

Référentiel “ Refus de soins en pédiatrie”

Historique des modifications		
Version	Dates de modification	Objets de la modification
N°1		Création

Indexation : 2026_Ref_refus_soins_pediatrie, référentiel accessible sur site RPO (réseau de Périnatalité Occitanie) [Amélioration des pratiques | Réseau Périnatalité Occitanie](#)

Seule la version informatique fait foi.

Périodicité de révision : 5 ans

✓ **Rédaction :**

- Dr BALADI Blandine – ORL – CHU Toulouse
- Mme BRIECHLE Emmanuelle – Sage-femme libérale -- Lézignan-Corbières
- Dr CATHALAU Manon – Pédiatre – CH Lavour
- Dr DUPUIS Harmonie – Gynéco-obstétricienne – RPO et CHU Toulouse
- Mme FABRE Fabienne – Psychologue – Près de Montpellier
- Mme LANGLAIS Marion – Psychologue – CHU Toulouse
- Dr LIAUTAUD Arthur – Pédiatre libéral – Montpellier
- Mme PARICARD Sophie – Professeure de droit privé à l'INU Champollion -- Albi
- Dr PERRET Judith – Pédiatre – CH Carcassonne
- Dr SAVAGNER Christophe – Pédiatre – RPO Toulouse
- Mme SIRI Anne – sage-femme coordinatrice -- CH Lavour
- Dr SOUKSI Isabelle – Pédiatre – RPO -- Nîmes

✓ **Relecture :** Membres du Conseil Scientifique RPO

✓ **Validation :** Conseil scientifique RPO du 06/01/2026

Objet	Le projet de création d'un référentiel " Refus de soins en pédiatrie" est une demande du Conseil Scientifique du RPO et fait suite au référentiel "Refus de soins en obstétrique : une approche bienveillante" élaboré il y a environ 1 an en accès libre sur le site du RPO Amélioration des pratiques Réseau Périnatalité Occitanie. Ce document, réalisé par le RPO, a pour vocation de faire un état des lieux des pratiques et des recommandations, concernant surtout la période du séjour en maternité et en néonatalogie, et les consultations jusqu'à l'âge de 2 ans. Une documentation sélectionnée est ajoutée.
Domaine d'application	Ce référentiel s'adresse aux équipes des maternités. Rédigé sous l'égide du RPO ce référentiel est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier.
Documents de référence	• Recommandations de la FFADAN • Code de la santé Publique et Répertoire du Droit Civil
Abréviations	• FFADAN : Fédération Française des Acteurs du Dépistage Auditif Néonatal • FFRSP : fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité

Référentiel

Table des matières

I.	Généralités	4
II.	Situations	4
1.	Hospitalisation (refus d'hospitalisation, sortie précoce, sortie contre avis médical).....	4
a)	Contexte médical	4
b)	Contexte juridique	4
2.	Soins courants en maternité	5
a)	Contexte médical	5
b)	Contexte juridique	6
3.	Dépistages en maternité.....	6
a)	Dépistage néonatal Guthrie	6
b)	Dépistage auditif.....	7
c)	Vaccins	8
III.	Dimension psychologique dans la gestion de la communication médecin- parent : à titre d'exemple lors d'un refus de vaccination chez le bébé (document complet en annexe page 13).....	10
IV.	Tableau récapitulatif.....	11
V.	Annexes.....	12
	Annexe 1 : Suggestion de réflexions (Mme Fabienne FABRE, psychologue).....	12
	Dimension psychologique dans la gestion de la communication médecin- parents lors d'un refus de vaccination chez le bébé	12
	Annexe 2 : Répertoire de droit civil (documents provenant de Mme PARICARD)	17
	§ 1er - Présomption d'accord pour les actes usuels	17
VI.	Bibliographie.....	23
a.	Références générales	23
b.	Refus dépistage auditif	23
c.	Refus soins courants en maternité	23
d.	Refus vaccin	24
e.	Prevention VRS	24

I. Généralités

Les situations de refus de soins en pédiatrie sont assez fréquentes et peuvent avoir des causes très diverses. Le refus de soins peut venir aussi bien de la part des parents que des jeunes enfants (lien vidéo Pr Carbajal chapitre 8 Bibliographie/Références générales).

Il est essentiel de ne pas entrer en conflit avec les personnes qui refusent un soin. Il est nécessaire de respecter la décision du patient, d'essayer de comprendre les raisons du refus et de rechercher, autant que possible, la meilleure solution pour l'enfant, parfois en proposant une alternative. La notion de temps joue un rôle clé : il ne faut jamais rompre le dialogue. Expliquer clairement aux parents, ou à l'enfant, pourquoi le soin est nécessaire et en quoi il est important afin de maintenir la communication. C'est en construisant une relation de confiance, basée sur l'écoute et la patience, que le patient ou sa famille pourront éventuellement revoir leur décision.

Dans les textes réglementaires, on parle de **soins usuels** (soins obligatoires comme certaines vaccinations, les soins courants, l'autorisation d'un seul parent étant suffisante) et **soins non usuels** (intervention chirurgicale, traitement lourd ou invasif, avec nécessité du recueil du consentement des deux parents). Il est moins question de soins obligatoires et recommandés (termes utilisés pour les vaccins, et autres soins). Se pose alors la question du cadre légal, notamment en cas d'urgence vitale. Le médecin peut-il passer outre le refus des parents lorsque les soins sont indispensables à la survie de l'enfant ? La loi précise clairement les situations dans lesquelles un médecin peut intervenir, notamment en cas d'extrême urgence ou lorsqu'un acte est indispensable à la santé de l'enfant. Ces éléments sont détaillés dans les textes réglementaires relatifs à l'information et au consentement aux soins d'un mineur.

Dans ce référentiel, la période concernée est surtout celle du séjour en maternité et en néonatalogie, et la consultation jusqu'à l'âge de 2 ans. Les sujets sur les refus de soins palliatifs n'ont pas été traités, et les sujets sur l'enfant plus grand de plus de 2 ans ont été peu traités. Chaque situation est présentée dans le contexte médical, puis du côté juridique.

II. Situations

1. Hospitalisation (refus d'hospitalisation, sortie précoce, sortie contre avis médical)

a) Contexte médical

Il est important de rappeler que le consentement des deux titulaires de l'autorité parentale est nécessaire pour chaque acte de soins dispensé, dont l'hospitalisation. Il est intéressant d'informer le mineur en situation de soins, quand il est en âge de comprendre.

Il est important de mentionner qu'un enfant en sortie précoce contre avis médical aura besoin d'un suivi médical. Dans l'exemple d'une prise de poids insuffisante, il faut être sûr qu'un suivi ultérieur de l'enfant est organisé. Il faut s'assurer du lien entre les différents acteurs. Si jamais les parents ne revenaient pas, une information préoccupante pourrait être déclenchée.

b) Contexte juridique

Sur le plan juridique, si l'hospitalisation est indispensable, à priori la sortie précoce n'est pas possible.

Dans la jurisprudence, l'article 1111-4 du code de la santé publique (bibliographie chapitre 8.1) précise que " dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins

indispensables sans le consentement des parents. Le médecin se voit reconnaître la qualité de défenseur de l'enfant et joue à cet égard un rôle décisionnel de premier plan.”

L'enfant petit est considéré comme vulnérable et donc, cette notion de conséquence grave pour la santé du mineur est intéressante à prendre en compte à ce moment de vulnérabilité de l'enfant.

Lors d'une sortie précoce contre avis médical, la signature d'un document est demandée au parent. Sur le plan juridique, cette signature a peu de valeur mais elle est obligatoire car elle permet de prouver que les parents ont eu les informations relatives aux conséquences de cette sortie précoce.

Pour l'autorisation d'opérer, et/ou d'anesthésie, l'information et le consentement des 2 parents est nécessaire. Une signature pour l'autorisation d'opérer et/ou d'anesthésie des 2 parents est requise

2. Soins courants en maternité

a) Contexte médical

- Vitamines K et D

Dans le carnet de santé, il y a une ligne avec des cases à cocher en ce qui concerne le traitement de sortie avec la mention de la vitamine D et de la vitamine K. Il est précisé page 6 dans la partie “examen de l'enfant à la naissance” qu'il est possible de renseigner si de la vitamine K a été donnée lors du séjour à la maternité.

La vitamine K pose aussi un problème quant à son dosage : dans les recommandations, la vitamine K (2 mg per os) est donnée à la naissance, à une semaine et à 1 mois de vie, mais certaines maternités donnent la deuxième dose avant la sortie de maternité pour être sûr que l'enfant le reçoive, sans le noter dans le carnet de santé. A priori, dans les nouvelles recommandations, il est possible de substituer la dose à une semaine à la sortie de maternité mais le problème est l'absence de traçabilité dans le carnet de santé. Certains établissements mentionnent à côté du test de Guthrie que la deuxième dose de vitamine K a été donnée à la sortie.

Dans les dernières recommandations sur la vitamine K (2017, voir bibliographie 8.3), le traitement préventif par injection IV ou IM est préféré dans la réduction des risques d'hémorragie du nourrisson plutôt qu'une administration per os, même si la décision d'une prise per os a été décidée en France.

En ce qui concerne la consignation du refus de vitamine K, là encore il doit être écrit dans le dossier du patient et il est recommandé que celui-ci soit noté dans le carnet de santé de l'enfant en accord avec les parents. (“ Vitamine K non donnée en maternité”). Le nouveau carnet de santé 2025 est consultable sur internet.

Concernant le refus d'administration de vitamine D, il y a des alternatives non médicamenteuses, non recommandées.

Pour le soin de cordon, il est observé qu'il y a de moins en moins de refus depuis que le nettoyage se fait au savon et à l'eau. Pour les bébés lotus, cette demande reste marginale et avec une écoute et une explication claire de ce que cela implique de laisser le placenta accroché au bébé et avec proposition de clampage tardif, les parents changent en général d'avis.

Pour la prévention de la bronchiolite à VRS par immunisation (Beyfortus®)

L'information est le plus souvent délivrée entre J1 et J3 après la naissance, et de manière optimale au cours de la grossesse. L'injection se fait quelques jours après la naissance, avant la sortie, après information et consentement des parents. Les refus sont moins fréquents lorsque l'information n'est pas transmise immédiatement avant l'acte vaccinal.

Depuis le 26/09/2025, la prise en charge est désormais étendue aux enfants vulnérables à une infection sévère due au VRS au cours de leur première ou de leur deuxième saison de circulation. Elle concerne les populations suivantes :

- **Enfants nés à 35 semaines d'âge gestationnel ou moins**, âgés de moins de 6 mois au début de l'épidémie saisonnière.
- **Enfants de moins de 2 ans** ayant nécessité un traitement pour dysplasie bronchopulmonaire au cours des six derniers mois.
- **Enfants de moins de 2 ans** atteints d'une cardiopathie congénitale avec retentissement hémodynamique.

Pour le remboursement du Beyfortus, en maternité, il n'y a pas de frais pour les parents. **En ville après la sortie de maternité**, la prise en charge est limitée, avec un remboursement à hauteur de 30 % par l'Assurance Maladie ; le reste à charge peut toutefois être partiellement ou totalement couvert par certaines mutuelles. Ce vaccin peut être prescrit et administré par le médecin, ou la sage-femme ou le pharmacien ou l'infirmier.

Avant la naissance, la Vaccination contre le VRS chez la femme enceinte est autorisée et recommandée depuis octobre 2024. Bien qu'elle ne soit pas encore largement diffusée, son recours est en progression. Les données montrent une forte diminution du nombre d'infections chez le nouveau-né lorsque la mère a été vaccinée pendant la grossesse.

En complément de la vaccination ou immunisation contre la bronchiolite à VRS, **la prévention non médicamenteuse est importante** : Il est essentiel de promouvoir certaines mesures telles que l'allaitement maternel, l'absence de tabagisme à l'intérieur du domicile et la sortie quotidienne de l'enfant au grand air, au moins une fois par jour.

Pour l'information aux parents : Les supports écrits, bien que nécessaires, ne sont pas suffisants à eux seuls. L'importance du discours oral est soulignée, notamment à travers des explications concrètes et des exemples pratiques, afin de rendre les messages de prévention plus compréhensibles et plus accessibles aux parents. Si refus ou non réalisation du beyfortus, ceci doit être écrit dans le carnet de santé, d'une manière non péjorative (par exemple « Immunisation VRS non réalisée car vaccination maternelle », « Proposition d'immunisation non réalisée en maternité »). Plusieurs supports sont disponibles (Flyers RPO, CHU, ARS, documents HAS, bibliographie chapitre 8.5).

b) Contexte juridique

Pour ces soins courants et les différents autres types de soins courants en maternité (refus de complément hydrique, refus de prise de sang, refus de photothérapie, refus de saturation...), on est là encore sur une recommandation et non une obligation, sauf bien sûr en cas d'urgence vitale.

3. Dépistages en maternité

a) Dépistage néonatal Guthrie

- Contexte médical**

Le document "Formulaire de refus parental de réalisation du dépistage néonatal recourant des examens de biologie médicale" (voir en PJ) transmis par le Dr Isabelle Oliver-Petit, pédiatre au CHU de Toulouse, référente au CRDN Occitanie Toulouse est en pièce jointe dans le chapitre « Bibliographie » « Formulaire de refus du dépistage néonatal »

Il y a également dans le carnet de santé une partie concernant les tests biologiques de dépistage néonatal avec la possibilité de renseigner s'ils ont été réalisés en totalité, en partie ou non réalisés, et également une case concernant le refus des parents. Il est également possible de renseigner les raisons de la non-réalisation de ceux-ci.

Ce document est amené à être réévalué chaque année.

- Contexte juridique**

Là aussi, il est bien précisé que ce dépistage est recommandé mais pas obligatoire avec, comme pour le dépistage auditif, une obligation d'information orale et écrite, avec le consentement des deux parents.

La signature des 2 parents est désormais nécessaire, du fait d'examens génétiques pour le dépistage de certaines maladies (mucoviscidose + dépistage récent pour 3 maladies : amyotrophie spinale, déficit en VLCAD, déficit immunitaire combiné sévère).

b) Dépistage auditif

• Recommandations en cas de refus de dépistage auditif

Le présent document s'appuie sur le support intitulé « *Consentement et refus du dépistage auditif* », élaboré par la FFADAN (Fédération Française des Acteurs du Dépistage Auditif Néonatal). Créée en 2018, la FFADAN est une association nationale regroupant l'ensemble des coordinateurs du dépistage auditif néonatal. Elle a pour objectif principal d'harmoniser les pratiques de dépistage sur l'ensemble du territoire national et est à l'initiative de plusieurs groupes de travail thématiques.

Dans ce cadre, un groupe de travail dédié au consentement et au refus du dépistage auditif a été constitué afin de mieux comprendre les raisons du refus des familles à la naissance. Le chapitre intitulé « *Synthèse des propositions de la FFADAN* » (bibliographie chapitre 8.2) présente les recommandations formulées sur la question du consentement et du refus du dépistage.

Il est rappelé que ces propositions ne revêtent **aucun caractère officiel ou réglementaire** ; il s'agit de recommandations visant à guider les pratiques professionnelles. Le dépistage auditif néonatal n'est pas obligatoire, mais il est fortement recommandé. En revanche, **l'information des parents et la proposition du dépistage sont obligatoires**, ce qui implique la nécessité d'un consentement parental.

Le dépistage doit être proposé **en amont de l'accouchement**, lors de la consultation du 8^e mois de grossesse. Une information complémentaire doit ensuite être délivrée aux parents **dans les 24 à 48 heures suivant la naissance**, afin de leur permettre de cheminer dans leur décision d'accepter ou de refuser le dépistage, et de préparer d'éventuelles questions.

L'information doit être transmise **à la fois de manière orale et écrite** (plaquettes d'information, supports vidéo explicatifs), dans une langue compréhensible par les parents. Il est indispensable que les professionnels réalisant le dépistage (sage-femmes, auxiliaires de puériculture, puéricultrices, etc.) soient formés au discours à tenir dans ce cadre.

Les parents ont la possibilité d'accepter ou de refuser le dépistage. Le consentement est **oral**, et le consentement d'un seul des deux parents est suffisant. Il n'existe pas d'obligation de consentement écrit. Toutefois, les dernières recommandations de la FFADAN préconisent qu'en cas de refus oral, celui-ci soit **formalisé par écrit sur une fiche de traçabilité** (voir document en lien en bas de page 2 document chapitre 8.2). Le refus doit également être mentionné dans le carnet de santé, sans jugement de valeur, selon la formulation : « *dépistage non réalisé à la demande des parents* ». La fiche de traçabilité permet d'assurer le lien entre la maternité et le **RPO (Réseau de Périnatalité en Orthophonie)** et d'éviter des relances ultérieures inutiles auprès des familles.

Un point important du dépistage auditif néonatal concerne la possibilité de **rattrapage secondaire**. Certaines situations, telles que des urgences vitales à la naissance, peuvent empêcher la réalisation du dépistage. De même, des parents ayant initialement refusé le dépistage peuvent revenir sur leur décision. Le dépistage peut être réalisé **jusqu'à l'âge de trois mois** ; au-delà, l'enfant entre dans une phase de diagnostic.

Le dépistage auditif s'inscrit dans un **parcours structuré**. Un premier test est réalisé en maternité. En cas de résultat non concluant, un deuxième test est proposé avant la sortie de maternité. Si celui-ci est également non concluant, un troisième test est programmé en différé, autour du 14^e jour de vie. En cas de résultat toujours non concluant, l'enfant est alors orienté vers une phase de diagnostic. Le refus du dépistage reste possible **à chacune des étapes du parcours**. La présence des parents lors des tests est vivement recommandée.

Dans ces situations, le RPO s'attache à tracer, à l'aide des documents disponibles dans les centres de dépistage, le moment auquel les parents ont souhaité interrompre le programme, ainsi que les raisons évoquées lorsque cela est possible. Cette traçabilité permet d'éviter des relances inappropriées et de distinguer clairement un refus de dépistage d'un enfant perdu de vue.

Enfin, un document publié par la **FFRSP en 2023** aborde le dépistage auditif néonatal dans le cadre des accouchements à domicile. Les sage-femmes accompagnant ces grossesses ont également une obligation d'information concernant l'existence du dépistage auditif néonatal. À l'issue de l'accouchement,

elles doivent orienter les parents et l'enfant vers un centre de dépistage référencé, situé à proximité du domicile, pour une réalisation des tests **au plus tôt à 36 heures de vie**, et de préférence au cours de la deuxième semaine de vie. Le dépistage ne peut pas être réalisé à domicile. Il est observé que cette population présente un taux plus élevé de refus ou de situations d'enfants perdus de vue.

Dans le carnet de santé, sur la page concernant la sortie de la maternité (page 7 et 8), il y a bien une partie concernant le dépistage auditif dans laquelle il est possible de notifier le refus.

En conclusion, concernant le dépistage auditif néonatal en Occitanie, le **taux de refus est de 0,09 %**, hors naissances à domicile.

- **Contexte juridique du dépistage auditif**

Il avait été mentionné que le refus de dépistage auditif ne pouvait être fait que par un seul parent ce qui avait posé plusieurs interrogations sur le fait que seul le consentement d'un parent était nécessaire.

Après recherches, la jurisprudence différencie les actes usuels et les actes non usuels. L'acte est non usuel s'il rompt avec le passé ou s'il engage l'avenir de l'enfant.

Dans le cadre juridique de la santé, le consentement des deux parents est le plus souvent demandé (vaccins, hospitalisation longue...) car tout acte médical engage en principe l'avenir de l'enfant sauf, par exemple, le suivi des maladies bénignes, les soins usuels.

Concernant le refus de dépistage auditif, il n'y a pas vraiment d'informations claires dans les recherches effectuées. Peut-on le considérer comme un acte usuel qui ne portera pas à l'intégrité physique de l'enfant ? Ou bien doit-on le considérer comme un acte non usuel dans la mesure où même s'il n'a pas de côté invasif, il peut engager un diagnostic ?

Le document de la FFADAN recommande que la consignation écrite du refus initial de dépistage néonatal de la surdité par au moins un des deux parents soit faite dans le dossier de l'enfant. En revanche elle n'est pas obligatoire dans le carnet de santé, il est juste nécessaire d'indiquer que le dépistage n'a pas été effectué. **L'information des deux parents sur les enjeux du dépistage auditif est indispensable mais l'accord d'au moins un des deux parents est suffisant. Il est donc clair dans ce document que si les deux parents s'opposent entre eux, le dépistage ne peut pas être fait.** En effet, dans la jurisprudence, le fait qu'un acte usuel puisse être refusé par un parent repose sur le fait que celui-ci est de bonne foi et on présume ainsi que les deux parents sont d'accord pour le refus. Si cependant, il y a un signe d'hostilité chez le deuxième parent, alors le consentement d'un seul parent ne peut pas suffire.

c) Vaccins

- **Contexte médical**

Il est rappelé que 11 vaccins (au lieu de 3) sont devenus obligatoires en France à partir du 01/01/2018 (articles L. 3111-2 et L. 3111-3 du code de la santé publique).

Les protocoles ou publications médicales (sélectionnées) sur le refus vaccinal sont en pièces jointes.

La présentation d'Infovac 2015 (J Gaudelus, L de Pontual) et l'article de la revue du praticien « Refus vaccinal » (J Gaudelus, L de Pontual) sont anciennes mais soulignent des éléments importants pour assurer et évaluer la mise en œuvre de la politique vaccinale.

Le document de l'OMS (groupe SAGE = Strategy Advisory Group of Experts of Immunisation) sur la réticence et l'hésitation des parents à l'égard de la vaccination donne un cadre général sur la complexité du sujet, précise chaque déterminant.

L'article de Robert Cohen (Dialogue avec les parents autour de la vaccination, Médecine et Enfance, 07/2025) donne des éléments intéressants de réponse sur les questions et réflexions fréquentes sur les vaccinations.

Le document du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) « Le médecin doit-il obtenir le consentement des parents pour chaque vaccin administré ? » est pratique, sous forme de 3 organigrammes (Vaccins obligatoires, Vaccins non obligatoires, Le mineur se présente seul au cabinet).

Les participants insistent sur l'importance de la qualité de la communication, sur l'obligation de l'information par le soignant, le maintien de la confiance même si refus d'un acte, sur la revalorisation des parents (voir chapitre)

Certains auteurs insistent sur l'importance d'une bonne communication entre soignants et parents, en précisant les bases théoriques de la communication (La stratégie de communication doit s'appuyer sur l'entretien motivationnel ; référence J Leask, bibliographie chapitre 8.4).

Discussions :

Sur les vaccinations obligatoires (11 vaccins depuis 2018), cette évolution est perçue comme apportant un certain soulagement pour les médecins. En revanche, elle comporte un risque de diminution de la qualité de l'information délivrée aux patients et aux familles, notamment en raison du temps contraint des consultations. Bien que l'information demeure une obligation, sa qualité pourrait s'en trouver altérée.

A propos du document du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) intitulé « *Le médecin doit-il obtenir le consentement des parents pour chaque vaccin administré* », les échanges ont porté sur la formulation concernant les vaccins obligatoires en cas de désaccord entre les parents : « *Le médecin met tout en œuvre pour convaincre le parent réticent* ». L'expression « met tout en œuvre » apparaît équivoque et imprécise, tandis que le terme « convaincre » semble inadapté au regard du rôle du médecin, qui consiste avant tout à informer sans exercer de contrainte. Par ailleurs, la dimension d'entretien et d'échange n'est pas suffisamment valorisée dans ce document, dans un contexte où le temps de consultation est limité.

Discussion sur les situations de refus de suivi par certains médecins à l'égard de patients opposés à un ou plusieurs vaccins : Il est rappelé la nécessité d'accompagner ces familles, et, le cas échéant, de les orienter vers un autre praticien. La notion de clause de conscience a également été évoquée.

• Contexte juridique du refus vaccinal

« On ne peut pas administrer un vaccin sans le consentement des 2 parents car cela porterait atteinte à l'intégrité corporelle de l'enfant ».

Bien que les parents soient responsables, le refus de vaccination n'est plus pénalement sanctionné, mais peut limiter l'accès à des environnements collectifs. Ils prennent la responsabilité des suites que cela pourrait occasionner, sachant que leur enfant va subir les effets négatifs de cette décision. Le caractère obligatoire de la vaccination a un effet juridique assez radical.

S'il y a un préjudice, c'est la faute des parents et ils pourront être poursuivis dans le cadre de l'indemnisation de leur enfant. Interrogation sur la nécessité de signalement en cas de refus de vaccins : A priori pas d'obligation mais le refus de vaccins est un facteur supplémentaire de risque quand il y a d'autres problèmes associés (hygiène, carences...).

Mais un simple refus de vaccins ne nécessite pas un signalement ou une information préoccupante. Cela serait au contraire une rupture dans la « relation parents/médecin. »

Il est rappelé que 11 vaccins (au lieu de 3) sont devenus obligatoires en France à partir du 01/01/2018 (articles L. 3111-2 et L. 3111-3 du code de la santé publique).

Les références juridiques les plus précises semblent être le code de la santé publique et le répertoire de droit civil avec les articles 152 et 153 (en annexes). Il faut distinguer les actes usuels (vaccinations obligatoires, consentement d'un parent, mais absence d'opposition de l'autre parent) et les actes non usuels (vaccinations non obligatoires, consentement des 2 parents).

Pour les actes usuels (vaccinations obligatoires), le parent est présumé avoir l'accord de l'autre lorsqu'il agit auprès d'un tiers (par exemple auprès d'un médecin ou d'un établissement scolaire). Le tiers n'a pas à s'assurer de l'accord de l'autre parent, c'est au parent qui fait l'acte usuel de s'assurer que l'autre parent est d'accord. Si opposition de l'autre parent, le parent demandeur peut en référer au juge des affaires familiales.

Pour les actes non usuels (vaccinations non obligatoires, consentement des 2 parents), la situation est plus complexe si conflit entre les parents :

- En cas de situation d'urgence (enfant en danger, risque important = assistance à personne en danger), l'appui du juge des enfants peut être nécessaire
- En cas de situation non urgente, le parent demandeur peut en référer au juge des affaires familiales.

III. Dimension psychologique dans la gestion de la communication médecin-parent : à titre d'exemple lors d'un refus de vaccination chez le bébé (document complet en annexe page 13)

Le document proposé par Mme FABRE « Dimension psychologique dans la gestion de la communication médecin-parent lors d'un refus de vaccination chez le bébé » est en annexe.

L'entretien parents-soignant devrait être optimisé (technique des 4 R : Recontextualiser, Reformuler, Résumer, Renforcer).

L'entretien motivationnel (étude MOTIVAC-MATER) semble être un outil très intéressant pour améliorer la communication entre parents et soignants, s'appuyant sur 4 principes : Etablir la relation (Engaging), Focaliser (Focusing), Evoquer (Evoking), Planifier (Planning).

Une étude qualitative de Santé Publique France (voir page 19) sur les connaissances et les perceptions de l'obligation vaccinale de la population générale en France communique des informations sur le caractère obligatoire ou recommandé (pouvant être compris comme facultatif) d'une vaccination.

Les participants à cette réunion souhaiteraient connaître les formations actuelles à l'entretien motivationnel, et posent la question d'engager le RPO dans un projet de formation.

Ci-dessous les conclusions du document de Mme FABRE :

« A partir de ces études francophones citées, on peut tirer des éléments spécifiques applicables :

- **Importance de l'information claire** : beaucoup de parents déclarent ne pas bien connaître les maladies ciblées par les vaccins. Donc, les médecins doivent donner des explications accessibles, montrer pourquoi tel vaccin est réalisé, quelles sont les conséquences de ne pas vacciner. (Étude Montpellier).
- **Rôle de la confiance** : confiance envers le médecin, mais aussi envers les autorités, les institutions de santé. L'étude de Bocquier et al. montre que la confiance et le sentiment d'engagement dans la santé jouent un rôle clé dans l'hésitation.
- **Personnalisation du discours / prise en compte du vécu des parents** : les expériences personnelles, le style de vie, les craintes et les croyances individuelles influencent la décision. Les médecins peuvent donc mieux accompagner, avec prise en compte de ces éléments.
- **Stratégies** communicationnelles potentiellement efficaces : l'entretien motivationnel semble prometteur. « Le contexte de maternité est opportun pour interagir. »

IV. Tableau récapitulatif

Voici le **tableau récapitulatif**, conforme aux recommandations HAS / Santé publique France.

Pour rappel, en cas de refus d'un soin par les parents, la loi prévoit que le médecin respecte la volonté des parents après les avoir informés des conséquences de leur choix. En cas d'« urgence vitale » ou d'« acte médical ou chirurgical non urgent indispensable », le médecin peut passer outre (voir fiches DGOS). Sur le plan juridique, il faut distinguer **les soins usuels** (soins obligatoires comme certaines vaccinations, les soins courants, l'autorisation d'un seul parent étant suffisante) et **les soins non usuels** (intervention chirurgicale, traitement lourd ou invasif ou engageant l'avenir de l'enfant, avec nécessité du recueil du consentement des deux parents). **Pour tous les soins, si refus des parents, la traçabilité de l'information et du refus doit être écrite sur le dossier et sur le carnet de santé.**

Soin / Situation	Obligatoire / Recommandé	Soin usuel / Non usuel	Information des parents, écrite ET orale	Consentement oral d'un ou des parents
Sortie précoce contre avis médical (En absence d'urgence vitale ou acte indispensable)		A priori non usuel	Oui, des 2 parents Signature sur document si sortie précoce	Oui, des 2 parents
Autorisation d'opérer ou d'anesthésier		Non usuel	Oui, des 2 parents Signature sur document	Oui, des 2 parents
Soins néonataux usuels en maternité (dont Vitamine K)	Recommandé	Usuel	Oui	Oui
Immunisation VRS du nourrisson	Recommandée (Selon critères)	A priori usuel	Oui	Oui
Dépistage néonatal auditif	Recommandé	A priori usuel (Sauf jurisprudence)	Oui	Oui
Dépistage néonatal Guthrie	Recommandé	Usuel	Oui	Oui + consentement écrit pour mucoviscidose + 3 nouvelles maladies depuis 09/2025
Vaccins du nourrisson	11 vaccins obligatoires	Usuel	Oui	Oui
Vaccins du nourrisson	Recommandés (autres vaccins)	Non usuel	Oui des 2 parents	Oui des 2 parents
Vaccination VRS pendant la grossesse	Recommandée (Selon période épidémique)	A priori usuel	Oui	Oui

V. Annexes

Annexe 1 : Suggestion de réflexions (Mme Fabienne FABRE, psychologue) Dimension psychologique dans la gestion de la communication médecin- parents lors d'un refus de vaccination chez le bébé

Voici une représentation des dimensions psychologiques en jeu dans la communication médecin-parents lorsqu'il y a refus ou hésitation vaccinale chez le bébé ou très jeune enfant (avec quelques études à l'appui).

On peut classer ces dimensions sous deux angles + liens des deux qui partiraient :

- **Des parents** avec leurs croyances, émotions, style cognitif, contexte social
- **Des médecins** dans la manière dont leur manière de communiquer,
- Voir comment tous ces éléments interagissent en fonction de la posture de chacun (études, revues de la littérature, articles).

1. Dimension psychologique chez les parents :

- **Croyances implicites et explicites, associations mentales :**

Les parents développent des associations mentales entre « vaccins » et « bénéfique » ou « Nuisible », consciemment (explicite) ou inconsciemment (implicite).

- **Perception du risque/bénéfice :**

- Le jugement sur le risque (effets secondaires, complications possibles) par rapport au bénéfice (protection, immunité) est central. Si la perception du risque est élevée ou non compensée, cela favorise le refus.
- Parfois les parents considèrent la maladie comme moins dangereuse que l'idée d'un vaccin qui pourrait avoir des effets secondaires.

- **Confiance (ou méfiance) :**

- Confiance dans le professionnel de santé, dans les institutions (système de santé, autorités), dans la science. Si cette confiance est faible, la communication devient plus difficile.

- **Émotions et anxiété :**

- L'anxiété parentale générale (et parfois spécifique liée à la santé/vaccins) est associée à une plus grande probabilité de refus.
- Peurs passées, mauvais souvenirs de soins ou de vaccins, anxiété vis-à-vis de la douleur ou des effets secondaires. Ces émotions influencent la mémoire, l'attention, la tolérance aux arguments rationnels.

- **Réactance psychologique :**

- C'est la résistance qui survient quand un parent perçoit que son autonomie est menacée ou qu'on essaie de lui imposer une décision.

- Les parents à forte résistance peuvent moins bien répondre à un discours persuasif, ou se braquer. Le style de communication devient crucial dans ces cas.

Chez les parents à forte résistance vaccinale, un discours persuasif classique (arguments scientifiques, rappel des obligations, insistance sur la responsabilité collective) peut produire l'effet inverse de celui recherché : ils se braquent (réactance psychologique). Dans ce contexte, le style de communication devient déterminant pour favoriser l'adhésion à la vaccination de leur bébé. Certaines études montrent que des approches de type entretien motivationnel, communication empathique, etc., peuvent être efficaces pour réduire l'hésitation vaccinale chez des parents (y compris ceux potentiellement plus résistants).

- **Influence sociale, culture, style de vie :**

- Le contexte social : ce que la famille, les pairs, les médias, les communautés disent. Les croyances partagées, les réseaux sociaux d'information ou désinformation.
- Le style de vie des parents : certaines études montrent que des parents avec une conception « naturelle », ou qui valorisent un mode de vie « sain » alternatif, peuvent penser que leur mode de vie rend le vaccin moins nécessaire.

2. Dimension psychologique liées aux médecins concernant la communication :

- **Style de communication : participatif vs autoritaire :**

- Une communication trop directive (imposition, ordre) peut déclencher la réactance, surtout chez des parents qui tiennent à leur autonomie.
- En revanche, un style plus ouvert, qui écoute les motifs, permet aux parents d'exprimer leurs inquiétudes, peut favoriser la confiance.

- **Écoute active, empathie, validation des inquiétudes :**

- Permet de reconnaître la peur, l'incertitude, de ne pas juger. Ceci aide à réduire la distance, à ne pas polariser.
- Le médecin gagne en légitimité si le parent se sent entendu.

- **Qualité de l'information donnée : clarté, pertinence, transparence :**

- Présenter les bénéfices et les risques de façon compréhensible, avec des données accessibles, illustrant les probabilités ou les conséquences concrètes.
- Éviter le jargon, éviter de minimiser ou de cacher les effets secondaires légitimes : la transparence aide à la confiance.

- **Anticipation et répétition :**

- Il peut être utile de donner l'information non pas seulement au moment du vaccin mais d'anticiper, de laisser le temps de réfléchir, voire de revenir à la discussion.
- Certains parents peuvent avoir besoin de plus d'exposition à l'information, de pouvoir vérifier ou discuter entre temps.

- **Adaptation au profil psychologique / aux positions des parents :**

- Identifier où en sont les parents : acceptation sans question, acceptation hésitante, vaccin tardif/sélectif, refus complet.
- Adapter le discours selon leur style : par exemple si la personne est très méfiante, insister sur la confiance, sur la sécurité, partager des témoignages ou preuves locales plutôt que de donner des statistiques abstraites.

- **Gestion de la relation de confiance :**

- Le respect, le non-jugement, la continuité (par exemple le médecin de famille, la PMI) aident à maintenir ou reconstruire la confiance.
- Le médecin doit aussi montrer sa posture d'expert mais accessible, et souvent montrer ce qu'il fait lui-même ou ce qu'il recommande dans son entourage.

3. POUR RESUMER communication et posture du praticien médecin :

- **Diagnostiquer la position du parent** : savoir s'il s'agit d'un refus ferme, d'une hésitation, d'une acceptation conditionnelle, etc., pour adapter le discours.
- **Favoriser une approche dialogique, respectueuse** plutôt que de dire simplement « il faut vacciner ». Encourager les questions, écouter les doutes.
- **Présenter les risques et bénéfices de façon transparente, compréhensible**, donner des exemples concrets, chiffres simples, contextualiser les probabilités.
- **Utiliser la continuité et la relation de confiance**, mettre en avant ce que font d'autres parents ou ce que les autorités locales disent, si cela est utile.
- **Reconnaître les émotions** : peur, inquiétude, méfiance, et les valider. Cela ne veut pas dire les encourager, mais les reconnaître comme légitimes dans le dialogue.

- **Éviter la sur-persuasion ou le ton moralisateur** : cela peut entraîner une réaction contraire.
- **Donner du temps** : parfois la conversation doit se dérouler sur plusieurs visites, laisser le temps au parent de réfléchir, d'aller chercher de l'information, d'échanger avec d'autres.

4. Quelques références francophones/menées en France :

MOTIVAC-MATER — Mentionnée dans “L’adhésion vaccinale dans la population française et les déterminants associés”, Santé publique France.

- **Etude d'évaluation sur l'entretien motivationnel en maternité. (Anglais mais population française, Provence-Alpes-Côte d'Azur, France, 2024).**

Etude sur la réactance psychologique. Evalue la faisabilité et l'efficacité d'un programme d'entretien motivationnel mené par des sage-femmes en maternité, dans les jours suivant l'accouchement.

Méthode/population : essai contrôlé randomisé, comparant deux groupes : intervention (entretien motivationnel) vs groupe témoin (distribution d'une brochure). Étude contrôlée randomisée multicentrique faite dans deux maternités en région PACA.

Résultats : l'entretien motivationnel réduit l'hésitation vaccinale, et augmente l'intention de faire vacciner l'enfant à 2 et à 12 mois. Montre qu'un entretien motivationnel post-partum peut réduire l'hésitation et accroître l'intention de vaccination.

- **Etude qualitative (2015) “Comprendre la décision vaccinale des parents pour mieux accompagner leurs choix : étude qualitative phénoménologique auprès des parents français” (Montpellier, 2015).** Agnès Oude Engberink, François Carbonnel, Béatrice Lognos, Elodie Million, Marion Vallart, Suzanne Gagnon, Gérard Bourrel.

Etude sur la réactance psychologique, sur les hésitations, sur la confiance/ou méfiance.

Mesure les représentations des parents, leur connaissance des maladies vaccinables, leur compréhension des risques et bénéfices, leur confiance dans le médecin, et le poids des expériences personnelles vs informations « officielles ».

Méthode/population : Étude qualitative (entretiens semi-directifs) auprès de 14 parents avec enfants en âge de vaccination.

Résultats : beaucoup de méconnaissance des maladies contre lesquelles on vaccine les enfants. Les parents ne perçoivent pas toujours le risque que représentent ces maladies. Le jugement bénéfice/risque est central : certains vaccins sont « triés » par les parents selon ce qu'ils considèrent comme utile et sûr.

La confiance dans le médecin joue un grand rôle. Si le médecin est perçu comme fiable, cela peut compenser une perception élevée du risque.

Les parents veulent être mieux informés, notamment de manière transparente sur les risques

éventuels.

Environ 46,5 % des enfants analysés étaient incomplètement vaccinés à 2 ans (ne pas avoir de visite de service de protection maternelle et infantile dans les deux premiers mois, vivre dans une zone isolée, ou avoir des parents qui adoptent des médecines alternatives ou ne suivent pas les recommandations de santé, sont associés à une vaccination incomplète).

Ces résultats suggèrent que la confiance, l'accès à l'information, le suivi de santé précoce, et les croyances (y compris sur les risques) sont des facteurs clefs.

Les femmes enceintes sont assez partagées selon le moyen de prévention : certains seront plus favorables à la vaccination pendant la grossesse, d'autres à la protection directe du nourrisson via anticorps monoclonal.

- **Bocquier A., Fressard L., Cortaredona S., Zaytseva A., Ward J., Gautier A., Peretti-Watel P., Verger P.** « Différenciation sociale de l'hésitation vaccinale chez les parents français et rôle médiateur de la confiance et de l'engagement envers la santé : une étude transversale nationale » (Vaccine, 2018 - Santé Publique France).
- **Bocquier A., Fressard L., Cortaredona S., Ward J., Peretti-Watel P., Verger P.** Article "L'hésitation vaccinale en France – Prévalence et variation selon le statut socio-économique des parents" (Médecine/Sciences, 2020).

Porte sur le rôle de la confiance dans les autorités de santé et le sentiment d'engagement envers la santé dans l'hésitation vaccinale. Montre que les parents très diplômés sont plus susceptibles de retarder ou refuser, mais que la confiance et l'engagement modulant ce lien sont cruciaux.

Méthode : enquête Baromètre santé de 2016, parents d'enfants de 1 à 15 ans.

Résultats : ~46 % des parents étaient hésitants. Décomposition : 26 % avaient déjà refusé un vaccin, 7 % retardé, 13 % accepté mais avec des doutes.

Le statut socio-économique (niveau de diplôme) est associé à l'hésitation (cependant ici on n'explore pas directement la croyance qu'un style de vie « naturel » ou sain peut compenser l'absence de vaccin).

- **Santé publique France — Étude qualitative sur les connaissances et les perceptions de l'obligation vaccinale de la population générale en France.**

Entretiens de groupe et analyses qualitatives montrant comment la population perçoit les obligations vs recommandations, utile pour saisir le contexte légal/social et son impact sur le dialogue clinique avec les parents.

Résultats : L'analyse des entretiens montre un faible niveau de connaissance générale des vaccinations. Le caractère recommandé d'un vaccin lui confère une dimension facultative, avec une remise en question en termes d'utilité, d'efficacité et d'innocuité. Le caractère obligatoire d'une vaccination semble avoir un effet positif sur sa perception.

Cette étude montre qu'une majorité de personnes n'est pas opposée par principe à l'obligation vaccinale et n'envisage pas favorablement la suppression de cette obligation pour certaines vaccinations. Elle apporte des éléments de compréhension utiles pour orienter les politiques publiques.

- **Amouyal M. et al. Étude publiée dans la revue Exercer (revue française de médecine générale 2013). ETUDES qualitative : « Que pensent les parents de la vaccination ? Une étude qualitative » (Sur les croyances implicites/explicites)**

Elle explore les représentations des parents en se basant sur des entretiens semi-directifs et a mis en évidence le principe de "l'inégalité de l'individu devant la maladie et le vaccin" qui influence leur décision vaccinale.

5. Des éléments spécifiques applicables :

- **Importance de l'information claire** : beaucoup de parents déclarent ne pas bien connaître les maladies ciblées par les vaccins. Donc, les médecins doivent donner des explications accessibles, montrer pourquoi tel vaccin est fait, quelles sont les conséquences de ne pas vacciner. (Étude Montpellier).
- **Rôle de la confiance** : confiance envers le médecin, mais aussi envers les autorités, les institutions de santé. L'étude de Bocquier et Al. montre que la confiance et le sentiment d'engagement dans la santé jouent un rôle clé dans l'hésitation.
- **Personnalisation du discours / prise en compte du vécu des parents** : les expériences personnelles, le style de vie, les craintes et les croyances individuelles influencent la décision. Les médecins peuvent donc mieux accompagner si ces éléments sont pris en compte. (Montpellier).
- **Stratégies communicationnelles potentiellement efficaces** : l'entretien motivationnel semble prometteur. Le contexte de maternité est opportun pour interagir.

Annexe 2 : Répertoire de droit civil (documents provenant de Mme PARICARD)

§ 1er - Présomption d'accord pour les actes usuels

139. Tiers de bonne foi. - Il fallait éviter que les tiers (entendus au sens large du terme, à savoir des membres de la famille aux administrations) ne soient tentés d'exiger une preuve de l'accord des parents ou une démarche conjointe de leur part (une double signature, par ex.), ce qui eût été contraire au vœu du législateur de simplifier la vie quotidienne des familles. À cette fin, l'article 372-2 dispose : « 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 ». Les tiers de bonne foi ne risquent donc pas de voir engager leur responsabilité si l'acte passé par un seul des parents est ensuite contesté. Ils l'engageraient en revanche, et l'acte pourrait être annulé, s'ils avaient eu connaissance du désaccord des parents, directement ou même indirectement, par un faisceau d'indices concordants qui ne pouvaient

qu'éveiller leur attention. La bonne foi se présument, il appartient à celui qui entend attaquer l'acte de prouver la mauvaise foi du tiers. Le juge apprécie souverainement.

140. Notion cadre. - La présomption d'accord ne joue que pour les « actes usuels de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant ». Il s'agit là d'une de ces notions cadres auxquelles le législateur contemporain a souvent recours en droit de la famille : plutôt que de dresser une liste nécessairement incomplète, il utilise une catégorie générale, une « enveloppe », dont le juge est chargé de définir le contenu au fil des espèces (CORNU, art. préc., *supra*, n° 33).

141. Critère. - La loi ne fournit aucune définition de l'acte usuel. Une décision de la cour d'appel d'Aix-en-Provence du 28 octobre 2011 (Aix-en-Provence, 28 oct. 2011, RG n° 11/00127, D. 2012. 2267, obs. Bonfils et Gouttenoire ) , rendue en matière d'assistance éducative, propose une intéressante définition des actes usuels comme des actes de la vie « quotidienne, sans gravité, qui n'engagent pas l'avenir de l'enfant, qui ne donnent pas lieu à une appréciation de principe essentielle et ne présentent aucun risque grave apparent pour l'enfant, ou encore, même s'ils revêtent un caractère important, des actes s'inscrivant dans une pratique antérieure non contestée ». *A contrario*, selon la cour, relèvent de l'autorisation des parents titulaires de l'autorité parentale et, en cas de désaccord, d'une éventuelle autorisation judiciaire « les décisions qui supposeraient en l'absence de mesure de garde, l'accord des deux parents, ou qui encore, en raison de leur caractère inhabituel ou de leur incidence particulière dans l'éducation et la santé de l'enfant, supposent une réflexion préalable sur leur bien-fondé ». Par acte usuel, il faudrait donc entendre un acte de la vie quotidienne, un acte sans gravité. En feraient partie les demandes administratives : demandes de carte d'identité, demandes de passeport (l'inscription d'un enfant sur le passeport de l'un des parents constitue un acte usuel, même dans le contexte d'une procédure de divorce : CE 8 févr. 1999, req. n° 173126 , Dr. fam. 1999, n° 40, obs. Murat ; D. 2000. Somm. 161, obs. Vauvillé  . – CE 4 déc. 2002, req. n° 252051 , D. 2003. IR 313  ; Dr. fam. 2003, n° 12, obs. Murat ; RG proc. 1999. 666, obs. Gouttenoire), inscriptions dans les établissements scolaires déjà fréquentés par l'enfant, demandes de documents concernant l'enfant comme la délivrance de diplômes ou de certains états administratifs, ainsi que les actes à l'égard d'institutions ou de personnes privées lorsqu'il n'y a pas lieu à une appréciation de principe essentielle et que, par ailleurs, aucun risque grave n'apparaît pour l'enfant.

142. Appréciation *in concreto*. - Toutefois, toute liste des actes usuels préétablie doit être amendée en tenant compte des données particulières de l'espèce. En fait, le critère pourrait être le suivant : l'acte rompt-il avec le passé et, surtout, engage-t-il, d'une façon ou d'une autre, l'avenir de l'enfant ? Pour répondre à cette question, le tiers devrait apprécier l'acte d'un double point de vue : *in abstracto* (en soi, l'acte appartient-il plutôt à la catégorie des actes usuels ou non ?) et *in concreto* (l'acte peut-il être considéré comme usuel relativement à tel enfant et à tels parents particuliers ?). Par exemple, à propos de l'inscription dans un établissement scolaire, si l'un des parents entend réinscrire l'enfant dans le même établissement ou l'inscrire dans un établissement similaire, il s'agit certainement d'un acte usuel. Si, au contraire, l'enfant, précédemment confié à l'enseignement public, est inscrit dans une école privée (not. confessionnelle), il y a là une décision importante qui nécessite l'accord des deux parents ; le tiers qui recevrait l'inscription sans vérifier que les parents sont d'accord ne devrait pas être couvert par la présomption.

143. Équilibre. - Si l'article 372-2 facilite considérablement la tâche des parents et des tiers, ces derniers risquent de se trouver parfois dans une situation assez délicate. La question se pose assez souvent en pratique, notamment en cas de séparation ou lorsque l'enfant a été confié à un tiers (souvent au service de l'aide sociale à l'enfance), mais la jurisprudence est plus que rare. Il faut maintenir l'équilibre entre la nécessaire liberté des parents et le principe d'une action commune. Il convient d'ailleurs de ne pas oublier

que l'article 372-2 s'applique non seulement aux parents unis, mais aussi aux parents séparés qui exercent conjointement l'autorité parentale : dans de telles hypothèses, il importe d'éviter que la présomption d'accord ne subvertisse l'obligation de décider et d'agir ensemble (GUINERET-BROBBEL DORSMAN et SIRE, Maman dit oui, papa aussi ou les regrettables incertitudes de la présomption d'accord en matière d'exercice conjoint de l'autorité parentale, LPA 2003, n° 64, p. 5).

144. Scolarité. - Si l'inscription d'un enfant dans un établissement scolaire est un acte usuel lorsqu'il s'agit d'inscrire l'enfant dans la même école que l'année précédente, les parents doivent décider ensemble dans quel établissement scolaire ils souhaitent inscrire leur enfant pour la première fois. La règle est la même pour un changement d'établissement scolaire. L'administration saisie d'une demande de changement d'établissement scolaire présentée par l'un des parents doit apprécier si cette demande peut, eu égard à la nature de cet acte et à l'ensemble des circonstances dont elle a connaissance, être regardée comme relevant d'un acte usuel de l'autorité parentale permettant l'application de la présomption d'accord posée par l'article 372-2 du code civil. L'administration doit s'assurer que le parent qui formule une telle demande dispose de l'accord exprès de l'autre. Dans son arrêt du 13 avril 2018 (CE 13 avr. 2018, Min. Éducation national, Enseignement supérieur et Recherche, req. n° 392949 , Lebon ; D. actu. 30 avr. 2018, obs. Pastor ; AJDA 2018. 827  ; AJ fam. 2018. 347, obs. Avena-Robardet  ; RTD civ. 2018. 633, obs. Leroyer ) , le Conseil d'État affirme que le changement d'établissement scolaire nécessite le consentement des deux parents exerçant l'autorité parentale, en ce qu'il ne constitue pas un acte usuel. Selon le Conseil d'État, le fait pour l'administration d'avoir fait droit, pour un enfant, à une demande émanant d'un parent qu'elle ne pouvait regarder comme réputé agir avec l'accord de l'autre, entache sa décision l'illégalité. Toutefois, dans l'hypothèse où l'administration « ferait droit, pour un enfant, à une demande émanant d'un parent qu'elle ne pourrait, [...], regarder comme réputé agir avec l'accord de l'autre parent, l'illégalité qui entacherait, par suite, sa décision, ne serait susceptible d'engager sa responsabilité qu'à raison de la part imputable à sa faute dans la survenance du préjudice » (CE 13 avr. 2018, req. n° 392949 , Lebon ; D. actu. 30 avr. 2018, obs. Pastor ; AJDA 2018. 827  ; AJ fam. 2018. 347, obs. Avena-Robardet  ; RTD civ. 2018. 633, obs. Leroyer ) . L'école d'origine, saisie par un seul des parents d'une demande de certificat de radiation en plein milieu d'année scolaire, sachant que l'enfant a un autre parent codétenteur de l'autorité parentale, ne peut faire l'économie de vérifier le consentement de ce dernier à une telle démarche non usuelle (Rapp. Leonetti relatif à l'autorité parentale et aux droits des tiers, remis le 7 nov. 2009). S'il existe une raison de faire changer l'enfant de collège, il faut que le choix du nouvel établissement soit opéré par les deux parents qui exercent conjointement l'autorité parentale (Aix-en-Provence, 27 oct. 2016, RG n° 15/19572, Dr. fam. 2016, n° 2, comm. 39, obs. Slimani). Dans une décision du 27 octobre 2016, la cour d'appel de Versailles (Versailles, 27 oct. 2016, RG n° 15/05533, Dr. fam. 2017. Comm. 38, obs. Slimani) rejette la demande de la mère qui souhaite inscrire les enfants dans un établissement privé, alors que le père refuse qu'ils changent d'établissement. Les juges écartent les « protocoles » et autres arrangements des parents (profitant exclusivement à la mère) et font primer l'intérêt des enfants qui ont affirmé très clairement leur envie de rester dans le même établissement. La cour conclut qu'il n'existe aucune raison de donner une issue favorable à la demande de leur mère. En revanche, « les justifications des absences scolaires, ponctuelles et brèves, de l'enfant, même présentées seulement par oral par la mère ou le père, sont des actes usuels qui n'ont pas à être portés à la connaissance de l'autre parent par l'administration » (TA Melun, 18 déc. 2007).

145. Religion. - La question du choix de l'établissement scolaire est souvent liée à des motifs religieux. La cour d'appel de Douai, dans une décision du 28 août 2014 (Douai, 28 août 2014, RG n° 14/05205, AJ fam. 2014. 556, obs. Bazin ) , a pu donner raison au père, de confession juive, d'un enfant de parents séparés,

qui vivait chez sa mère, tandis que le père exerçait un droit de visite, lequel souhaitait que son enfant soit inscrit dans une école publique laïque et non privée catholique comme l'avait unilatéralement décidé la mère, de confession catholique. La cour affirme que « L'intérêt de l'enfant est d'être scolarisé dans des conditions ne faisant pas primer les convictions religieuses de l'un des parents sur celles de l'autre ; [...] l'école publique et laïque offre à cet égard les gages de la neutralité religieuse ».

146. Actes médicaux. - Entrent sans doute dans la catégorie des actes usuels les soins obligatoires (comme certaines vaccinations, *V. infra*, n° 152), les soins courants (blessures superficielles, infections bénignes, soins dentaires de routine, par ex.), les soins habituels chez l'enfant (traitement des maladies infantiles ordinaires) ou chez tel enfant particulier (poursuite d'un traitement ou soins d'une maladie récurrente, fût-elle grave : usuel n'est pas synonyme de peu grave). En revanche peuvent difficilement être considérés comme des actes usuels : la décision de soumettre l'enfant à un traitement nécessitant une hospitalisation prolongée, c'est-à-dire impliquant des soins plus ou moins importants, même s'ils sont courants (en ce sens, on peut penser que décider d'une opération de l'appendicite, en dehors d'un état de crise, nécessite le consentement des deux parents, étant entendu qu'en cas d'urgence le médecin devra opérer. – *V. supra*, n° 74) ; le recours à un traitement lourd ou comportant des effets secondaires importants et, bien évidemment, la résolution d'arrêter les soins ou de les réduire à un traitement de confort.

147. Recours. - L'arrêt de la Cour de cassation du 15 mars 2017 (Civ. 1^{re}, 15 mars 2017, n° 16-24.055 , D. 2017. 1727, obs. Bonfils et Gouttenoire ) relatif à un traitement à base d'hormones de croissance confirme, s'il en était besoin, la compétence du juge aux affaires familiales pour trancher un conflit parental relatif à la santé de l'enfant, conformément à l'intérêt de ce dernier. En l'espèce, la mère qui souhaitait soumettre l'enfant à un traitement médical à base d'hormones de croissance – il mesurait 1m32 alors qu'il était âgé de douze ans – avait saisi le juge pour qu'il l'autorise à passer outre le refus du père, étant précisé que les parents séparés exerçaient conjointement l'autorité parentale sur l'enfant, lequel vivait alternativement chez l'un et chez l'autre. La Cour de cassation rejette le pourvoi de la mère contre l'arrêt d'appel qui avait refusé d'autoriser le traitement (Poitiers, 11 mai 2016, RG n° 15/02325), en précisant que « le conflit d'autorité parentale devait être tranché en considération du seul intérêt de l'enfant », apprécié souverainement par les juges du fond. En l'occurrence, ces derniers avaient fondé leur décision sur les risques du traitement, se référant au principe de précaution, ainsi que sur le fait que l'enfant semblait accepter sa petite taille, ce qui ne rendait pas le traitement absolument nécessaire. Ils avaient en outre tenu compte de l'avis de l'enfant qui avait exprimé ses inquiétudes quant aux effets du traitement et s'était montré sensible aux appréhensions paternelles à ce sujet. Dans une affaire où un père avait fait mentionner sur le carnet de santé de l'enfant son opposition à toute vaccination sans son accord préalable (ce qui excluait le jeu de la présomption de pouvoir d'un seul parent pour ce qui doit être considéré comme un acte usuel), la mère avait saisi le juge aux affaires familiales afin d'être autorisée à passer outre son opposition et pratiquer les vaccinations obligatoires. Dans une décision du 18 juin 2015, la cour d'appel de Paris a donné raison à la mère en estimant que cette opposition n'avait donné lieu à aucune explication de la part du père quant aux raisons de ce choix ; elle précise en outre que « le partage de l'autorité parentale entre les parents n'est pas un concept déconnecté de toute réalité, imaginé pour satisfaire les revendications égalitaires des adultes, mais la traduction juridique de l'intérêt pour les enfants d'être élevés par leurs deux parents » (Paris, 18 juin 2015, RG n° 15/00864, JCP 2015. 953).

148. Mais cette distinction selon la nature intrinsèque des actes considérés doit être combinée avec les données particulières de chaque espèce, notamment avec les caractères propres de l'enfant (sa fragilité ou des prédispositions telles qu'elles rendraient risqué un traitement bénin pour tout autre enfant). Certains textes spécifiques à un acte particulier n'exigent qu'un seul consentement parental. Ainsi, le consentement d'un seul des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale suffit pour autoriser le recueil et la conservation de tissus germinaux en cas de traitement portant atteinte à la fertilité (CSP, art. L. 2141-11 )

149. Il n'en va, en revanche, pas de même de la décision de soumettre l'enfant à un traitement lourd ou à une hospitalisation prolongée. Ainsi, un enfant ne peut être suivi par un médecin que la mère a pris seule l'initiative de consulter, alors que cette décision destinée à protéger la santé de l'enfant appartient aux deux parents titulaires de l'autorité parentale (Toulouse, 7 nov. 2000, RG n° 1999/05839). Toutefois, l'article L. 162-5-3 du code de la santé publique issu de la loi du 26 janvier 2016 et modifié par l'ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 prévoit qu'« 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 ». Même s'il s'agit de la déclaration et non du choix du médecin, cette disposition pourrait signifier que le choix du médecin traitant relève à partir de 16 ans de la décision d'un accord entre le mineur et un seul de ses parents.

150. Le Conseil d'État a considéré dans un arrêt du 7 mai 2014 (CE 7 mai 2014, req. n° 359076 , D. 2014. 1787, obs. Bonfils et Gouttenoire ) que la prescription de Prozac à une mineure de seize ans sans le consentement de son père engageait la responsabilité du médecin prescripteur. Le Conseil d'État précise que l'acte en cause, à savoir la délivrance d'un antidépresseur, constitue un acte non usuel qui devait donc être autorisé par les deux titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Il ne pouvait être passé outre à ce double consentement en vertu des articles L. 1111-4, alinéa 6, et R. 4127-42 du code de la santé publique « qu'en cas d'urgence, lorsque l'état de santé du patient exige l'administration de soins immédiats ». Or, en l'espèce le Conseil d'État considère que la seule aggravation de la santé du mineur ne suffit pas à définir l'urgence.

151. Circoncision. - Certains actes médicaux peuvent alternativement appartenir à l'une ou l'autre catégorie selon le contexte dans lequel ils s'inscrivent. La Cour de cassation a par exemple admis qu'une circoncision pouvait être un acte usuel si elle relève de la nécessité médicale, mais il en va différemment s'il s'agit d'une circoncision rituelle (Civ. 1^{re}, 26 janv. 1994, n° 92-10.838 , D. 1995. 226, note Choain  ; RTD civ. 1994. 846, obs. Hauser ). Dans le même sens, la cour d'appel de Lyon affirme qu'« il s'agit d'une décision grave qui ne peut être prise que d'un commun accord entre les parents et avec le consentement de l'enfant, dès lors qu'il est âgé de onze ans » (Lyon, 25 juill. 2007, JCP 2008. IV. 1028 ; RTD civ. 2008. 99, obs. Hauser ).

152. Vaccinations. - Le régime des vaccinations dont peut bénéficier un enfant au regard des pouvoirs parentaux est une question discutée en doctrine comme en pratique. Il s'agit en effet de savoir si un tel acte est usuel ou non pour déterminer s'il peut, ou non, être décidé par un seul des parents. Il semble que l'on peut distinguer entre les vaccinations obligatoires qui constitueraient des actes usuels pour lesquels un parent est présumé avoir l'accord de l'autre (C. civ., art. 372-2 ) et les vaccinations non obligatoires qui seraient des actes non usuels pour lesquels le contrôle des deux parents est requis. Cette analyse est toutefois mise à mal par des interventions législatives, jurisprudentielles et dernièrement ministérielles. Les vaccinations obligatoires semblent relever du domaine de la présomption de pouvoir d'un seul parent.

Toutefois, cette présomption peut être renversée par la manifestation d'opposition d'un parent. Le juge aux affaires familiales pourrait être saisi du conflit ; il semblerait logique que sauf circonstances exceptionnelles tenant à l'intérêt de l'enfant, il autorise alors la vaccination (V. *supra*, n° 147). Pour ce qui est des vaccinations non obligatoires, on peut considérer *a contrario* qu'il s'agit d'actes non usuels mais sans pouvoir l'affirmer de manière absolue. La vaccination contre la grippe A/H1N1 exige sans aucun doute le consentement des deux parents, comme celle contre l'hépatite B. Après avoir autorisé la vaccination contre le COVID, avec le consentement d'un seul parent ou même sans consentement parental pour le mineur de plus de 16 ans (L. n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire), le législateur a abrogé ce dispositif d'urgence. Il faut donc en déduire que l'on revient au principe général, c'est-à-dire l'exigence du consentement des deux parents. Le vaccin contre le papillomavirus ne fait pas partie des vaccinations obligatoires mais suscite des hésitations. Le Conseil d'État dans un arrêt du 4 octobre 2019 (CE 4 oct. 2019, req. n° 417714 ) a annulé une décision de la chambre disciplinaire nationale condamnant un pédiatre qui avait vacciné deux jeunes filles à la seule demande de leur mère. Le Conseil d'État a reproché à la juridiction disciplinaire de « s'être fondée sur la seule circonstance que la vaccination en cause n'était pas obligatoire, pour en déduire qu'elle ne pouvait être qualifiée d'acte usuel de l'autorité parentale quelle que soit l'appréciation portée sur l'absence ou non de risque pouvant en résulter. » Autrement dit ce ne serait pas le vaccin en lui-même qui peut être qualifié, de manière générale, d'acte non usuel, mais les circonstances dans lesquelles il est réalisé, notamment au regard des caractéristiques des patientes concernées ou l'ensemble des circonstances dont le médecin avait connaissance. Toutefois une instruction interministérielle du 19 juin 2023 relative à l'organisation d'une campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) au collège à partir de la rentrée 2023-2024 (n° DGS/SP1/DGESCO/2023/99) remet en question l'analyse du Conseil d'État. En effet, elle impose l'autorisation des deux parents (parent 1 et parent 2...) de manière systématique, ce qui paraît logique. Toutefois, le formulaire à remplir par les parents permet à un seul d'entre eux d'autoriser le vaccin s'il déclare sur l'honneur que l'autre a été empêché de consentir mais qu'il a donné son consentement.

153. Absence de vaccinations. - Un mineur s'est ainsi vu interdire l'accès à un lycée professionnel au motif que ses parents n'avaient pas satisfait à l'obligation de vaccination à laquelle tout mineur est normalement soumis sans justifier d'une contre-indication à la pratique de cet acte. Dans une décision du 5 juin 2007 (CAA Lyon, 5 juin 2007, req. n° 06LY02156 , Gaz. Pal. 2008, n° 365, p. 38, obs. Gabriel), la Cour administrative d'appel de Lyon considère que « le législateur a entendu subordonner, dans l'intérêt de la protection de la santé publique, l'admission des enfants dans tout établissement scolaire public ou privé, ainsi d'ailleurs que dans toute autre collectivité d'enfants, à la justification que les intéressés ont satisfait aux prescriptions légales » et que « le certificat médical produit n'était pas de nature à justifier notamment, dans les conditions prévues à l'article R. 3112-3 [du code de la santé publique], d'une des contre-indications à la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG [...] que, dès lors, le proviseur de cet établissement a pu, pour ce seul motif, décider de ne plus admettre cet élève aussi longtemps qu'il ne serait pas satisfait aux dites dispositions ». Dans une décision du 20 mars 2015 (Cons. const. 20 mars 2015, n° 2015-458 QPC , le Conseil constitutionnel a également affirmé qu'il était loisible au législateur de définir une politique de vaccination afin de protéger la santé individuelle et collective.

154. Identité. - Les décisions relatives à l'identité ou à l'identification de l'enfant relèvent de la catégorie des actes non usuels. Toutefois, alors que la Cour de cassation (Civ. 1^{re}, 3 mars 2009, n° 05-17.163 , Bull. civ. I, n° 190 ; D. 2009. 803, obs. Egéa ) et le Conseil d'État (CE 15 juin 2012, req. n° 353699 , D. 2013. 324, obs. Boskovic, Corneloup, Jault-Seseke, Joubert et Parrot ) avaient affirmé que l'adjonction à tire d'usage du nom du parent qui n'a pas transmis le sien exigeait le consentement des parents, la loi

n° 2022-301 du 2 mars 2022 relative au choix du nom issu de la filiation a posé une solution contraire, dans l'article 311-24-2, permettant au parent qui n'a pas transmis son nom de famille à l'enfant d'adjoindre celui-ci, à titre d'usage, au nom de l'enfant mineur. Il doit en informer préalablement et en temps utile l'autre parent exerçant l'autorité parentale. Ce dernier peut, en cas de désaccord, saisir le juge aux affaires familiales, qui statue selon ce qu'exige l'intérêt de l'enfant. Dans tous les cas, si l'enfant est âgé de plus de treize ans, son consentement personnel est requis. La demande de renonciation à la nationalité française d'un enfant de moins de seize ans ne constitue pas non plus un acte usuel et doit donc être présentée par ses deux parents, l'éloignement de la mère à l'étranger ne pouvant justifier qu'elle n'ait pas participé à l'acte ; le décret qui prenait acte de cette demande doit donc être annulé (CE 15 juin 2012, req. n° 353699 , préc. – CE 20 mars 2023, req. n° 467580 ).

155. Sortie de territoire. Selon l'article 373-2-6 du code civil, le juge aux affaires familiales peut, à la demande de l'un des parents, « ordonner l'interdiction de sortie de l'enfant du territoire français sans l'autorisation des deux parents ». L'article 371-6 du même code impose en outre que l'enfant quittant le territoire national sans être accompagné d'un titulaire de l'autorité parentale soit muni d'une autorisation de sortie du territoire signée d'un seul titulaire de l'autorité parentale. Copyright 2025 Dalloz Tous droits réservés.

VI. Bibliographie

a. Références générales

- ✓ Video Pr Carbajal Refus de soins en pédiatrie : comment réagir ? | Pédiatrie Pratique
- ✓ Les 40 fiches thématiques - Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées (dgos onvs)
- ✓ Information et consentement aux soins d'un mineur dgos_onvs_fiche_03.pdf

b. Refus dépistage auditif

- ✓ 2025_Reco_FFADAN_NaissAtypiques_23sept.pdf

c. Refus soins courants en maternité

- ✓ Journal officiel de la République française - N° 34 du 9 février 2019
- ✓ Copie de Valide Dépistage 07112023 accouchement à domicile
- ✓ Documents d'information du Dépistage Néonatal
- ✓ Documents d'information sur le dépistage néonatal par examens biologiques
- ✓ dnn_guide_pour_les_pros.pdf
- ✓ Microsoft Word - 2018-11-09 Formulaire de refus du dépistage néonatal.docx
- ✓ 4_-7_sfn_recommandations_vitamine_k_maj_2015.pdf
- ✓ Vitamine K chez le nouveau-né : mise à jour des recommandations -2017- EM consulte

d. Refus vaccin

- ✓ [cnomvaccination.pdf](#)
- ✓ [Aspects juridiques | Vaccination Info Service](#)
- ✓ [infovac.fr/~documents/public/hesitation/6-dialogue-avec-les-parents-autour-de-la-vaccination/?layout=file](#)
- ✓ [infovac.fr/~documents/public/bulletins/2015/jpipa-2015-8-refus-vaccinal-def/?layout=file](#)
- ✓ [REFUS VACCINAL DES PARENTS.pdf](#)
- ✓ [summary_of_sage_vaccinehesitancy_2pager_French.pdf](#)
- ✓ [Leask J et al. Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. BMC Pediatr 2012; 12:154; Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals - PMC](#)

e. Prevention VRS

- ✓ [Bronchiolite : les traitements préventifs pour protéger les tout-petits | ameli.fr | Assuré](#)
- ✓ [Avis_HAS_stratégies_vaccinales_contre_le_VRS.pdf](#)
- ✓ [beyfortus-information-parents-230823.pdf](#)
- ✓ [Journal officiel de la République française - N° 227 du 28 septembre 2025](#)
- ✓ [Recommandation vaccinale contre les infections à VRS chez les femmes enceintes](#)