mars 2017 la prohibe également.

possible d'affirmer que les admissions de mineurs en service pour adultes ne sont pas rares. Dans un grand établissement situé dans l'Ouest de la France et visité dans le courant de l'année 2016, dix-sept mineurs ont été accueillis en unité pour adultes au cours du semestre ; treize enfants, dont le plus jeune n'avait pas seize ans, y ont passé l'intégralité de leur séjour. Dans un troisième, situé au Nord-Ouest, ce sont quarante-cinq mineurs, dont quatre âgés de moins de seize ans, qui ont séjourné en unité pour adultes en une année.

Si la majorité des séjours n'a pas excédé deux semaines, le plus long a duré près de six mois. Ces chiffres ne tiennent pas compte des mineurs accueillis transitoirement dans une unité psychiatrique d'urgence où ils sont mélangés avec des adultes dans des conditions souvent difficiles (sur occupation, espace réduit, patients en crise...) en attendant qu'une place se libère en pédopsychiatrie.

L'accueil en unité pour adultes tient généralement à l'insuffisance de places en unité de pédopsychiatrie ou à l'absence d'une telle unité, mais elle peut aussi tenir à d'autres facteurs : un mineur proche de sa majorité sera aisément orienté vers un service pour adultes ; un mineur en crise ne sera pas orienté vers l'unité de pédopsychiatrie si celle-ci est isolée, si son équipe est fragile, si elle vient de réaliser plusieurs admissions délicates en un temps court.

Il arrive aussi qu'une équipe de pédopsychiatrie confrontée à des difficultés en cours de séjour oriente un mineur vers une unité pour adultes, faute de pouvoir l'orienter vers une autre unité d'adolescents ou de jeunes adultes.

Les équipes de psychiatrie générale disent adapter leurs pratiques en faisant une place plus grande à l'environnement familial et en assurant une présence plus soutenue auprès des mineurs. Si le lien n'est pas rompu avec l'équipe de pédopsychiatrie et que l'accueil chez les majeurs est prévu pour être transitoire, le médecin pédopsychiatre continue d'exercer un suivi, au moins partiel. Parfois les équipes s'organisent pour que le jeune puisse participer à des activités avec d'autres mineurs, soit au sein de l'unité de pédopsychiatrie soit dans une structure extra hospitalière. Tout ceci suppose du temps, un personnel en nombre suffisant, une capacité d'adaptation ; **or il faut rappeler ici que les équipes soignantes des unités pour adultes ne sont pas formées à la psychiatrie infanto juvénile, qu'elles ne disposent pas d'une réelle expérience en la matière et qu'elles n'ont pas la connaissance des structures d'aval propres à l'adolescence.** Dans certains établissements, la sur occupation est telle que les mineurs sont pris en charge dans des conditions moins bonnes que les majeurs : ils passent leur journée en chambre fermée, pour leur protection ; ils y mangent et y dorment, sans possibilité de déambulation, de rencontres, d'activité, de distraction autre qu'un peu de lecture. Il arrive que les effets de l'enfermement accentuent ou déplacent le symptôme.

Rares sont les équipes qui, comme celle d'un CHU du Nord-Ouest de la France dans lequel un jeune de dix-sept ans était hospitalisé chez les adultes au moment de la visite des contrôleurs, sont en mesure de recevoir régulièrement sa grand-mère qui lui tenait lieu de mère, d'organiser un soutien scolaire en vue d'un accueil séquentiel en ITEP et d'accompagner régulièrement le jeune à la maison des adolescents ou à l'unité de pédopsychiatrie pour qu'il bénéficie d'un environnement adapté à ses besoins (étant précisé que l'accompagnement s'effectuait en bus ou à pieds pour favoriser l'autonomie).

L'accueil en service pour adultes s'effectue majoritairement en chambre individuelle et régulièrement en chambre d'isolement. La situation recouvre plusieurs cas de figure.

Dans le premier cas, l'unité de pédopsychiatrie ne dispose pas de chambre d'isolement et n'est pas en mesure de répondre à une agitation extrême ou une situation de danger nécessitant une mise à l'écart du patient. Ainsi, dans cet hôpital de l'Est de la France, les mineurs agités sont systématiquement transférés dans la chambre d'isolement d'une unité pour adultes. Par priorité, ils sont transférés dans l'unité voisine, qui communique par un couloir mais si la chambre d'isolement de cette unité est occupée, le jeune est transféré dans une autre unité, ce qui nécessite de passer par l'extérieur, « aidé » de l'équipe de sécurité. Les contrôleurs ont constaté que les chambres d'isolement de cet hôpital présentaient un caractère particulièrement sinistre : intégralement recouvertes de peinture sombre, lit scellé au milieu de la pièce, pas de sonnette d'appel, pas de fenêtre, ni de toilettes mais un seau hygiénique. Le jeune est alors soumis à la surveillance de l'équipe de l'unité d'accueil. Le renouvellement est prescrit par le médecin de l'unité de pédopsychiatrie, qui assure un passage quotidien. Les soignants de l'unité d'origine indiquent ne pas abandonner totalement le patient aux soins d'une équipe inconnue (« dans la mesure du possible, on y va régulièrement au moins une fois par demi-journée et si possible lors des repas ») mais le jeune, entendu par les contrôleurs, avait une appréciation différente de la situation (« un docteur est venu me voir, sinon personne, ou juste passer la tête et demander comment ça va ; pour aller aux WC il faut taper sur la porte ; si j'appuie sur la sonnette, ils ne viennent pas ; pour la nuit on a un seau ; il n'y a pas de problème parce qu'il y a un peu de lumière ; c'est pas une bonne expérience ; je sais qu'il y avait une bonne raison mais j'aime pas en reparler »).

Cette « acceptation » de l'isolement – qui évoque la réaction des enfants maltraités qui se vivent comme ayant « mérité » les mauvais traitements – n'est pas la moindre des conséquences du recours à cette pratique. Au même titre que la mise en pyjama, elle situe le patient dans un rapport de domination qui risque de pervertir durablement l'image qu'il a de lui-même et de ses rapports à l'adulte ainsi que sa perception des soins.

Dans le deuxième cas, l'unité d'adultes ne dispose pas de chambre individuelle libre et l'équipe tient à pré-

server le jeune de la confrontation avec les autres patients, source d'angoisse (image d'un avenir sombre), voire source de danger (racket, propositions d'ordre sexuel...). Ainsi, dans cet établissement du Sud de la France où les unités pour adultes sont vétustes et sur occupées, les mineurs admis sont hébergés en chambre d'isolement : une pièce carrelée, un matelas de mousse posé à même le sol, des toilettes à la turque dont la chasse ne peut être tirée que de l'extérieur, exigeant l'intervention d'un soignant. Estimant que de telles conditions d'hébergement étaient indignes et que l'équipe « adultes » était dans l'incapacité de s'occuper convenablement de ces enfants, le médecin responsable de l'unité a aménagé une autre pièce « avec les moyens du bord » et obtenu qu'un soignant issu de la pédopsychiatrie soit détaché pour s'occuper des mineurs les plus fragiles. On regrette que cette analyse et cette réaction volontariste ne soient pas plus fréquemment partagées.

II – Les mineurs judiciairement suivis et les mineurs placés en institution médico-sociale

Aux dires des équipes soignantes, les unités psychiatriques pour mineurs accueillent une proportion importante (généralement estimée à moitié des effectifs environ) d'adolescents relevant de structures sociales ou médico-sociales (institut médico-éducatif – IME – institut thérapeutique, éducatif et pédagogique – ITEP). Elles observent que l'hospitalisation dure, tenant à la fois à la fatigue ou à la démission de la famille (naturelle ou d'accueil), à la « prise de distance » des intervenants sociaux ou des établissements qui suivaient ou accueillaient antérieurement le jeune, à l'absence d'institutions réellement adaptées à leur problématique. **Ces enfants sont manifestement des laissés pour compte de la prise en charge.**

A travers la lecture des dossiers et l'assistance à des réunions de synthèse, les contrôleurs ont pu constater que les équipes éducatives tardaient à transmettre aux équipes soignantes des éléments de compréhension précis et utiles : l'histoire familiale est brossée à grands traits, certains événements graves sont relatés sans précision de sources et de circonstances ; les informations transmises au conditionnel ne sont ni confirmées ni invalidées ; elles sont parfois transmises oralement, avec toute la part d'approximation et de subjectivité propre à ce mode de communication. Le projet de soins est alors élaboré à partir de données incertaines.

Si certaines équipes socio-éducatives participent volontiers et de manière constructive aux réunions de synthèse organisées par l'hôpital, il semblerait que d'autres prennent leurs distances et se désengagent, laissant aux équipes soignantes le soin de gérer les relations familiales et de préparer la sortie¹⁵². Globalement, la capacité de l'ASE à mobiliser son énergie en faveur des enfants les plus difficiles a été interrogée.

En pratique, le cloisonnement entre les institutions conduit chacune – ASE, IME, ITEP – à intervenir à l'égard de ses propres pensionnaires à la mesure de ses (faibles) moyens. La survenue d'une crise et l'hospitalisation qui suit signent les limites du service qui passe alors le relais. **Les interventions ne sont pas conçues dans la complémentarité ; la crise marque une rupture qu'une collaboration plus précoce aurait peut-être pu éviter.**

Les parents, eux-mêmes en proie à des difficultés de tous ordres, sont d'un faible secours. Les magistrats décisionnaires sont lointains. L'ensemble donne lieu à des prises en charge morcelées, parfois dénuées de sens.

Ainsi, lors d'un contrôle dans un hôpital du Sud de la France, les soignants, à la demande du service gardien, ont accompagné une mineure au rendez-vous adressé par un expert gynécologue. Ni les soignants ni la jeune fille ne savaient dans quel cadre précis cette expertise était ordonnée, ni si les résultats seraient communiqués à la mineure, ni comment et par qui ils pourraient être utilisés.

Dans un autre établissement, une jeune fille mineure suivie par l'ASE était elle-même mère d'un enfant placé dont nul, dans le service de soins, ne connaissait exactement les conditions de la conception et de la naissance, pas plus que les projets formés à son égard ; des soupçons étaient formulés à l'égard du père et des questions étaient posées sur l'existence d'une procédure pénale à son encontre. Nul n'avait pris contact avec l'institution judiciaire.

Dans un hôpital de la région parisienne, le médecin responsable de l'unité de pédopsychiatrie a signalé au juge des enfants la situation d'un adolescent de quinze ans, connu des services de l'aide sociale à l'enfance et « abandonné » dans son service : accueilli depuis quatre mois à la demande de ses représentants légaux, le comportement de l'enfant s'était stabilisé grâce à un traitement médicamenteux mais ses parents avaient refusé de le reprendre. Le magistrat, sans contacter aucunement le médecin auteur du signalement ni ordonner d'expertise médicale, a rendu une ordonnance de non-lieu au motif que l'enfant « relevait d'un suivi sanitaire soutenant » que ne pouvait assurer le service de l'aide sociale à l'enfance et qu'en tout état de cause, « les parents avaient su solliciter de l'aide et trouver les interlocuteurs compétents pour accompagner et soigner (leur enfant) ... ». Au moment du contrôle, l'adolescent était dans l'unité depuis neuf mois ; il avait vu entrer et sortir un certain nombre d'enfants qui se rendaient régulièrement en week-end chez leurs parents ou recevaient leurs visites ; les siens ne donnaient plus signe de vie tout en disposant toujours de l'autorité parentale ; une tentative de scolarisation en ITEP avait échoué ; excepté l'hôpital, aucune institution ne cherchait de solution pour cet enfant dont le médecin référent estimait qu'il régressait et que son maintien en milieu hospitalier constituait une maltraitance. Un courrier adressé par le médecin au procureur de la République était pareillement resté sans réponse.

¹⁵² Tel est, en tous cas, le point de vue de l'hôpital. L'ASE a pu exprimer ses propres griefs dans une recherche intitulée *L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès au soin et sens du soin*, mars 2016.

RECOMMANDATION

Les pouvoirs publics et les autorités responsables doivent veiller à une meilleure articulation entre les divers services sociaux, médico-sociaux, éducatifs, sanitaires et judiciaires intervenant auprès des mineurs.

Une autre catégorie de mineurs, souvent stigmatisée sans que l'on ne cherche toujours à comprendre ce qui a pu la conduire à la délinquance, fait en effet également partie des laissés pour compte de la prise en charge, il s'agit des **mineurs détenus ou placés en centre éducatif fermé**¹⁵³.

Les mineurs détenus, lorsqu'ils sont hospitalisés, sont généralement placés en chambre d'isolement dans une unité pour adultes, faute de place en unité hospitalière spécialement aménagée¹⁵⁴. Le rapport sur l'isolement et la contention publié par la Contrôleure générale a dénoncé cette situation, qui n'est d'ailleurs pas propre aux mineurs : en effet, les patients détenus hospitalisés dans ces conditions ne bénéficient, de fait, ni des mêmes droits que les autres malades (solitude absolue et absence totale d'activité) ni même des droits dont ils bénéficiaient en détention (les visites, notamment, sont rendues plus difficiles et sont le plus souvent inexistantes pendant toute la durée de l'hospitalisation).

En l'absence d'éléments sur la personnalité du patient, les équipes fonctionnent sur des représentations : de façon plus ou moins consciente, l'étiquette « dangereux » est accolée au mineur détenu, à quoi s'ajoute la crainte d'une évasion. En pratique, les soins sont limités à la durée de la crise et le patient quitte souvent l'unité prématurément, sans que ne soit résolu le problème de fond.

La situation des mineurs placés en centre éducatif fermé (CEF) n'est guère meilleure. Ces établissements, créés par la loi du 9 septembre 2002, reçoivent des mineurs confiés dans un cadre pénal, afin de leur éviter une incarcération ou d'empêcher qu'une telle mesure se prolonge. Les équipes sont composées essentiellement d'éducateurs et, souvent, d'un infirmier à temps partiel ; elles ne sont pas en capacité de prendre en charge des mineurs souffrant de troubles psychiatriques avérés. Comme les mineurs détenus, les enfants confiés en CEF ont généralement connu des parcours de vie très chaotiques et sont en proie à des difficultés affectives, sociales, matérielles, culturelles ; s'ils ne souffrent pas de troubles psychiatriques caractérisés, ils peuvent ponctuellement présenter des tableaux qui s'en rapprochent. Les équipes de CEF tentent, difficilement, d'établir des partenariats avec les structures psychiatriques locales mais certains sont situés en zone rurale, loin de tels dispositifs. Lorsqu'une crise survient, qui présente tous les aspects de la crise psychiatrique, le jeune est conduit aux urgences puis fréquemment renvoyé au CEF sans hospitalisation ni autre forme de prise en charge.

Crainte, pour l'hôpital, de devoir admettre un mineur au comportement difficilement gérable, crainte de devoir le placer en chambre d'isolement, plusieurs raisons semblent expliquer ces pratiques, plusieurs fois dénoncées aux contrôleurs. Quels que soient les motifs de cette discrimination, il est un fait que les mineurs délinquants sont plus souvent que d'autres renvoyés vers la prison ou vers le CEF alors même que ces structures ne peuvent, seules, répondre à leurs besoins. Il est regrettable que la commission d'actes de délinquance obère une autre réalité : ces mineurs sont aussi des enfants en danger, qui méritent protection et soins. Beaucoup ont été placés à l'aide sociale à l'enfance avant de commettre les délits qui les ont conduits en CEF ou en prison. Le placement en CEF ou l'emprisonnement les ont souvent exclus du système de la protection de l'enfance et éloignés du soin.

RECOMMANDATION

Les pouvoirs publics et les autorités responsables doivent veiller à ce que les mineurs délinquants, détenus ou placés en centre éducatif fermé, bénéficient effectivement des droits qui leur sont conférés par la loi.

III – Les enfants autistes

Enfin force est de constater que les unités de pédopsychiatrie ne sont pas correctement équipées pour accueillir dans de bonnes conditions les **enfants autistes**. Leur situation est connue grâce, notamment, aux associations de parents. Les contrôleurs se borneront à évoquer un cas concret qui illustre la situation de nombreux enfants autistes accueillis en pédopsychiatrie, faute de mieux. Ils y restent plusieurs mois, parfois plusieurs années ; ils y souffrent et les équipes souffrent aussi de l'impossibilité dans laquelle elles se trouvent de ne pouvoir offrir une prise en charge mieux adaptée. L'enfant mobilise à lui seul beaucoup de temps soignant, ce qui est également préjudiciable aux autres patients.

Ainsi, dans un hôpital de la région parisienne, les contrôleurs ont rencontré un enfant autiste de treize ans

¹⁵³ Un rapport conjoint (inspection générale des services judiciaires et inspection générale des affaires sociales) sur le dispositif des CEF, publié en juillet 2015 évoque, notamment, la question de la santé.

¹⁵⁴ Créées par une loi du 9 septembre 2002, les unités hospitalières spécialement aménagées reçoivent des personnes détenues, majeures ou mineures, admises en soins libres ou sur décision du représentant de l'Etat. Les patients sont pris en charge par une équipe de soins psychiatriques et les bâtiments – situés dans l'enceinte d'un hôpital – sont sécurisés par l'administration pénitentiaire. Ces modalités de fonctionnement permettent au patient de bénéficier d'une prise en charge proche de ce qui est offert à la population ordinaire.

accueilli depuis plusieurs mois dans une unité pour adolescents car ni ses parents (décrits comme très investis) ni l'institut médico-éducatif (IME) qu'il fréquentait auparavant n'étaient en mesure de poursuivre la prise en charge. Dépourvu de langage, l'enfant (d'une stature relativement imposante pour son âge) était décrit comme d'une violence imprévisible ; il avait occasionné quatre accidents du travail chez les soignants ; gifles et morsures étaient fréquentes. Il était en chambre d'isolement depuis quatre mois au moment de la visite.

Les soignants le faisaient sortir de la chambre d'isolement deux à trois fois par jour, toujours en présence des agents de sécurité (en tenue, uniforme et gants, en raison des morsures). Aussitôt la porte ouverte, l'enfant s'élançait dans le couloir qu'il parcourait en courant, apparemment indifférent à ceux qui pouvaient se trouver sur son passage. Il prenait son repas de midi un peu avant les autres, dans la salle à manger, avec des soignants, en présence des agents de sécurité ; les autres repas étaient pris en chambre d'isolement. Outre une sortie quotidienne d'une vingtaine de minutes dans le parc, en compagnie des agents de sécurité et d'un soignant, l'équipe proposait chaque jour un bain thérapeutique et un temps de relaxation accompagné d'une musique douce : l'enfant était enveloppé dans un matelas gonflable souple sur lequel il se plaçait spontanément. Les contrôleurs ont pu apercevoir l'adolescent qui semblait alors détendu, un soignant était assis sur le sol à ses côtés et lui parlait doucement.

Malgré l'évidente bienveillance de l'équipe et sa volonté d'offrir à cet enfant des temps individualisés, il passait en moyenne vingt-deux heures par jour en chambre d'isolement.

Selon les renseignements recueillis, une place était recherchée pour lui en Belgique.

RECOMMANDATION

Les pouvoirs publics doivent veiller à ce que tout enfant dont l'état nécessite des soins puisse être accueilli dans un établissement adapté, suffisamment proche de son domicile pour garantir le maintien de liens familiaux.

Chapitre 5

Recommandations

Les mineurs, qu'ils soient hospitalisés en psychiatrie, détenus, ou privés de liberté à quelque titre que ce soit, sont doublement vulnérables. Certaines des recommandations qui suivent sont inhérentes à la minorité mais d'autres sont susceptibles de concerner, ou d'inspirer, l'action conduite à l'égard de l'ensemble des patients. A ce titre, elles devraient faire l'objet d'une attention toute particulière des pouvoirs publics, des institutions et des équipes qui en ont la charge.

Recommandations d'ordre général

- Les pouvoirs publics doivent veiller à ce que tout enfant dont l'état nécessite des soins puisse être accueilli dans un établissement adapté, suffisamment proche de son domicile pour garantir le maintien de liens familiaux.
- Les pouvoirs publics et les autorités responsables doivent veiller à une meilleure articulation entre les divers services sociaux, médico-sociaux, éducatifs, sanitaires et judiciaires intervenant auprès des mineurs.
- Les pouvoirs publics et les autorités responsables doivent veiller à ce que tous les mineurs, délinquants, détenus ou placés en centre éducatif fermé, bénéficient effectivement des droits qui leur sont conférés par la loi.

Recommandations relatives au cadre juridique et aux conditions d'admission

- L'article R 1112-34 alinéa 2 du code de la santé publique qui dispose que « 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 à la demande du directeur de l'établissement ou à celle du gardien » devrait être abrogé.
- L'admission d'un mineur en établissement de soins psychiatriques sur le fondement de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante doit demeurer exceptionnelle. L'admission devrait être soumise aux mêmes conditions que celles prévues dans le cadre de la procédure d'assistance éducative (durée limitée, certificat médical).
- Les mineurs confiés par l'autorité judiciaire à un établissement de santé mentale sur le fondement de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ou sur le fondement de l'article 375-9 du code civil relatif à l'assistance éducative devraient figurer sur le registre prévu par l'article L3212-11 du code de la santé publique.
- Les patients mineurs ne devraient pas être accueillis avec des adultes de plus de 25 ans. Il devrait être envisagé de regrouper dans des unités distinctes d'une part, les mineurs de 13 à 16 ans et, d'autre part, les jeunes de 16 à 25 ans.

Recommandations relatives aux droits des mineurs et de leurs représentants légaux

- En cas d'admission à la demande des 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 parents dispose de cet exercice, l'autre parent doit être informé au plus tôt.
- Les mineurs hospitalisés à la demande de leurs représentants légaux doivent pouvoir saisir la commission départementale des soins psychiatriques. Lorsqu'ils contestent la nécessité de l'hospitalisation, les mineurs doivent également pouvoir saisir le juge des libertés et de la détention. Ils doivent être informés de ces possibilités par l'hôpital, dans les meilleurs délais et dès que leur état le permet.
- La décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement prononcée par le représentant de l'Etat doit être notifiée au patient mineur lorsque son âge ou sa maturité le permet ; la notification doit être systématique à partir de 13 ans. La notification doit être assortie d'explications délivrées par un agent hospitalier spécialement formé. L'information doit porter sur les voies de recours, la situation juridique du patient et les droits qui y

sont attachés, la possibilité de faire valoir ses observations conformément aux dispositions de l'article L3211-3 du code de la santé publique.

Le patient doit se voir remettre une copie de la décision ainsi qu'un formulaire explicatif de ses droits, rédigés en termes clairs et pédagogiques.

- S'il n'a pas pu être entendu par le juge des enfants avant son admission, le mineur confié à un établissement de santé mentale sur le fondement de l'article 375-9 du code civil doit être informé, dans les meilleurs délais, de son statut juridique et des droits qu'il détient au titre de la procédure d'assistance éducative.
- Les autorités doivent veiller à ce que les représentants légaux des mineurs admis sur décision du représentant de l'Etat soient destinataires des décisions, convocations, informations relatives à leur enfant. Ils doivent les mettre à même de faire valoir leurs droits et ceux de leur enfant.
- Quel que soit le mode d'admission, une information doit être délivrée aux représentants légaux ainsi qu'au mineur, selon ses facultés de compréhension et sa maturité.
L'information doit porter sur la maladie – son origine, ses manifestations, son évolution probable – sur les divers traitements médicamenteux envisageables – les bénéfices et inconvénients de chacun, le risque en cas d'interruption ou d'absence de traitement – sur l'ensemble des composantes du soin – entretiens médicaux et soignants, activités thérapeutiques – sur le fonctionnement de l'unité et les règles de vie quotidienne, sur l'existence d'une chambre d'isolement et son utilisation, sur les possibilités de soutien à l'ensemble de la famille pendant et à l'issue de l'hospitalisation.
Les supports et les modalités de délivrance de l'information doivent être adaptés à l'âge, aux capacités, à l'état de leurs destinataires.
- Les représentants légaux doivent être informés de l'existence d'une chambre d'isolement et des modalités de son utilisation ; lorsque la mise à l'isolement est effective, ils doivent être informés dans les meilleurs délais.

Recommandations relatives à l'intervention du juge des libertés et de la détention

- La requête adressée par le représentant de l'Etat au juge des libertés et de la détention devrait s'accompagner de renseignements sociaux.
Le JLD devrait, le cas échéant, ordonner une enquête sociale rapide avant de statuer.
- Lorsqu'un patient mineur hospitalisé par décision du représentant de l'Etat est suivi dans le cadre d'une procédure d'assistance éducative, le juge des libertés et de la détention doit en être informé.
Le JLD devrait recueillir l'avis du juge des enfants avant de statuer.
La communication du dossier d'assistance éducative au JLD devrait être envisagée, sous le contrôle du juge des enfants.
- S'il apparaît que les intérêts du mineur sont en opposition avec ceux de ses représentants légaux ou que les droits du mineur sont insuffisamment garantis par eux, le juge des libertés et de la détention devrait désigner un administrateur ad hoc au patient mineur.

Recommandations relatives à la prise en charge

- Le suivi des patients mineurs devrait s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin formé à la pédo-psychiatrie.
- Une attention particulière doit être portée à la conception et à l'aménagement des unités de soins pour mineurs. Elles doivent être spacieuses et comporter un accès à l'air libre. L'équipement doit être conforme à la sécurité des patients tout en préservant leur dignité et leur intimité.
- Les unités recevant des mineurs devraient bénéficier d'une chambre d'apaisement permettant une mise à l'écart sans enfermement et dans des conditions de confort.
La nécessité de disposer d'une chambre d'isolement devrait être réfléchie en équipe, dans le cadre du projet médical. Les chambres d'isolement devraient être exclues des unités recevant des enfants de moins de 13 ans.
Les équipes de psychiatrie infanto-juvéniles devraient recevoir une formation spécifique, destinée à prévenir les crises et à y répondre par d'autres moyens que le placement en chambre d'isolement. Les représentants légaux doivent être informés de l'existence d'une chambre d'isolement et des modalités de son utilisation ; lorsque la mise à l'isolement est effective, ils doivent être informés dans les meilleurs délais.
Les établissements doivent mettre en œuvre les dispositions prévues par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique.
- Les activités thérapeutiques devraient être étroitement corrélées au projet médical de l'unité ; leur animation devrait incomber à des soignants formés ; la pertinence des objectifs et des méthodes devrait être régulièrement interrogée ; chaque activité devrait donner lieu, pour chaque patient, à une

analyse a posteriori.

- Le personnel hospitalier devrait être sensibilisé aux questions d'ordre juridique.
- En cas d'admission d'un enfant judiciairement confié à un tiers – service, établissement ou personne physique – l'hôpital devrait se procurer la décision de placement et s'assurer de la position des parents au regard de l'exercice de l'autorité parentale.
En cas de difficulté, ils doivent en référer au juge.
- Hormis l'hypothèse où une décision judiciaire a privé les parents de tout ou partie de l'exercice de leurs droits d'autorité parentale, ceux-ci doivent être informés, consultés et associés à la prise en charge. Il convient également de leur apporter un soutien pour eux-mêmes et leur famille ou de les orienter vers un tel soutien.
- Il convient de favoriser l'autonomie des patients ; les restrictions aux droits et libertés doivent être individualisées et modulées selon l'état clinique du patient, son âge, sa maturité et la durée du séjour.
- La mise en pyjama et l'interdiction du port de chaussures doivent demeurer exceptionnelles et répondre à des motifs précis et individuels, portés à la connaissance des représentants légaux.
- Les restrictions de visite doivent être ordonnées par le médecin ; elles doivent être individualisées et obéir à des nécessités thérapeutiques.
- Il convient de s'assurer des conditions dans lesquelles les jeunes enfants sont accueillis dans leur famille le week-end. Les établissements qui ferment en fin de semaine ou l'été doivent prévoir des solutions de remplacement conformes aux besoins des enfants.
- Il ne peut être porté atteinte à la confidentialité des échanges téléphoniques que pour un motif tiré de l'état de santé du patient, lequel doit être régulièrement réévalué.
- En raison des enjeux en termes d'insertion, tout établissement recevant des mineurs doit disposer de moyens permettant de dispenser aux patients une scolarité sous une forme et un rythme adaptés à leur état et à la durée de leur séjour.
- Il apparaît nécessaire que les équipes, confrontées à des adolescents d'âges différents, engagent une réflexion sur l'approche de la sexualité, la formulation de l'interdit, la prévention du passage à l'acte, la réponse à la transgression.

Table des matières

Introduction	3
Chapitre 1.....	6
Les principes régissant l'autorité parentale.....	6
Section 1	6
Définition et exercice	6
Section 2.....	7
Les limites de l'autorité parentale	7
I – L'assistance éducative.....	7
II – L'administrateur ad hoc.....	8
Chapitre 2.....	10
La minorité, une notion juridique peu adaptée en matière de santé mentale	10
Section 1	10
Minorité, adolescence et besoin de protection	10
I – Une psychiatrie infanto-juvénile qui exclut certains adolescents	10
II – Un équipement insuffisant pour répondre à une demande croissante	12
III – Des équipes insuffisantes en nombre et en qualification	13
IV – Des projets de soins insuffisamment précis et insuffisamment garantis.....	14
Section 2.....	14
Le patient mineur, entre incapacité et autonomie	14
I – Le primat de l'autorité parentale	14
II – La place du mineur	16
III – Le cas de l'urgence.....	18
Chapitre 3.....	20
L'admission du mineur en psychiatrie, un cadre juridique complexe et des pratiques variables	20
Section 1	20
Le mineur hospitalisé en soins dits « libres », une dénomination qui recouvre des situations diverses et des pratiques incertaines.....	20
I – L'admission à la demande des titulaires de l'autorité parentale	20
A – Les constats	20
B – Le droit applicable	21
C – La place du mineur	21
II – Le cas particulier de l'enfant placé.....	22
A – Les constats	22
B – Les incertitudes du droit	22
Section 2.....	24
Le mineur hospitalisé en soins contraints : des pratiques discutables malgré un cadre juridique plus précis	24

I – L’admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l’Etat	24
A – Le cas de YANIS	25
B – Le cas de KARINE	27
II – Le placement direct à l’hôpital psychiatrique sur décision du juge des enfants statuant dans le cadre de l’assistance éducative (article 375-9 du code civil)	29
A – Le cadre juridique	29
B – Les caractéristiques de l’intervention du juge des enfants	30
C – Le rôle de l’établissement gardien et la place des parents	31
III – le placement à l’hôpital ordonné dans un cadre pénal	32
IV – La situation de Corentin : un enfant admis en soins contraints par deux décisions successives, l’une administrative et l’autre judiciaire	32
A – Les faits	32
B – Des certificats médicaux porteurs de contradictions intrinsèques et peu diserts sur le cadre de soins	33
C – Des arrêtés succinctement motivés	33
D – Une notification de pure forme	34
E – L’intervention du JLD, une première audience qui n’a pas préservé les droits du mineur	34
F – Des approximations qui interrogent	34
G – Des difficultés de dialogue	34
H – La force de l’habitude et la rigidité des systèmes	35
Chapitre 4.....	36
Une prise en charge globalement respectueuse des droits des mineurs et de leurs parents malgré des insuffisances à l’égard de certaines catégories de patients	36
Section 1	36
Le droit à l’information	36
I – Un cadre légal qui ignore les spécificités de la psychiatrie	36
II – Les spécificités de l’information concernant le mineur hospitalisé en psychiatrie ...	37
Section 2	38
Les divers aspects de la prise en charge	38
I – Le droit à un environnement respectueux de la dignité et de la sécurité des patients	39
A – Unités ouvertes ou fermées	39
B – Conception et aménagement des locaux	39
II – Le droit d’être traité dignement	40
III – Le droit à la vie privée et la place des parents	41
A – La place des parents	41
B – Les visites	41
C – Les relations téléphoniques	42
D – Le tabac	42
IV – Le droit, pour le mineur, de disposer d’une certaine autonomie	43
V – Le droit à l’intimité	43
VI – Le droit à des soins adéquats	44
VII – La confidentialité et l’accès au dossier médical	46
VIII – Le droit à l’instruction	47
IX – Le placement à l’isolement	48
Section 3	50
Des prises en charge insatisfaisantes pour certaines catégories de mineurs	50
I – Les enfants en service pour adultes	50

II – Les mineurs judiciairement suivis et les mineurs placés en institution médico-sociale	52
III – Les enfants autistes.....	53
Chapitre 5.....	55
Recommandations	55

