

Analyse de l'arrêt TF 5A_1127/2025 (d)

Sandra Hotz, Professeure ordinaire de droit civil et droit de la santé à l'Université de Neuchâtel, Dr. iur, avocate

Magalie Edna Sneed, Doctorante à l'Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel

TF 5A_1127/2025 (d), 20 avril 2026, destiné à la publication
II^e Cour de droit civil

Protection de l'enfance ; Entrée volontaire vs. placement à des fins d'assistance
Art. 314c CC

Newsletter juin 2026

26 juin 2026

Que signifie l'« entrée volontaire » d'un·e mineur·e dans une clinique psychiatrique ?

I. Objet de l'arrêt

Par son arrêt 5A_1127/2025 destiné à la publication, le Tribunal fédéral (TF) apporte des précisions sur les conditions dogmatiques nécessaires pour que l'admission en clinique psychiatrique d'un mineur soit considérée comme volontaire. Il constate que le seul fait de ne pas s'opposer au placement à des fins d'assistance ne suffit pas à établir le caractère volontaire de cette admission.

En cas d'une admission volontaire éventuelle, il ne sera plus possible d'effectuer un placement à des fins d'assistance (PAFA) en raison du principe de subsidiarité.

II. Résumé de l'arrêt

A. Les faits

1. Pensées suicidaires

Les faits concernent une adolescente, D.A., née en 2011, qui a été conduite aux urgences à la suite d'une tentative de suicide (ci-après désignée « la personne concernée » ou « la jeune fille »).

La jeune fille s'est rendue sur le toit de son immeuble pour mettre fin à ses jours. Une voisine, témoin de la scène, a alerté les secours. La voisine ainsi que la sœur de la jeune fille ont réussi à la convaincre de regagner son domicile. Par la suite, elle a été transportée en ambulance au service des urgences pédiatriques de l'hôpital cantonal de Winterthur, où une dose de 0,5 mg de Temesta lui a été administrée afin de la calmer. Lors de l'examen médical ultérieur, la patiente a continué à exprimer des pensées suicidaires.

B., médecin-chef du service des urgences pédiatriques de l'Hôpital cantonal de Winterthur, et C., médecin-assistante, ont ordonné le placement à des fins d'assistance (PAFA) de la jeune fille à la clinique E. à U., le 8 avril 2024. Le 10 avril 2024, la mère de la personne concernée, A.A., dépose un recours écrit contre cette décision. Le 26 avril 2024, D.A. sort de la clinique.

2. Juxtaposition de procédures

Le 29 avril 2024, le tribunal de district de Winterthur a jugé que la décision de placement du 8 avril 2024 était conforme aux normes formelles requises, rejetant ainsi le recours formé par A.A. contre l'examen des conditions matérielles relatives au placement à des fins d'assistance, en l'absence de tout grief justifiant autrement. En outre, le Tribunal cantonal de Zurich a prononcé une ordonnance de non-lieu le 13 mai 2024 et a rejeté le recours de la mère contre cette ordonnance.

Dans le contexte de la décision rendue le 5 juillet 2024 (5A_335/2024), le Tribunal fédéral a reconnu qu'il existait un intérêt à clarifier la question de savoir si un PAFA pouvait être ordonné alors que la personne concernée était disposée à entrer volontairement en clinique.

Pour cette raison, le Tribunal fédéral a annulé la décision attaquée et renvoyé l'affaire au Tribunal supérieur. Cette instance a subséquentement renvoyé l'affaire au Tribunal de district par une décision du 20 août 2024, qui a également rejeté le recours d'A.A. par décision du 14 juillet 2025. En outre, une amende de 500 francs a été infligée à la mère, et cette somme a également été allouée au titre des frais de procédure ainsi qu'à titre d'indemnité. La Cour suprême zurichoise a rejeté, le 3 décembre 2025, le recours formé par la mère contre cette décision. Elle conclut également que le placement, ordonné par un médecin le 8 avril 2024, dans le but d'assister la personne concernée, a été effectué conformément à la loi.

Le 3 décembre 2025, le tribunal supérieur rejette le recours formé par A.A., qui saisit alors le Tribunal fédéral par recours en matière civile le 30 décembre 2025, soutenant que le PAFA ordonné par les médecins le 8 avril 2024 était contraire au droit fédéral et à la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH). La question posée au Tribunal fédéral était de savoir si la personne concernée était disposée à entrer dans la clinique de son plein gré et si, pour cette raison, il aurait fallu renoncer à ordonner un placement à des fins d'assistance.

B. Le droit

1. Règles relatives au placement à des fins d'assistance des personnes mineur-es

Le chapitre du Code Civil relatif à la protection des enfants n'énonce pas de règles spécifiques à un placement à des fins d'assistance d'un·e mineur·e.

C'est pourquoi, lorsque le placement d'un enfant dans une clinique psychiatrique s'avère nécessaire, les dispositions relatives à la protection de l'adulte concernant le placement à des fins d'assistance (PAFA) sont appliquées *par analogie* conformément à l'art. 314b al. 1 CC. Selon le TF, un placement dans un «*établissement approprié*» peut notamment être justifié lorsque l'enfant présente un trouble psychique et que le traitement ou la prise en charge nécessaire ne peuvent être assurés par d'autres moyens (consid. 4.1.1. avec réf.).

Le TF considère ainsi, conformément à la jurisprudence relative à l'art. 429 al. 1 CC, que les cantons sont habilités à désigner des médecins qui, aux côtés de l'autorité de protection de l'adulte, disposent du pouvoir d'ordonner un placement pour une durée déterminée conformément au droit cantonal. Cette compétence médicale s'applique également lorsque le placement d'urgence d'une personne mineure, pour des motifs psychiatriques, est envisagé (consid. 4.1.5, avec les références). Il s'agit de la pratique mise en œuvre dans le canton de Zurich.

2. Placement à des fins d'assistance vs. admission volontaire

Un placement à des fins d'assistance (PAFA) doit être distingué d'une admission volontaire dans une institution. Comme l'indique notamment le TF, les conséquences juridiques diffèrent: «*toute personne s'étant volontairement engagée dans une institution peut, en principe, la quitter à tout moment*» (consid. 4.1.3.1). L'art. 427 CC expose les conditions de sortie d'un·e patient·e ayant été admis·e volontairement. Ces personnes peuvent être retenues sur ordre du médecin-chef pour une durée maximale de trois jours si elles mettent en danger leur vie, celle d'autrui, leur intégrité corporelle ou celle d'autrui (al. 1).

3. Volonté d'admission du ou de la mineur·e

En Suisse, les hospitalisations non volontaires ne sont pas majoritaires en psychiatrie mais suscitent de nombreux débats, en plus d'être vécues comme une épreuve aussi bien par les psychiatres que par les patient·es et leurs proches¹.

Il n'est possible de présumer une admission volontaire dans une clinique ou autre établissement que si la personne concernée est dotée de la capacité de discernement et qu'elle donne son consentement après avoir été suffisamment informée et sur la base d'une volonté librement formée (consid. 4.1.3.2). Selon le TF, il est crucial que la volonté ou, à proprement parler, « le consentement » du ou de la mineur·e pour une admission volontaire soit non vicié: il doit reposer sur la conviction personnelle de la personne capable de discernement, et non sur l'absence de résistance ou sur un accord obtenu sous la contrainte. En effet, l'admission volontaire doit reposer sur une « conviction réelle et sans réserve »: si la personne concernée ne consent pas par conviction personnelle, mais uniquement sous la menace d'un placement à des fins d'assistance ou en l'absence d'alternatives, son admission ne peut être considérée comme volontaire (consid. 4.1.3.2).

Dès lors, la manifestation d'une volonté de séjourner en clinique obtenue par contrainte, violence, menace ou par tromperie est juridiquement nulle, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral ainsi qu'à la doctrine, comme en témoignent plusieurs références citées par le TF (consid. 4.1.3.2). Par exemple, Borghi (1991), nous parle de « faux volontaires », termes qui désigneraient les patient·es qui ont accepté·es d'être hospitalisé·es non pas par conviction mais parce qu'ils ou elles ne comprennent pas la portée de la mesure: « ils sont formellement considérés comme volontaires, quoique tout de même soumis à la pression extérieure du milieu social, notamment familiale, et ils n'acceptent le placement et les thérapies que 'sponte coacti' »².

Dans cette affaire, selon le TF, la mineure n'avait pas manifesté sa propre volonté d'entrer dans l'établissement et ne comprenait pas pourquoi on l'empêchait de se suicider, ce qui rendait impossible son « entrée volontaire » dans l'établissement.

4. Une question de subsidiarité et de proportionnalité: admission libre vs. PAFA

Les médecins avaient ordonné un PAFA, alors que la requérante soutenait que sa fille était disposée à entrer volontairement en clinique, ce qui, selon elle, rendait la mesure de contrainte disproportionnée.

Selon la jurisprudence du TF, le PAFA constitue une privation de liberté au sens de l'art. 5 par.1 CEDH³, et représente donc une restriction à la liberté personnelle des personnes placées (art. 9. du Pacte ONU II⁴, art. 5 à 7 de la Convention d'Oviedo⁵, art. 10 al. 2 Cst.⁶). Cette restriction aux droits fondamentaux est justifiée par le principe de proportionnalité. C'est ainsi que dans l'arrêt commenté, le TF rappelle que l'ensemble du droit de la protection de l'enfant est régi par le principe de proportionnalité (consid. 4.1.2). Ce principe, au sens des art. 36 Cst. et 314b CC⁷ commande de n'ordonner le placement d'un·e mineur·e dans une institution que si toute autre mesure moins drastique apparaît vouée à l'échec⁸. Il exige également que la mesure ordonnée soit appropriée et nécessaire afin d'écartier toute entrave au bien-être de l'enfant (consid. 4.1.2, cf. [ATF 149 I 49](#)). En outre, le TF a par le passé indiqué que l'autorité doit préciser les raisons pour lesquelles elle estime que le placement est conforme au principe de proportionnalité⁹.

-
1. DIRINGER, *Quel profil pour les hospitalisations non volontaires en psychiatrie ?*, in: *Cortica* 2022 1(2). 276-294. ←
 2. BORGI MARCO, *Evaluation de l'efficacité de la législation sur la privation de liberté à des fins d'assistance*, Agno 1991, p. 83. ←
 3. ATF 148 I 1, consid. 7.3.2. ←
 4. Pacte international relatif aux droits civils et politiques, conclu à New York le 16 décembre 1966 (0.103.2). ←
 5. Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine (Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine) (0.810.2), conclue à Oviedo le 4 avril 1997. ←
 6. Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS.101). ←
 7. TF 5A_295/2021, consid. 3. ←
 8. TF 5A_295/2021, consid. 3.1, 5A_1003/2017, consid. 3.2 et les références. ←

Par ailleurs, les besoins de l'enfant, son âge et sa personnalité sont également des critères à considérer dans l'évaluation du caractère approprié de la mesure¹⁰.

L'entrée volontaire prévaut en principe sur le PAFA, conformément aux principes de subsidiarité et de proportionnalité (consid. 4.1.2.). Néanmoins, en plus de la problématique du consentement de la mineure susmentionnée, le PAFA a ici été justifié par le risque d'une tentative de suicide durant le transport aux urgences (consid. 4.4.2). Le TF estime que le transport par la mère de son enfant n'aurait pas permis de protéger l'enfant de façon suffisante dans cette « situation aiguë » (consid. 4.2). Pour ces raisons, le PAFA a ici été jugé proportionnel.

III. Analyse

L'arrêt précise les conditions de l'entrée volontaire en clinique psychiatrique (ou autre établissement) et met en évidence la problématique du PAFA chez les personnes mineures, ce qui est particulièrement bienvenu.

1. Renvoi de l'art. 314b al. 1 CC aux art. 426 ss CC – un problème de légalité en soi

Lorsque l'enfant est placé·e dans une institution fermée ou dans un établissement psychiatrique, les dispositions de la protection de l'adulte sur le placement à des fins d'assistance s'appliquent « par analogie » (art. 314b al. 1 CC). Il n'existe pas de définition dans la loi de ce que constitue une « application par analogie », l'interprétation de cette notion est donc laissée au Tribunal fédéral (cf. arrêt TF 5A_188/2013 du 17 mai 2013)¹¹. L'application de ce « cadre juridique destiné aux adultes » aux enfants¹², présente un risque de traitement discriminatoire entre les PAFA prononcés à l'égard de personnes majeures et ceux destinés aux personnes mineures¹³.

Le placement dans un établissement approprié peut, en effet, se justifier non seulement si l'enfant concerné·e souffre d'un trouble psychique, d'un handicap mental ou est gravement négligé·e, mais également si une « éducation surveillée »¹⁴ est nécessaire, et que celle-ci, respectivement le traitement ou les soins nécessaires, ne peut être dispensée d'une autre manière.

S'agissant des conditions matérielles de la mise en place d'un PAFA à destination d'une personne mineure, elles se fondent sur le droit de la protection de l'enfant et en particulier sur le retrait de l'autorité parentale quant à la détermination du lieu de résidence (art. 310 CC)¹⁵. En principe, les parents en tant que représentants légaux de l'enfant agissent dans son intérêt (art. 5 CDE; art. 302ss CC). Selon la jurisprudence¹⁶, le bien de l'enfant est en danger si son développement physique, intellectuel ou moral n'est pas assez protégé ou encouragé dans le milieu dans lequel il vit avec ses parents – comme cela a ici été jugé. L'État intervient alors conformément aux principes de subsidiarité, de proportionnalité et de complémentarité¹⁷. Cette intervention de l'État est permise par les art. 307 ss CC et constitue une concrétisation de la protection particulière de l'État accordée aux enfants et aux jeunes (art. 11 Cst.)¹⁸.

9. ATF 140 III 101, consid. 6.2.3. ←
10. CR-CC MEIER, art. 310, N 22. ←
11. HOTZ / SAINT-PHOR, *Placement, de l'enfant en institution fermée: les conditions sont-elles clairement définies dans la loi?*, in: newsletter DroitMatrimonial.ch juin 2021. ←
12. Voir: HOTZ, *Gesundheitliches Verfahren, Stellung und Mitwirkung von Kindern in Straf-, Zivil-, Gesundheits-, Schul- und Asylverfahren*, in: Handbuch Kinder im Verfahren., Zürich 2020, Rz. 7.1117; FamComm Protection des adultes, COTTIER, Art. 314b ZGB N 3; GEISSBERGER, *Die Rechtsgrundlagen der fürsorglichen Unterbringung Minderjähriger unter Berücksichtigung der Vorgaben der Europäischen Menschenrechtskonvention und der Bundesverfassung*, Zürich 2019, p. 175 et références; BÜCHLER / MICHEL, *Medizin, Mensch, Recht*, Zürich 2020, p. 162. ←
13. *Ibid.* N.9. ←
14. Arrêt TF 5A_1003/2017 du 20 juin 2018, consid. 3.2 et réf. ←
15. *Ibidem.* ←
16. Arrêt 5A_318/2021 du 19 mai 2021 consid. 3.1.2 et les références. ←
17. Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes (COPMA), *Subsidiarité des mesures de protection et respect de la liberté individuelle, comment travaillent les autorités de protection?*, Berne 2018. ←
18. GUILLIOD / BURGAT, *Droit des familles*, Neuchâtel 2022, p. 212. ←

Par ailleurs, la doctrine considère que les conditions d'une « institution appropriée » ainsi que le fait que « l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent [...] être fournis d'une autre manière » (art. 426 al. 1 et 2 CC) sont applicables tandis que les autres conditions mentionnées par ces dispositions ne seraient pas applicables dans le domaine de la protection de l'enfant¹⁹. En revanche, la doctrine estime que les alinéas 3 et 4 de l'art. 426 CC (levée du PAFA) sont applicables par analogie²⁰.

À côté de ces dispositions, l'art. 427 CC définit les modalités du maintien en détention d'une personne admise de son plein gré, tandis que l'art. 429 CC précise le pouvoir de placement du médecin. – Des dispositions applicables par « analogie » aux enfants.

2. Droit à la participation ou comment prendre en compte les besoins des enfants ?

La Convention relative aux droits de l'enfant²¹ confère en son article 12 un droit de participation aux enfants. Dans le domaine des soins, il est possible de définir la participation des enfants comme leur implication dans tous les processus de décision concernant les traitements et les soins²². La participation des enfants à leurs soins de santé comprend la participation de l'enfant avant, pendant et après ces soins²³. En ce sens, la participation peut impliquer la présence de l'enfant, son audition ou encore la prise en compte de ses points de vue et opinions. La participation de l'enfant dans le domaine des soins lui permet de renforcer son estime de soi²⁴. Dans l'arrêt commenté, une dimension de la participation serait par exemple l'information de la jeune fille sur la décision de placement (causes, processus, acteurs impliqués, etc.) afin de lui permettre de comprendre les raisons de son placement. Cette information doit être donnée à l'enfant dans un langage adapté²⁵.

La participation de l'enfant dans les soins s'inscrit dans une triade relationnelle entre professionnel·les de la santé, parents et enfants. Dans le cadre d'un PAFA, le droit à une personne de confiance (art. 432 CC) peut aussi permettre aux enfants hospitalisés de participer tout en s'assurant que leurs droits sont respectés²⁶. Toute personne placée en institution peut bénéficier d'une personne de confiance, ce qui constitue un droit strictement personnel non sujet à représentation²⁷. Le rôle d'une personne de confiance est « d'informer la personne concernée de ses droits et obligations, de l'aider à formuler ses demandes et à les transmettre à qui de droit, de s'entremettre en cas de conflit et de l'assister dans le cadre d'éventuelles procédures. (...) Munie d'une procuration de la personne concernée, elle a en outre accès à tous les documents relatifs à celle-ci. La personne de confiance doit pouvoir rendre visite à la personne placée en institution même si le droit de visite a été restreint »²⁸. La personne de confiance dispose d'un droit de recours dans le cadre d'un PAFA et peut par exemple demander la libération de la personne concernée (cf. TF 5A_948/2013, consid. 2.1 et les références citées).

Selon nous, il est important de noter que la « personne de confiance » peut prendre différentes formes. Malheureusement, selon les contextes juridiques, force est de constater que la personne de

19. MEIER / STETTLER, N 1842, aussi N 1840; Vaerini, *Guide pratique du droit de protection de l'adulte et de l'enfant*, Berne 2015, p. 144. ←

20. MEIER / STETTLER, N 1842. ←

21. RS 0.107. ←

22. Comité des droits de l'enfant, *Observation générale n° 12 sur le droit de l'enfant d'être entendu*, Genève 2009, p. 6. Sur la participation des enfants dans les procédures de protection voir aussi: COTTIER/ AEBY / MÜLLER / SCHOCH, *Intégrité, autonomie et participation dans la protection de l'enfant - Comment les enfants et les parents vivent-ils la procédure de protection de l'enfant?*, Bâle 2025. ←

23. Conseil de l'Europe, *Lignes directrices du Conseil de l'Europe sur les soins de santé adaptés aux enfants*, para. 11 et 13, Strasbourg 2011; European Association for Children in Hospital, *Charte de l'Association européenne pour les enfants hospitalisés (1993)*, art. 4.; HOTZ, *Handbuch Kinder im Verfahren*, 2020 St.Gall / Zürich, p. 252. ←

24. Vis et al. (2011), *Participation and health – a research review of child participation in planning and decision-making*, in: *Child & Family Social Work*, 16: 325-335. ←

25. Conseil de l'Europe, *Lignes directrices du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe sur une justice adaptée aux enfants*, para. 54 ss, Strasbourg 2011. ←

26. HOTZ / SAINT-PHOR, *Personne de confiance durant le placement à des fins d'assistance: Un droit essentiel à la participation*, in: RMA 2022, p. 120. ←

27. *Ibid*, p. 131. ←

28. FF 2006 6635, 6700. ←

confiance est souvent désignée par d'autres termes. Dans la pratique de la psychiatrie, on trouve, par exemple, les «patient-es partenaires»²⁹. Ils ou elles ne sont en réalité rien d'autre qu'une forme de «personne de confiance».

3. Des démarches politiques nécessaires

Selon les chiffres les plus récents de l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN), les placements par ordonnance pour des personnes mineures représentaient 0.81% du total des placements en Suisse en 2024. Toutefois, d'après notre expérience et nos discussions avec divers·es professionnel·les, aussi bien du domaine médical que du domaine juridique, l'application des conditions de l'art. 426 ss CC est souvent incomprise dans le contexte d'un placement d'une personne mineure. La manque de clarté du Code civil complique la mise en œuvre pratique de ces dispositions, comme le démontre l'arrêt commenté. À cet égard, une clarification de la législation serait bénéfique, aussi bien pour les enfants que pour les professionnel·les chargés·es de l'application de ces mesures.

Proposition de citation

Magalie Sneed/Sandra Hotz, Que signifie l'«entrée volontaire» d'un·e mineur·e dans une clinique psychiatrique?; analyse de l'arrêt du Tribunal fédéral 5A_1127/2025, Newsletter Droitdesfamilles.ch juin 2026

²⁹. BURGAT, *Enjeux juridiques et mise en œuvre pour la Suisse*, in: *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM) 2024/1 N°39*. ←