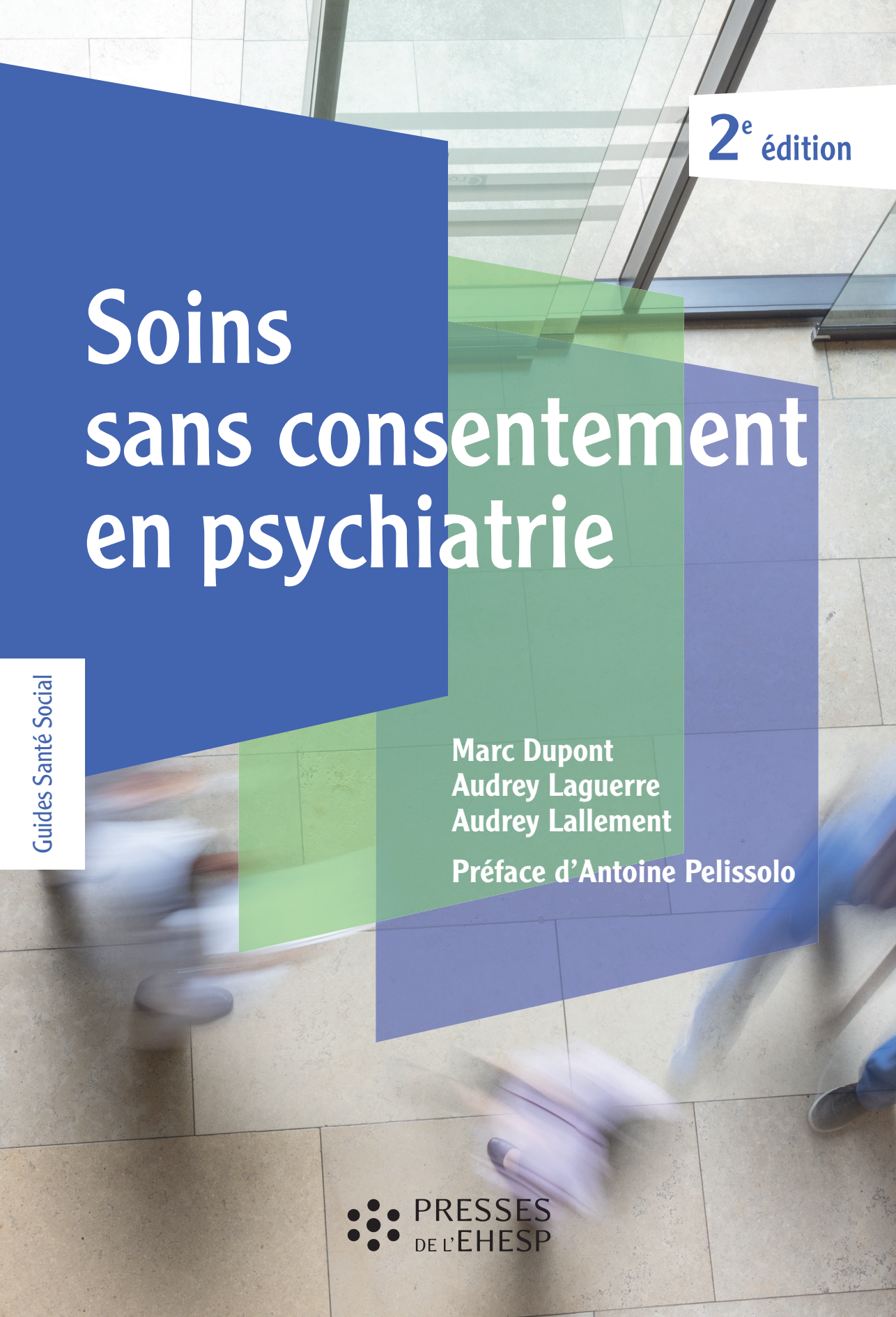

2e édition

Soins sans consentement en psychiatrie

Guides Santé Social

Marc Dupont
Audrey Laguerre
Audrey Lallement

Préface d'Antoine Pelissolo

PRESSES DE L'EHESP

Soins sans consentement en psychiatrie

2e édition

Marc Dupont
Audrey Laguerre
Audrey Lallement

Préface d'Antoine Pelissolo

2026
PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

La mise en œuvre des soins sans contrainte en psychiatrie s'appuie sur des procédures précises, placées sous le contrôle étroit du juge.

De nombreux documents sont nécessaires pour encadrer et sécuriser juridiquement les décisions devant être prises ou pour assurer une bonne information des différents intervenants, et bien entendu du patient lui-même.

La direction des affaires juridiques de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) a établi à cet effet une série de formulaires types à l'attention de ses équipes administratives et médicales. Ils sont téléchargeables sur le site https://affairesjuridiques.aphp.fr/thematiques/modeles-et-certificats/ ou via le flashcode suivant :

Les textes législatifs et réglementaires sont consultables à l'adresse :
www.legifrance.gouv.fr

Les principaux codes cités apparaissent sous les abréviations suivantes :

Code civil	C. civ.
Code de déontologie médicale	C. déont. méd.
Code de l'action sociale et des familles	CASF
Code de la santé publique	CSP
Code de la sécurité sociale	CSS
Code de procédure civile	CPC
Code de procédure pénale	CPP
Code du travail	C. trav.
Code pénal	C. pén.
Code pénitentiaire	C. pénit.
Code des relations entre le public et l'administration	CRPA

LE PHOTOCOPILLAGE MET EN DANGER L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DES CIRCUITS DU LIVRE.

Toute reproduction, même partielle, à usage collectif de cet ouvrage est strictement interdite sans autorisation de l'éditeur (loi du 11 mars 1957, code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992).
Ce livre ne peut être reproduit ni utilisé à des fins d'entraînement de systèmes d'intelligence artificielle. La fouille de textes et de données est interdite conformément à l'article 4(3) de la Directive (UE) 2019/790.

© 2015, 1re édition, Presses de l'EHESP
© 2026, 2e édition, Presses de l'EHESP, 2, av. Gaston Berger - CS 11119 - 35011 Rennes
ISBN : 978-2-8109-1271-1
ISSN : 2801-9008
www.presses.ehesp.fr

PRÉFACE

Avec treize millions de personnes potentiellement concernées, 14 % des dépenses de santé et 50 000 lits d'hospitalisation, le champ de la psychiatrie en France est quantitativement très imposant. Il l'est aussi par la complexité de certaines prises en charge et par l'impact humain des troubles psychiques sur la vie des personnes et familles touchées. Les affections psychiatriques sont très variées, des troubles anxieux à la schizophrénie en passant par les dépressions, les troubles du comportement alimentaire ou encore les troubles de la personnalité. Elles demeurent encore largement méconnues du grand public, et même de beaucoup de professionnels de santé, et véhiculent beaucoup d'idées reçues à l'origine d'incompréhensions, de peurs et de stigmatisations.

La situation globale actuelle des soins psychiatriques en France n'est pas bonne, depuis au moins 10 ans, et cela se traduit principalement par de grandes difficultés d'accès aux soins pour les personnes qui en ont besoin. En psychiatrie libérale (« en ville »), comme dans les centres de psychiatrie publics, les premiers rendez-vous de consultation font l'objet de délais souvent bien trop longs, voire de réponses négatives. De même, les difficultés d'admission en hospitalisation s'allongent d'années en années, avec des durées d'attente aux urgences qui sont fréquemment de plusieurs jours par manque de places disponibles dans les services de psychiatrie.

Cette situation très dégradée est la résultante de deux facteurs simultanés, de type « effet ciseau » : l'accroissement très fort des besoins de la population d'une part et une pénurie de ressources et de professionnels d'autre part. Les besoins de soins ont augmenté en partie du fait d'une souffrance plus importante dans certaines catégories de la population, notamment chez les jeunes au cours des dernières années, mais aussi parce que davantage de personnes acceptent l'idée de se faire aider, même s'il reste encore beaucoup de réticences. Dans le même temps, la société demande plus au système de soins psychiatriques. Certaines pathologies, négligées auparavant, sont orientées à juste titre vers des professionnels de santé mentale : psychotraumatismes, troubles du post-partum, précarité psycho-sociales, souffrances au travail, troubles mentaux liés au vieillissement, troubles attentionnels, diverses addictions, etc. De plus, la tolérance sociale à certaines réactions ou états psychopathologiques et le soutien familial et communautaire se sont affaiblis, ce qui oriente là également vers les structures de soins des situations qui, probablement, étaient prises en compte différemment dans le passé.

En parallèle de cette augmentation des demandes de soins, les ressources n'ont pas du tout progressé comme il l'aurait fallu, ne serait-ce qu'à cause de

l'augmentation de la population en France. Les budgets des services de psychiatrie ont très peu évolué pendant les dernières décennies, avec des augmentations inférieures à celles du reste des hôpitaux, pourtant déjà insuffisants. Il en résulte une paupérisation de beaucoup de structures, avec des moyens matériels dégradés et, surtout, des personnels trop peu nombreux. Des décisions déséquilibrées ont par ailleurs été prises, telles que la suppression massive de lits d'hospitalisation dans les services de psychiatrie, qui a conduit à la fermeture d'environ la moitié des capacités d'accueil en 40 ans. L'objectif était louable, à savoir mettre fin à des séjours de très longue durée dans des conditions inadaptées, et privilégier les soins dits ambulatoires, dans la cité et avec la finalité du rétablissement et de la réhabilitation. Mais ce plan de modernisation n'a pas été pensé sur le long terme, avec une vision globale et équilibrée du système dans son ensemble. Les lits fermés n'ont pas été transformés en solutions de soins alternatives et intensives, pour des raisons d'économie, et l'offre d'hébergement dans le secteur médico-social (foyers ou maisons d'accueil spécialisées) n'a pas été augmentée à la hauteur des besoins. Ceci se traduit aujourd'hui par des milliers de patients partiellement stabilisés mais insuffisamment autonomes pour vivre dans des logements classiques, livrés à eux-mêmes à l'extérieur ou alors hospitalisés pendant des mois, voire des années, dans des services de psychiatrie non conçus pour des séjours longs, et en attente de solutions d'hébergement adéquates.

Enfin, il faut ajouter à cette situation difficile un problème plus général de pénurie de personnels soignants et médicaux, consécutif aux restrictions d'accès aux formations pendant de nombreuses années et à une perte d'attractivité de certains métiers en rapport avec des conditions de travail difficiles. Les manques concernent en priorité les psychiatres et les pédopsychiatres, avec plusieurs centaines de postes vacants dans les hôpitaux et de nombreuses régions très sous-dotées en praticiens libéraux. Mais beaucoup d'infirmiers ont également quitté les hôpitaux, notamment lors de la crise sanitaire du Covid-19. La correction de ces pénuries prend beaucoup de temps : elles ont comme conséquence des fermetures supplémentaires de structures de soins.

En attendant les améliorations nécessaires, qui pourraient entrer dans le cadre d'une loi de programmation pluriannuelle centrée sur la psychiatrie et la santé mentale, les professionnels de la psychiatrie tentent de maintenir une offre de soins la plus complète possible, avec des prises en charge de qualité.

Le sujet des soins sans consentement, objet de cet ouvrage, est particulièrement sensible et complexe. Cette problématique est très spécifique à la psychiatrie, même si la question du consentement aux soins peut se poser dans tous les secteurs de la médecine, avec notamment une acuité particulière en gériatrie, par exemple. Pudiquement ou volontairement mise de côté du débat public, elle a été longtemps laissée à l'appréciation des seuls professionnels, avec toutes les dérives que cela a pu parfois occasionner.

La toute première loi régissant ces questions, dite loi « Esquirol », date du 30 juin 1838 et portait sur « l'institutionnalisation des aliénés » en créant deux modalités d'internement : le placement volontaire et le placement d'office. Ce texte assurait très peu de garanties juridiques aux patients, mais il est pourtant resté en vigueur pendant la quasi-totalité du XX^{e} siècle. Ce n'est en effet qu'en

1990 qu'une nouvelle loi sur les soins sans consentement fut promulguée, avec une refonte des procédures et de réelles avancées pour le droit des patients, notamment grâce à un renforcement des certificats médicaux requis avant et pendant une hospitalisation. Mais le véritable tournant de la juridicisation fut pris avec la loi du 5 juillet 2011, rectifiée en 2013, instituant un contrôle systématique des soins contraints, initialement par le juge des libertés et de la détention (JLD), afin de répondre à des exigences européennes. Cette loi introduisit également la notion de soins sans consentement en ambulatoire, dans le cadre de programmes de soins contraints. Enfin, plusieurs textes de loi ultérieurs, à partir de 2016 et de manière définitive le 22 janvier 2022, sont venus encadrer strictement les conditions de prescription, de traçabilité et de contrôle des pratiques d'isolement et de contention, également sous le contrôle rapproché du juge judiciaire.

Les soins psychiatriques sans consentement sont donc passés en une trentaine d'années d'une situation très ancienne de grande opacité sans encadrement juridique consistant à une réglementation très stricte sous le contrôle très appuyé du juge, aussi bien pour les décisions d'hospitalisation (ou de soins ambulatoires contraints) que pour le recours à des pratiques de restriction supplémentaire des libertés au sein des services hospitaliers. En sus du juge judiciaire, plusieurs instances juridico-administratives sont chargées de contrôler très régulièrement le respect de la loi et du droit des patients, ainsi que la qualité des soins mis en œuvre dans les services habilités.

Le bilan de toutes ces évolutions n'a pas encore été effectué de manière formelle. L'objectif premier de renforcement des droits des patients est en partie atteint probablement, grâce aux règles très claires et fermes mises en œuvre, ainsi qu'aux procédures de contrôle et de recours. Certes il demeure des dysfonctionnements, et il est probablement illusoire d'espérer les faire entièrement disparaître. Mais ils sont progressivement moins nombreux et la transparence est bien meilleure qu'auparavant, ce qui permet de mettre à jour des situations d'abus qui étaient jusqu'alors demeurées dans l'ombre.

Mais l'autre objectif principal consistant à favoriser une diminution du recours à la contrainte, dans le cadre de soins sans consentement et de mesures d'isolement et de contention, est loin d'être atteint. Au cours de la dernière décennie, le recours aux soins psychiatriques sans consentement en France a connu une progression notable. Selon les travaux de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), le nombre de personnes concernées a augmenté d'environ 14 % entre 2012 et 2021, passant de près de 84 000 à plus de 95 000 patients. Cette évolution quantitative masque toutefois une transformation plus profonde des modalités d'entrée dans le dispositif. La part des hospitalisations à la demande d'un tiers (SDT), historiquement dominante, a reculé de manière continue, tandis que le recours à la procédure de péril imminent (SPI), introduite par la loi du 5 juillet 2011, a connu une progression spectaculaire, passant d'environ 10 % à près de 25 % des admissions sans consentement sur la période. En revanche, les hospitalisations sur décision du représentant de l'État (SDRE) sont restées globalement stables. Cette recomposition traduit moins une extension uniforme de la contrainte qu'un déplacement vers des formes d'admission plus médicalisées et plus urgentes, souvent mobilisées en l'absence de tiers

ou dans un contexte de saturation des dispositifs de soins en amont. Elle interroge ainsi l'évolution du modèle français, historiquement fondé sur l'intervention de l'entourage, vers un système davantage centré sur la gestion immédiate des situations de crise. L'analyse de ces évolutions n'est pas simple car elles peuvent être multi-déterminées, notamment par la moindre tolérance sociale aux troubles psychiques, ou en miroir par la volonté d'aider davantage de personnes à se soigner. D'autres facteurs sociétaux peuvent jouer un rôle également, comme la montée de la violence indépendamment des troubles psychiatriques mais avec un impact sur leur expression, ou encore l'accroissement des consommations de drogues dans la population générale, souvent en cause dans les épisodes de décompensation psychiatrique.

Au total, il apparaît que le chemin à accomplir vers des soins psychiatriques plus ouverts et plus respectueux des libertés reste long. Il suppose des transformations systémiques profondes :

– poursuivre l'évolution des représentations, notamment chez les professionnels, à travers la formation et le renouvellement des pratiques ;

– refonder l'organisation du système de santé en renforçant les effectifs et en développant la prévention, les interventions précoces et les prises en charge intensives en ambulatoire ;

– associer pleinement l'ensemble des acteurs du sanitaire et du social à l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques ;

– enfin, accorder une place accrue aux personnes concernées et aux usagers dans la conception comme dans l'évaluation des parcours de soins et de vie.

Dans l'attente de ces évolutions, la connaissance et le respect du cadre juridique des soins sans consentement demeurent des exigences fondamentales, rendues d'autant plus difficiles par la complexité des textes. C'est dire l'importance de cet ouvrage de référence, d'une grande rigueur et d'une remarquable exhaustivité, qui parvient à rendre accessibles des enjeux aussi sensibles que techniques. Il convient d'en saluer les auteurs et de les remercier : dès la première édition, et à nouveau dans cette version actualisée tenant compte des dernières évolutions réglementaires, ils mettent leur expertise à la portée de toutes celles et ceux qui en ont besoin.

Professeur Antoine Pelissolo,
GHU Henri-Mondor (AP-HP) et Université Paris-Est Créteil

INTRODUCTION

Chaque année dans notre pays, plus d'un quart des patients pris en charge en hospitalisation complète pour leurs troubles mentaux sont soignés sans y avoir consenti. En 2021, plus de 5 % des personnes suivies en psychiatrie en établissement de santé et 26 % de celles hospitalisées à temps plein ont été prises en charge en soins sans consentement au moins une fois dans l'année. Elles ont été 95 500 en 2021, dont près de 80 % hospitalisées sur demande d'un tiers (y compris en cas de péril imminent) et environ 16,5 % sur décision du représentant de l'État. Une hausse sensible du recours à ces soins a été constatée depuis 2012[1] ; ceci alors même que l'un des objectifs de la Feuille de route ministérielle « Santé mentale et psychiatrie » lancée le 28 juin 2018 et enrichie des mesures des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie fin 2021 est la « réduction des pratiques des soins sans consentement et de contention » (action 27).

Les pathologies dont ces patients relèvent sont multiples, leur parcours médical et personnel peut prendre des formes diverses : la nécessité de la contrainte sera plus ou moins durable, dans différentes circonstances allant de l'impossibilité à accepter un traitement jusqu'au refus délibéré de s'y conformer. Mais dès lors que les soins sont délivrés sans leur consentement, des dispositions spécifiques devront être prises : notre droit médical est en effet fondamentalement construit sur l'adhésion des patients aux traitements médicaux, et le fait que ceux-ci soient considérés nécessaires ne constitue pas un argument forcément décisif pour passer outre la volonté des personnes.

Les soins sans consentement en psychiatrie, aussi indispensables puissent-ils être pour certains patients, pendant certaines périodes, sous telle ou telle forme, ne peuvent être considérés que dans leur statut d'exception.

Les conditions de leur mise en œuvre sont le sujet du présent ouvrage. Elles constituent l'une des problématiques les plus complexes de l'éthique et du droit

1. Voir M. Coldefy, T. Tartour, C. Nestrigue (IRDES), « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 », *Questions d'économie de la santé*, n° 205, janvier 2015 ; M. Coldefy, C. Gandré, « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 69, juin 2022.

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a souligné, il y a une quinzaine d'années, que dans un paysage psychiatrique où les soins en ambulatoire sont devenus largement prédominants, l'hôpital, qui a perdu une grande partie de ses lits, accueille une proportion croissante de personnes hospitalisées sans leur consentement et en priorité la population des malades en crise ou résistant au traitement (F. Lalande, C. Lépine, IGAS, « Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter », rapport IGAS, mai 2011, p. 3).

de la médecine. L'une des plus constantes aussi, si l'on considère que la loi « Esquirol » de 1838 a été l'un des tout premiers textes de notre législation sanitaire. Des préoccupations non exemptes de divergences s'y rencontrent, parmi lesquelles la volonté de promouvoir les droits des malades et de protéger les libertés individuelles, l'impossibilité pour une société civilisée de laisser à eux-mêmes et à leur souffrance des patients dépourvus de la volonté de se soigner, et le souci, toujours présent, de prévenir les désordres et dangers, réels ou supposés, qui peuvent résulter des pathologies mentales.

Ces dernières années ont été marquées par un intérêt sans précédent pour ces questions et par de multiples réflexions, portées à la fois par les professionnels de santé, les associations de patients et de familles, les formations politiques, mais aussi par l'opinion, en France comme dans la plupart des pays de l'espace européen. Une littérature considérable en est issue (articles de presse ou de revues professionnelles, ouvrages médicaux et juridiques, témoignages, rapports ministériels, recommandations de bonnes pratiques).

Une première tentative de modification de la législation, alors marquée par une préoccupation principalement sécuritaire – elle était intégrée dans un projet de loi sur la prévention de la délinquance –, n'avait pas abouti en 2007.

S'appuyant sur des textes et des décisions de justice internationales, et rendues par ailleurs nécessaires par des décisions du Conseil constitutionnel, deux lois successives, respectivement du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013, ont finalement réformé notre législation.

Les dispositions qui en sont issues marquent une évolution considérable, en opérant le passage d'un régime d'hospitalisation sous contrainte à un régime de soins sans consentement, en dissociant l'obligation de se soigner des modalités du soin et en mettant fin au primat de l'enfermement ou de l'« internement » : les évolutions des thérapeutiques et la diversité des modes de prise en charge sont à présent pleinement reconnues. Surtout peut-être, elles ont donné au juge judiciaire – initialement juge des libertés et de la détention (JLD), désormais un magistrat du siège du tribunal judiciaire – une place centrale dans le dispositif. Faisant suite à plusieurs drames impliquant des malades psychiatriques, elles traduisent également la volonté des pouvoirs publics de garantir la sécurité publique par des procédures plus rigoureuses et plus contraignantes s'appliquant à certains malades.

La législation nouvelle prend en compte, en tentant de les concilier, ces différentes perspectives. On notera qu'elle provoque la mainlevée des hospitalisations insuffisamment justifiées sur le plan médical ou irrégulières, dans des conditions plus protectrices des malades, mais qu'elle introduit également des règles plus strictes pour la sortie du dispositif de certains patients. Autant dire que l'évolution n'est pas dépourvue de paradoxes. Mais elle témoigne de la difficulté à construire des procédures équilibrées quand il s'agit de protéger à la fois les personnes et la société dont elles sont membres[2].

2. Le CGLPL souligne justement « les injonctions paradoxales auxquelles sont traditionnellement soumis les soignants en psychiatrie, tantôt taxés d'adopter une approche d'enfermement éloignée du soin, tantôt accusés de laisser aller et venir des patients mettant en danger autrui » (CGLPL, « Effectivité des voies de recours en psychiatrie », 2025, p. 27).

Les différents aspects de ce sujet complexe – il fait l'objet d'une accumulation de textes et de jurisprudences, de lecture parfois difficile – sont explorés dans cet ouvrage. En 13 chapitres, les problématiques principales sont présentées, qu'il s'agisse du caractère dérogatoire d'une prise en charge médicale effectuée sous la contrainte ou du cadre légal, institutionnel et matériel dans lequel elle peut être autorisée. Chaque fois que possible, elles ont été placées en regard aussi bien des données de la médecine que de l'appréciation qu'en donnent respectivement les juges au travers de la jurisprudence et les professionnels dans les recommandations de bonnes pratiques. Les droits des malades font l'objet de nombreux développements, en tenant compte de leur spécificité dans le champ de la santé mentale, car ils concernent des personnes souvent très vulnérables et en difficulté pour les exercer pleinement. Enfin, plusieurs chapitres viennent détailler les différentes procédures prévues par la loi – les soins pouvant, selon les circonstances, être dispensés sur demande d'un tiers, sur décision du préfet ou du juge – et des dispositions propres s'appliquant aux patients détenus.

***

L'ambition principale des auteurs, 13 ans après la loi du 27 septembre 2013, alors que les modalités de la mise en œuvre de la « loi psychiatrique » paraissent pour l'essentiel stabilisées, est de présenter à un public de professionnels, d'étudiants, mais aussi aux usagers eux-mêmes, de façon accessible et opérationnelle, l'état des lieux de la législation en vigueur et de ses textes d'application.

Mais davantage qu'un ouvrage strictement juridique, il a semblé utile de toujours relier les normes et procédures de cette législation psychiatrique à son objet, qui est *in fine* de permettre de soigner dans les meilleures conditions possibles, avec humanité mais aussi en responsabilité, des patients dont la prise en charge est si délicate, souffrant pour la plupart d'entre eux de pathologies souvent lourdes, chroniques et invalidantes. En soulignant qu'au-delà des typologies induites par les catégories juridiques, chaque situation est unique et que chaque patient doit être pris en charge dans sa singularité.

Cette seconde édition de l'ouvrage prend en compte plusieurs évolutions advenues sur ce sujet depuis 2015.

Elle comprend notamment des développements nouveaux sur la problématique de l'isolement et de la contention des patients au décours de soins sans consentement. Sujet majeur que cette contrainte ajoutée à la contrainte : en 2021, selon l'IRDES, la pratique de l'isolement a concerné près de 29 000 personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie, dont près de 85 % dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement. Ainsi, le recours à cette forme de contrainte a concerné plus de 30 % des personnes hospitalisées cette année-là. Il a fréquemment été accompagné de mesures de contention mécanique, qui concerneraient un tiers des patients placés à l'isolement, et plus d'un patient sur dix hospitalisé sans son consentement. Le contrôle et la réduction de ces pratiques, devant être considérées comme étant de dernier recours, sont un objectif devenu majeur, porté depuis la loi du 26 janvier 2016 et les textes qui ont suivi par des dispositions légales et réglementaires spécifiques, ainsi que par des recommandations de la Haute Autorité de santé publiées en 2017.

Il a paru par ailleurs nécessaire de mettre davantage en exergue, dans cette nouvelle édition, les travaux et recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), dont le rôle s'est largement affirmé au cours des dernières années.

Les questions qui sont traitées dans le présent ouvrage trouvent une actualité particulière alors que la psychiatrie française connaît une crise profonde, appelée sans doute à durer encore, sur laquelle le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a jugé nécessaire d'alerter notre communauté nationale (avis n° 147, « Enjeux éthiques relatifs à la crise de la psychiatrie : une alerte du CCNE », 9 janvier 2025, www.ccne-ethique.fr)[3]. Il est notamment souligné dans son avis que 13 millions de Français souffrent de troubles psychiatriques, avec des répercussions bien au-delà du domaine médical pouvant affecter le tissu social dans son ensemble. La santé mentale a été déclarée « Grande cause nationale » pour les années 2025 et 2026, avec des objectifs d'action prioritaires (www.info.gouv.fr).

3. Voir également A. Consoli, S. Crozier, F. Gzil, L. Bacquet, J.-F. Delfraissy, « Crise de la psychiatrie en France : enjeux éthiques et urgence d'une réponse », *Les tribunes de la santé*, n° 83, hiver 2025.

Table des matières

Préface 3
Introduction 7

① **L'exception psychiatrique** 11
1.1. Les soins sans consentement en psychiatrie : une nécessité médicale 14
1.2. Les soins sans consentement : l'exception 26
1.3. Le lieu de l'hospitalisation : les établissements autorisés 48
1.4. Les évolutions successives de la législation 67

② **L'usage de la contrainte dans les soins : la pratique de l'isolement et de la contention** 81
2.1. Le choix du lieu d'hospitalisation et du praticien 83
2.2. La définition du traitement 86
2.3. L'isolement et la contention 89
2.4. Problématique de la volonté suicidaire 133
2.5. Prévenir et prendre en charge les moments de violence 139

③ **Examen et soins somatiques** 143
3.1. L'examen somatique du patient 145
3.2. L'accès aux soins « somatiques » 148
3.3. Le refus de traitement somatique 153
3.4. Contraception, interruption de grossesse et stérilisation 161

④ **Droits et libertés du patient** 163
4.1. La liberté d'aller et venir 165
4.2. Le respect de l'intimité 168
4.3. L'information du patient 175
4.4. L'accès du patient à son dossier 182
4.5. Les libertés individuelles et les droits civiques 189
4.6. À l'issue de l'hospitalisation sous contrainte 191
4.7. Plaintes et réclamations 197
4.8. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) 198

⑤ **Le patient, ses protecteurs et son entourage** 201
5.1. Le patient, sa famille et son entourage 204
5.2. La personne de confiance 207
5.3. Les communications avec l'extérieur 209

5.4. Les visites 213
5.5. Le patient mineur 216
5.6. Le majeur protégé 225

⑥ Le séjour 231
6.1. Problématiques du domicile 233
6.2. Les activités de la vie quotidienne à l'hôpital 236
6.3. Les objets personnels du patient 238
6.4. Les « fugues » 240
6.5. Le règlement intérieur 243
6.6. Les frais de séjour 244
6.7. La participation du patient à une recherche biomédicale 245

⑦ Les procédures de soins sans consentement : dispositions communes 251
7.1. La période d'observation et de soins initiale 254
7.2. Le programme de soins 262
7.3. Le transfert des patients 274
7.4. Les sorties 282
7.5. Rédaction et signature des certificats médicaux 287
7.6. L'expertise psychiatrique 294
7.7. Le registre (« de la loi ») de l'établissement d'accueil 299
7.8. Le collège « de l'article L.3211-9 du CSP » 301
7.9. La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) 304

⑧ Les soins à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent 309
8.1. Les conditions générales 311
8.2. La demande d'un tiers 313
8.3. La procédure d'urgence (SDTu) 319
8.4. La procédure en cas de péril imminent (SPI) 321
8.5. Le déroulé de la mesure 326
8.6. La fin de la mesure 335
8.7. Les informations délivrées aux autorités et à l'entourage 338

⑨ Les soins sur décision du représentant de l'État (SDRE) 341
9.1. Les conditions d'admission 343
9.2. La procédure d'urgence (SDREu) 345
9.3. Le déroulé de la mesure 349
9.4. Fin de la mesure 358
9.5. Les informations délivrées sur la mesure 359
9.6. Les admissions faisant suite à une décision de la juridiction pénale (SDJ) 361
9.7. Les unités pour malades difficiles (UMD) 367
9.8. Protocoles entre le préfet de département et l'ARS 375

⑩ **Les soins psychiatriques aux personnes détenues** 379
10.1. Les soins consentis 382
10.2. Les soins sous contrainte 383
10.3. Le déroulé de la mesure 386
10.4. La fin de la mesure 388
10.5. Les droits du détenu malade 390
10.6. Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) 392
10.7. Les conditions de surveillance et de séjour 395
10.8. Le transport et les escortes 398

⑪ **Le contrôle du juge : la procédure** 401
11.1. La saisine du juge 407
11.2. L'audience 419
11.3. Les décisions du juge 428
11.4. Les recours contre les décisions du juge 432

⑫ **Le contrôle opéré par le juge judiciaire : la sanction des irrégularités** 439
12.1. Compétence exclusive du juge judiciaire 442
12.2. Le contrôle au regard des constatations médicales 445
12.3. L'atteinte aux droits de la personne 447
12.4. Le contrôle des décisions irrégulières 449
12.5. Exemples de causes d'irrégularité 450

⑬ **Les responsabilités** 459
13.1. Le défaut de surveillance 462
13.2. Le régime de responsabilité sans faute 466
13.3. Le patient en fugue 468
13.4. Après la période d'hospitalisation contrainte 469
13.5. La responsabilité pénale du psychiatre dans la prise en charge du malade dangereux 470
13.6. La responsabilité pénale de l'établissement 472
13.7. La responsabilité propre du patient et l'irresponsabilité pénale 473
13.8. La responsabilité pénale des directeurs et médecins hospitaliers 474

Références bibliographiques 477

Liste des sigles 483

Index 485

Dans la même collection

Guide du cabinet de santé écoresponsable
Prendre soin du vivant pour la santé de chacun
Dr Alice Baras
Pierre Souvet (Préface)
Sébastien Denys (Postface)

Perturbateurs endocriniens (2024)
Vers une meilleure prévention des expositions
Nathalie Bonvallot (dir.)
Christian Rabaud (Préface)

Le décès en établissement de soins - 5e édition (2021)
Règles et recommandations à l'usage des personnels des hôpitaux et des EHPAD
Marc Dupont, Annick Macrez

L'évaluation des politiques publiques (2016)
Comprendre et pratiquer
Stéphane Paul, Hélène Milet, Élise Crovella

Le contrôle interne comptable et financier à l'hôpital (2016)
Maîtriser et optimiser
Doussot-Laynaud Claude-Anne, Gasnier-Duparc Nicolas
Jacqueline Hubert (Préface)

À la découverte des innovations managériales hospitalières (2016)
Ce que nous enseignent les acteurs de terrain
Durand Vanessa (dir.), Étienne Minvielle (dir.)

Guide du contrôle de gestion à l'hôpital (2015)
30 fiches-outils
ANAP (dir.), Baly Olivier

Maquette couverture : V. Hélye
Conception/Réalisation : STDI
Achevé d'imprimer en septembre 2026 sur les presses
de l'imprimerie Dupliprint à Mayenne
IMPRIMÉ EN FRANCE

Soins sans consentement en psychiatrie

Marc Dupont
Audrey Laguerre
Audrey Lallement

La possibilité de soigner un patient contre son gré est une spécificité de la psychiatrie. Chaque année en France, par nécessité, près de 100 000 patients sont traités pour leurs troubles mentaux sans y avoir consenti, pour des périodes plus ou moins longues. Cette modalité d'hospitalisation, dérogatoire au droit commun, continue de progresser.

Reprenant les dernières réflexions sur les dispositifs de soins contraints, ce guide présente en 13 chapitres thématiques toutes les dispositions autour des soins sans consentement en psychiatrie. Les auteurs exposent la genèse et l'état actuel du droit, et commentent la jurisprudence, en s'appuyant sur les données de la médecine psychiatrique et les bonnes pratiques professionnelles. Ils analysent en particulier l'articulation entre impératif de soin, protection des libertés individuelles et exigence de bientraitance, au cœur de la législation actuelle en santé mentale.

Étudiants, professionnels et usagers des structures psychiatriques trouveront dans cet ouvrage exhaustif des réponses précises et actualisées aux nombreuses questions juridiques et pratiques que soulèvent ces situations.

Marc Dupont est directeur d'hôpital honoraire. Il a été chargé d'enseignement à la faculté de droit de l'actuelle Université Paris-Cité. Il est membre correspondant de l'Académie nationale de médecine.

Audrey Laguerre, psychiatre, a été cheffe de clinique des universités-assistante des hôpitaux de Paris et praticienne hospitalière au sein du groupe hospitalier Hôpitaux universitaires Henri-Mondor (pôle de psychiatrie, AP-HP). Elle exerce actuellement dans le secteur médico-social.

Audrey Lallement, juriste, attachée principale d'administration hospitalière, est responsable du département du droit hospitalier à la Direction des affaires juridiques de l'AP-HP. Elle est chargée d'enseignement en droit à l'Université Paris Panthéon-Assas.

Photo couverture : iStock

ISBN : 978-2-8109-1271-1

9 782810 912711

40 €

IMPRIMÉ EN FRANCE

www.presses.ehesp.fr