



**AVIS**  
**de l'Espace Ethique en Santé Mentale**  
**n°14**

**Séance**  
**de l'Espace**  
**Ethique en Santé**  
**Mentale**  
**du 20/06/2025**

**EPSM**  
**de**  
**l'Agglomération**  
**Lilloise**  
**(Saint-André)**

Madame H, 23 ans, souffre de schizophrénie, d'un stress post-traumatique, de troubles de la personnalité et de désorganisation mentale. Elle a eu précédemment des crises suicidaires, même sous traitement médicamenteux. Son état s'est amélioré grâce à un traitement d'Abilify et de Sertraline pendant plusieurs mois. Mais la patiente observe aléatoirement ses traitements. Elle a finalement souhaité arrêter les traitements à cause d'un sentiment de vide et d'une prise de poids de 10 kgs. Elle est sans traitement médicamenteux depuis plus de quatre mois.

Actuellement, la patiente vit une décompensation psychotique et thymique, et subit un envahissement hallucinatoire. Elle a des crises de pleurs et des idées suicidaires en recrudescence. Elle peut appeler à l'aide pour qu'on lui ôte ses hallucinations, mais être aussi dans le déni complet de sa maladie. La patiente a des ressources intellectuelles importantes, mais exprime des souhaits et opinions très variables, en changeant parfois d'une heure à l'autre.

Madame H a eu un suivi en ambulatoire (infirmière et psychiatre) mais maintient son arrêt et son refus des traitements. A été tenté un travail de réhabilitation en hôpital de jour (HDJ), limité du fait de symptômes encore très actifs. Elle a eu aussi un suivi psychologique. La patiente n'a toutefois pas souhaité poursuivre l'hospitalisation en HDJ ni le suivi psychologique.

Elle a été hospitalisée trois semaines sans consentement sur demande d'un tiers, mais a maintenu son refus de traitement, justifiant ce refus en affirmant que « seul Dieu doit me guérir », « ma seule maladie est le manque de mon père ! ». Après trois semaines, un suivi en ambulatoire a été de nouveau remis en place, mais il est difficile à maintenir à cause de la récurrence de délires mystiques et de troubles du sommeil persistants.

Une hospitalisation sans consentement a de nouveau été nécessaire. En unité d'hospitalisation, ses symptômes peuvent perturber les autres patients. Elle a des relations amoureuses et sexuelles multiples, qui peuvent être sources de tensions entre patients.

Pour limiter son envahissement hallucinatoire, un traitement *per os* (par voie orale) préalable à une injection retard est requis. L'un sans l'autre aurait des effets limités, notamment concernant la réduction de ses idées suicidaires. Les soignants savent que Madame C est irrégulière dans la prise des traitements *per os*.

	<p><b>Questionnement éthique de la personne qui a saisi l'EESM :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peut-on pratiquer une injection de neuroleptiques retard sans le consentement de la patiente, qui ne présente pas de dangerosité immédiate ?</li> </ul>
<p><b>Informations complémentaires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La patiente alterne les phases euphoriques et les phases de profonde tristesse.</li> <li>✓ Lors d'une hospitalisation sans consentement, à l'entrée, elle avait exprimé ne plus se sentir elle-même, et qu'il fallait absolument arrêter cette voix dans sa tête, car elle n'en pouvait plus.</li> <li>✓ La patiente a vécu de la prostitution avec séquestration, dont les faits sont passés en justice.</li> <li>✓ Le père de la patiente, qu'elle voit peu, a fait par le passé des tentatives de suicide devant ses enfants.</li> <li>✓ La mère de la patiente tient des propos très durs, y compris devant sa fille, concernant son ex-conjoint, le père de Madame H.</li> <li>✓ La mère de Madame H. a trouvé un appartement, que sa fille n'investit pas : elle y réside très peu.</li> <li>✓ Madame H n'a pas désigné de personne de confiance.</li> </ul>
<p><b>Quels sont les acteurs de la situation ?</b></p>	<p><u>Quels sont les acteurs directement concernés par la situation ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Madame H (en curatelle renforcée)</li> <li>• Sa mère (qui est curatrice)</li> <li>• L'équipe soignante</li> <li>• Le psychiatre</li> <li>• Les autres patients</li> <li>• Le Cadre Supérieur de Santé (CSS) &amp; le Cadre De Santé (CDS)</li> <li>• La Direction</li> </ul>
<p><b>Quels sont les enjeux de la situation ?</b></p>	<p><u>Quels sont les enjeux perçus par les acteurs de la situation ? Que peuvent-ils ressentir ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Madame H :</b> elle souhaite être autonome, et décider elle-même de ses traitements ; elle souhaite la plupart du temps qu'on la laisse tranquille. Elle oscille entre exaltation, tristesse et colère.</li> <li>• <b>La mère :</b> elle souhaite la sécurité de sa fille et sa santé mentale ; par conséquent, elle veut que sa fille se soigne ; elle aimerait que sa fille habite dans son appartement ; elle semble vouloir être reconnue par l'équipe soignante comme une bonne mère, qui veut le bien de sa fille. Elle est très inquiète et très en demande du traitement neuroleptique pour parvenir à l'arrêt des symptômes.</li> <li>• <b>Les soignants :</b> ils veulent protéger la patiente et prodiguer les soins les plus adaptés. Il y a un clivage entre les deux équipes : l'équipe du CMP pense que les symptômes schizophréniques sont réels, tandis que dans l'équipe d'hospitalisation, certains soignants identifient des troubles de la personnalité et pensent qu'il y a une simulation des troubles. L'équipe d'hospitalisation est prise</li> </ul>

	<p>par un sentiment d'urgence pour que les troubles cessent de perturber le service.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Le psychiatre d'hospitalisation</b> : il a des difficultés face à une équipe d'hospitalisation qui fait front, étant en demande d'un traitement qui serait donné contre le gré de la patiente, afin d'avoir plus de disponibilité pour soigner les autres patients à soigner au mieux.</li> <li>• <b>Les autres patients en hospitalisation</b> : la patiente ayant de nombreuses relations amoureuses voire sexuelles au sein du service, il peut y avoir une angoisse pour certains patients d'une attitude récurrente de Madame H « je te prends, puis je te jette ».</li> <li>• <b>Le CSS et le CDS</b> : ils sont confrontés à la difficulté de l'équipe de donner les soins à Madame H, et à garantir la bonne qualité des soins pour les autres patients ; ils sont soucieux du respect des droits des patients et de la qualité de vie au travail des agents du service d'hospitalisation.</li> <li>• <b>La Direction</b> : elle a les mêmes enjeux que le CSS et le CDS. Elle est également préoccupée par le risque suicidaire en hospitalisation, et par le risque de plainte des familles et représentants légaux des autres patients.</li> </ul>
<p><b>Quelle est la problématique éthique ?</b></p>	<p><u>Pourquoi la décision est-elle difficile à prendre pour l'équipe soignante ? Quelles sont les valeurs ou/et les règles en tension ?</u></p> <p>Il existe une complexité de la notion de <b>consentement</b> aux soins, qui au regard de la loi du 4 mars 2002 (reprise par la Charte de la Personne Hospitalisée, voir ci-dessous), devrait être libre et éclairé. Or, il semblerait que pour cette patiente, vu le côté envahissant de sa pathologie, il ne soit pas libre et difficile à éclairer, puisque les informations passent mal.</p> <p>La patiente s'oppose à la volonté des soignants de soulager sa souffrance.</p> <p>Est-il éthiquement souhaitable de passer en force « pour son bien », soit médiquer la patiente de façon coercitive, et sans aucun accord de sa part ? Passer en force pour le bien d'un patient porte un nom : <b>le paternalisme</b>. Cette attitude peut être légitime dans certains cas, et illégitime dans de très nombreux cas. Elle renvoie à la légitimité de <b>l'obstination</b> des soins, qui peut être <b>raisonnable ou déraisonnable</b> ?</p> <p>Certains soignants ont l'impression qu'il y a une perte de chance de guérison ou de stabilisation de la patiente à ne pas la traiter, ce qui leur donne un profond sentiment d'impuissance.</p>
<p><b>Quel est le cadre normatif (cadre juridique, déontologique, éventuellement moral) ?</b></p>	<p><b>Art. L3211-2 du Code de la Santé Publique</b> : « Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause.</p> <p>Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet. »</p>

**Art. L3211-3 du CSP :** « Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être **adaptées, nécessaires et proportionnées** à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles [L. 3212-4](#), [L. 3212-7](#) et [L. 3213-4](#) ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles [L. 3211-12-5](#), L. 3212-4, L. 3213-1 et [L. 3213-3](#), la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état. »

**Art. R4127-37 du CSP :** « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. »

#### **Charte de la personne hospitalisée**

**Art. 2 :** « La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, ainsi que le **soulagement de leur souffrance**, constituent une préoccupation constante de tous les intervenants.

Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille. »

**Art. 3 :** « Le médecin doit, au cours d'un entretien individuel, donner à la personne une **information accessible, intelligible et loyale**. Cette information doit être renouvelée si nécessaire. Le médecin répond avec tact et de façon adaptée aux questions qui lui sont posées. L'information porte sur les investigations, traitements ou actions de prévention proposés ainsi que sur leurs alternatives éventuelles. Dans le cas de la délivrance d'une information difficile à recevoir pour le patient, le médecin peut, dans la mesure du possible, proposer un soutien psychologique. »

**Art. 4 :** « Le consentement de la personne doit être libre, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout nouvel acte médical. Il doit être éclairé, c'est-à-dire que la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner. (...)

Autre conséquence du principe du consentement : **toute personne hospitalisée, apte à exprimer sa volonté, peut aussi refuser tout acte diagnostic ou tout**

	<p><b>traitement</b> ou en demander l'interruption à tout moment. Toutefois, si par ce refus ou cette demande d'interruption de traitement, la personne met sa vie en danger, le médecin, tenu par <b>son obligation d'assistance</b>, doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.</p>
<p>Quelles sont les ressources de l'équipe ?</p>	<p><u>Quelles sont les principales compétences requises pour bien gérer cette situation ? Quels outils utiliser ? Quels partenaires solliciter ? Quelles autorités avertir (en interne et en externe) ?</u></p> <p>Dans les moments d'agitation, il est arrivé que la patiente soit mise en chambre d'isolement mais c'était assez rare. Il lui a été proposé des temps dans une chambre d'apaisement, qui n'est pas fermée à clef.</p> <p>Est envisagé une prise en charge individuelle proposée pour travailler l'alliance thérapeutique pendant l'hospitalisation : des temps pour l'extraire en dehors de l'unité de soins.</p> <p>La patiente a participé quelquefois aux activités d'expression artistique, a bénéficié d'entretiens infirmiers individualisés et de sorties dans le parc, où elle était accompagnée d'un soignant.</p>
<p>Quel est le cadre éthique ?</p>	<p><u>Quelles sont les vertus à mettre en place dans la décision et l'accompagnement de la / des personnes : respect, responsabilité, courage, justice, pondération ?</u></p> <p><b>La justice</b> requiert le respect des droits des patients, et donc de Madame H, en s'appliquant à toujours rechercher sa participation aux soins.</p> <p><b>Le respect</b> requiert de considérer Madame H comme maîtresse de sa vie, sans pourtant négliger sa pathologie et son manque de discernement lui permettant un consentement libre après un éclairage par des informations intelligibles, accessibles et loyales ; il s'agit de ne pas la soigner par devers elle.</p> <p><b>La pondération</b> requiert de ne pas se laisser guider par nos émotions de stress, de lassitude et de frustration face à une situation clinique de Madame H – et les difficultés qu'elle pose dans le service – qui évolue peu voire pas du tout. Il s'agit d'objectiver la situation par des concertations pluridisciplinaires, en vue d'adopter les stratégies de soin les plus pertinentes.</p>

### Analyse des décisions possibles

	<b>Avantages</b>	<b>Inconvénients</b>
<p><b>D. 1</b> L'équipe d'hospitalisation décide d'organiser une hospitalisation sans consentement chaque mois, en vue de lui injecter un nouveau neuroleptique, avec isolement et contention, jusqu'à ce qu'elle aille mieux.</p> <p>-----</p> <p>Pour les membres de l'EESM, cette décision est</p> <p style="text-align: center;"><b>inacceptable</b></p> <p><b>car elle bafoue les droits de la patiente, rompt l'alliance thérapeutique et n'est ni adaptée, ni nécessaire ni proportionnée, et donc injuste et contraire à l'art. L3211-3 du CSP.</b></p>	<p><b>Madame H</b> : elle est traitée et, si le traitement est efficace, elle pourrait reprendre le cours de sa vie hors de l'hôpital.</p> <p><b>Sa mère</b> : sa fille est soignée, probablement stabilisée ; elle est rassurée.</p> <p><b>L'équipe soignante d'hospitalisation adulte</b> : la décision correspond à la demande d'un certain nombre d'entre eux.</p> <p><b>Le psychiatre</b> : il évite les tensions avec l'équipe soignante d'hospitalisation adulte, et avec la mère tutrice de Madame H.</p> <p><b>Les autres patients</b> : ils peuvent se sentir sécurisés.</p> <p><b>Le CSS &amp; le CDS</b> : la décision limite les tensions avec leur équipe d'hospitalisation.</p> <p><b>La Direction</b> : aucun avantage.</p>	<p><b>Madame H</b> : une telle manière de faire serait très probablement traumatisante pour elle.</p> <p><b>Sa mère</b> : elle a une hospitalisation sur demande d'un tiers à signer tous les mois, ce qui peut grandement altérer ses relations – déjà compliquées – avec sa fille.</p> <p><b>L'équipe soignante</b> : l'isolement et la contention sont difficiles à maintenir, et nuisent à l'alliance thérapeutique nécessaire au maintien d'un bon lien entre Madame H et les soignants. Pour les soignants du CMP, cette décision constitue un échec.</p> <p><b>Le psychiatre</b> : cette décision est tout à fait illégale et nuit gravement à l'alliance thérapeutique nécessaire pour bien soigner la patiente.</p> <p><b>Les autres patients</b> : ils peuvent aussi se sentir inquiets que ce genre de stratégies de soin leur arrive aussi.</p> <p><b>Le CSS &amp; le CDS</b> : ils peuvent être en tension avec l'équipe du CMP ; l'équipe d'hospitalisation est hors la loi : les droits de la patiente ne sont pas respectés.</p> <p><b>La Direction</b> : elle doit faire face à un risque de plaintes, de recours au Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté ; elle peut avoir à revaloriser ensuite une image dégradée de la psychiatrie et de l'hôpital qu'elle dirige.</p>
<p><b>D.2</b> L'équipe cherche l'alliance thérapeutique en sollicitant les soignants du</p>	<p><b>Madame H</b> : elle se sent respectée : son projet thérapeutique individualisé est travaillé avec elle.</p>	<p><b>Madame H</b> : le temps d'hospitalisation est prolongé alors qu'elle souhaite sortir de l'hôpital.</p>

<p>CMP en qui elle a confiance, en vue de lui faire accepter une médication per os avant une future injection retard. L'équipe lui propose des entretiens avec un psychologue, des prises en soins individuelles avec des IDE et médiateurs en santé pairs.</p> <p>-----</p> <p>Pour les membres de l'EESM, cette décision est</p> <p style="text-align: center;"><b>souhaitable</b></p> <p><b>car elle privilégie l'alliance thérapeutique avec Madame H, et le respect des droits fondamentaux de la patiente.</b></p>	<p><b>Sa mère :</b> les droits de sa fille sont respectés.</p> <p><b>L'équipe soignante :</b> elle est respectueuse des droits de la patiente, et de son rythme, dans le souci constant de l'alliance thérapeutique ; cette stratégie de soin a du sens pour elle, et <i>a fortiori</i> pour l'équipe du CMP.</p> <p><b>Le psychiatre :</b> la décision est conforme à la loi, et est respectueuse de la patiente.</p> <p><b>Les autres patients :</b> ils peuvent être rassurés que les soignants recherchent activement l'alliance thérapeutique, et le traitement le plus efficace en concertation avec Madame H.</p> <p><b>Le CSS &amp; le CDS :</b> les deux équipes mettent du sens à leurs pratiques, en conformité avec la législation.</p> <p><b>La Direction :</b> il y a un authentique respect des droits des patients, et une valorisation possible des pratiques professionnelles des deux équipes (hospitalisation adulte et CMP).</p>	<p><b>Sa mère :</b> elle peut trouver qu'un traitement efficace met trop de temps à se mettre en place et à montrer son efficacité.</p> <p><b>L'équipe soignante :</b> elle peut se heurter à une nouvelle absence d'adhésion de la patiente, et en ressentir une frustration les amenant à plaider pour la décision A ou la décision C.</p> <p><b>Le psychiatre :</b> il craint les tentatives de suicide possibles au sein du service. L'hospitalisation peut se prolonger encore longtemps.</p> <p><b>Les autres patients :</b> ils peuvent craindre de nouveaux troubles affectifs et comportements sexuels inadaptés de la patiente au sein du service.</p> <p><b>Le CSS &amp; le CDS :</b> en cas de non-adhésion de la patiente à son traitement, ils auront à gérer de nouvelles tensions au sein de l'équipe d'hospitalisation adulte, et éventuellement de celle du CMP.</p> <p><b>La Direction :</b> en cas de non-adhésion de la patiente, elle a les mêmes enjeux que les cadres, avec de surcroît le risque de suicide de Madame H en unité d'hospitalisation.</p>
<p><b>D. 3</b> <b>Face au refus de traitement persistant de la patiente, le médecin lève les soins sans consentement, au profit d'un suivi en ambulatoire par le CMP.</b></p> <p>-----</p> <p>Pour les membres de l'EESM, cette décision est</p> <p style="text-align: center;"><b>acceptable</b></p>	<p><b>Madame H :</b> elle sort de l'hôpital comme elle le souhaite.</p> <p><b>Sa mère :</b> pas d'avantage.</p> <p><b>L'équipe soignante :</b> elle ressent du soulagement de ne plus avoir à gérer les troubles dans le service dus à Madame H ; la décision évite une tentative de suicide dans le service.</p>	<p><b>Madame H :</b> elle pourrait ne pas voir s'espacer et s'estomper ses hallucinations.</p> <p><b>Sa mère :</b> les soins risquent d'être insuffisants au regard de la pathologie de Madame H et de ses besoins réels de soin.</p> <p><b>L'équipe soignante :</b> le CMP risque d'être en difficulté face aux besoins de soin réels de la patiente ; l'équipe a un sentiment d'échec.</p>

<p><b>si la patiente n'accepte rien d'autre, mais très insatisfaisante car son état justifie des soins en hospitalisation adulte.</b></p>	<p><b>Le psychiatre :</b> les risques liés à Madame H s'éloignent temporairement.</p> <p><b>Les autres patients :</b> c'est plus calme pour eux dans le service.</p> <p><b>Le CSS &amp; le CDS :</b> mêmes avantages que les soignants.</p> <p><b>La Direction :</b> pas d'avantage.</p>	<p><b>Le psychiatre :</b> il a un sentiment d'échec, qu'il partage avec l'équipe d'hospitalisation adulte. Il pourrait y avoir à terme une nouvelle hospitalisation de Madame H en crise aiguë.</p> <p><b>Les autres patients :</b> ils peuvent être insécurisés de voir sortir quelqu'un qui ne va pas bien.</p> <p><b>Le CSS &amp; le CDS :</b> ils peuvent être confrontés aux difficultés de l'équipe d'hospitalisation devant ce qu'elle peut vivre comme un échec.</p> <p><b>La Direction :</b> il y a un risque suicidaire à domicile avec une possible plainte motivée par un retour prématuré à domicile imputé à l'hôpital ; il y a aussi un risque médiatique.</p>
---	--	---

**Inacceptable :** la décision est contraire au droit ou aux RBPP. Elle est négative pour la qualité de l'accompagnement et ne préserve pas le bien-être ou les intérêts de la personne accompagnée. Elle présente des risques importants pour une ou plusieurs parties prenantes.

**Acceptable :** la décision n'est pas optimale (elle comporte des inconvénients, il y aurait mieux à faire), mais elle ne présente pas de risque important et elle peut se justifier ponctuellement.

**Souhaitable :** la décision est optimale pour la personne accompagnée et préserve les intérêts des acteurs, autant que possible. Elle est conforme au droit et aux bonnes pratiques professionnelles.

Le filtre décisionnel POUR LA DECISION CHOISIE : D.2.	Oui / non
<u>1. La décision est-elle légale ?</u>	OUI
<u>2. L'équipe/le professionnel qui prend la décision fait-elle/il preuve de justice envers le patient, et de courage ?</u>	OUI
<u>3. Est-elle respectueuse du patient ? (Suscite-t-elle son autonomie décisionnelle ?)</u>	OUI
<u>4. Est-elle respectueuse des autres acteurs de la situation ? (Rencontre-t-elle leur intérêt ?)</u>	OUI
<u>5. Est-elle conforme à la mission du service concerné, et à la mission de service public de l'hôpital ?</u>	OUI
<u>6. Serais-je capable d'argumenter sereinement cette décision devant un supérieur hiérarchique ?</u>	OUI
<u>7. Les règles qui justifient ma décision sont-elles généralisables au fonctionnement de tous les EPSM (en général) ?</u>	OUI
<u>8. Si le patient était un de mes proches, approuverais-je cette décision ?</u>	OUI/NON
<u>9. Puis-je en être satisfait(e) en tant que professionnel(le) ?</u>	OUI
<u>10. Pouvons-nous anticiper des conséquences positives pour le patient à court, moyen ou long terme ?</u>	OUI/NON

Les membres de l'EESM présents estiment, à l'unanimité, que la décision 2 est souhaitable, car elle travaille **l'alliance thérapeutique entre les soignants et la patiente**, seule manière de faire qui permette une prise de traitement sur la durée, qui présentera une efficacité pérenne, une stabilisation voire une guérison pour Madame H. L'injection par la force apparaît tout à fait inacceptable, car niant les droits fondamentaux de la patiente.

Les membres de l'EESM relève, à l'appui de cette position, que l'injection retard ne saurait être un recours thérapeutique en cas de refus des traitements *per os*. Dans les pratiques ordinaires en psychiatrie, lorsque le patient suit bien le traitement *per os*, une injection retard lui est proposée pour alléger sa charge mentale, et d'éviter que le patient ait chaque jour à penser à prendre ses médicaments.

---

## Pour aller plus loin...

- Berthon Georges (2014), « Respect de l'autonomie, consentement et usage de la contrainte en psychiatrie », *in* Hirsch Emmanuel dir. (2014), pp. 140 sqq.
- Cléro Jean-Pierre (2020), *Qu'est-ce que l'éthique médicale ?*, chapitre « Ethique de la prise de risque en psychiatrie », San Giovanni, éd. Mimésis, pp. 43 sqq.
- Danion-Grilliat Anne (2019), « Ethique du lien », *in* Richa Sami dir. (2019), pp. 15 sqq.
- Hirsch Emmanuel dir. (2014), *Traité de bioéthique III. Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes*, Toulouse, Erès.
- Jollant Fabrice (2024), « Les conduites suicidaires », *in* Porta Bonete Florian & Vautard Aurélien (2024), pp. 127 sqq.
- Mallet Jasmina & ali. (2024), « Les troubles psychotiques », *in* Porta Bonete Florian & Vautard Aurélien (2024), pp. 95 sqq.
- Richa Sami dir. (2019), *Manuel d'éthique en psychiatrie*, Tours, Presses Universitaires François-Rabelais.
- Porta Bonete Florian & Vautard Aurélien dir. (2024), *La santé mentale en France. Faire de la psychiatrie une grande cause nationale*, Bordeaux, LEH édition.
- Reyre Aymeric (2014), « La construction des soins dans la schizophrénie », *in* Hirsch Emmanuel dir. (2014), pp. 165 sqq.
- Richa Sami (2019), « L'information du malade en psychiatrie », *in* Richa Sami dir. (2019), pp. 29 sqq.
- Richa Sami (2024), *12 cas cliniques en éthique psychiatrique*, Paris, éd. Complicités.
- Rouillard Sophie (2014), « Soigner en psychiatrie. Conjuguer, au quotidien, vulnérabilité et autonomie », *in* Hirsch Emmanuel dir. (2014), pp. 153 sqq.
- Vialla François (2024), « Fous à lier ? », *in* Porta Bonete Florian & Vautard Aurélien (2024), pp. 593 sqq. [Article très clair sur les enjeux légaux autour de l'isolement et de la contention en psychiatrie et dans le médico-social.]