

Collectif spontané
d'associations signataires
(liste en annexe)
> *Correspondances à adresser à :*
ADRpsy 1 rue du 14 juillet 59214 Quievy

Mme la Ministre Stéphanie Rist
Ministère de la Santé, des Familles,
de l'Autonomie et des Personnes handicapées
14, avenue Duquesne,
75350 Paris SP 07

Copie pour information
à la Délégation Ministérielle à la Santé Mentale et à la Psychiatrie (DMSMP)
à Mme Dominique Simonnot en sa qualité de Contrôleure générale des lieux de privation de
liberté
à M. le Député de Paris Michel Barnier

Le 07 septembre 2026

Objet : Recours gracieux contre l'arrêté du 26 juin 2026 listant des actes et soins pouvant être réalisés par les infirmiers diplômés d'État

Madame la Ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées,

Un collectif d'associations, dont des associations de professionnels de santé, des associations d'usagers et organismes de formation, présente ce recours gracieux.

Ce collectif entend par la présente former un recours gracieux à l'encontre de l'arrêté du 26 juin 2026 fixant la liste des actes et des soins pouvant être réalisés par les infirmiers diplômés d'État, en ce qu'il liste à l'article 4, « dans le cadre de son rôle sur prescription défini à l'article R. 4311-6 », la « mise en œuvre de soins » définis comme :

« la pose de contention physique ou mécanique ponctuelle »

« l'ablation de dispositif d'immobilisation et de contention physique ou mécanique ponctuelle ».

Nous avons fait le choix d'un recours gracieux plutôt que d'un recours contentieux, car nous considérons que l'arrêté du 26 juin 2026 constitue, dans son ensemble, une avancée importante pour la profession infirmière et pour l'offre de soins. Nous saluons également l'engagement de votre ministère pour réduire le recours aux mesures coercitives en psychiatrie, tel qu'il s'est exprimé dans vos récentes déclarations publiques. C'est dans cet esprit constructif que nous sollicitons une correction ciblée de l'article 4, afin de le rendre cohérent avec le cadre légal applicable aux mesures de contention.

L'article L3222-5-1 du Code de la Santé Publique dans sa rédaction issue de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 a donné un cadre légal au recours à l'isolement et à la contention en matière psychiatrique.

Ce texte dispose que :

« I.- L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient.

Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical».

Le décret n°2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement fixe les conditions du contrôle du renouvellement des mesures de contention au-delà d'une durée de 24 heures.

Il convient de souligner que cet encadrement légal ne concerne qu'un seul cadre d'application : celui des soins psychiatriques sans consentement.

L'arrêté du 26 juin 2026, en inscrivant la « pose de contention physique ou mécanique ponctuelle » parmi les soins infirmiers sur prescription sans rappeler cette restriction, crée une ambiguïté susceptible d'étendre et de reconnaître la pratique au-delà du cadre légalement défini, notamment en dehors du champ des hospitalisations sans consentement. Aussi, nous identifions un besoin urgent de clarifier le cadre applicable aux situations de contention et privation de libertés qui surviennent en dehors du cadre légal visant les hospitalisations sans consentement.

Cette ambiguïté expose par ailleurs les soignants à un risque pénal sérieux : une contention mise en œuvre hors de ce cadre légal peut constituer une atteinte à la liberté d'aller et venir, voire des violences volontaires ou blessures involontaires, et la commission d'un tel délit ne saurait être effacée par une prescription médicale, engageant ainsi la responsabilité personnelle pénale des infirmiers comme des médecins prescripteurs.

En février 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) a précisé dans ses recommandations les critères de la contention. Il s'agit selon elle de :

« prévenir une violence imminente du patient ou répondre à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui. »

Selon la HAS, l'isolement et la contention peuvent être envisagés *« uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui ».*

Lors de la séance extraordinaire du 22 juillet 2015, préalable à l'adoption du texte définitif de la loi du 26 janvier 2016 posant les conditions de légalité des mesures d'isolement et de contention, le Sénat adoptait le nouvel article 13 quater tel qu'il était proposé par la commission des affaires sociales, avec des modifications qui pourraient paraître mineures mais qui révèlent en creux l'enjeu majeur de la définition du statut juridique des mesures d'isolement et de contention.

En effet, le député Denys Robiliard proposait la formulation suivante :

« Le placement en chambre d'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance ».

Tandis que la commission des affaires sociales proposait d'insérer après l'article L. 3222-5 du code de la santé publique, un article L. 3222-5-1 ainsi rédigé :

« L'admission en chambre d'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur prescription d'un psychiatre, prise pour une durée limitée ».

A la seconde lecture de l'Assemblée nationale du 27 novembre 2015, une série d'amendements modifiait de nouveau le texte du Sénat en réitérant les termes de « placement » et de « décision ». A l'initiative du député Denys Robiliard et de deux de ses homologues, la commission des affaires sociales adoptait trois amendements à cet article, dont un rédactionnel. Le deuxième tendait à rétablir la rédaction de l'Assemblée nationale selon laquelle la contention relève d'une décision et non d'une prescription.

Le texte adopté le 1^{er} décembre 2015 par l'Assemblée nationale retenait finalement la notion de décision et abandonnait le terme de placement pour parler de « pratiques d'admission », et réservait l'accès au registre traçant ces mesures à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

In fine, l'article L.3222-5-1, I, du Code de la santé publique, issu de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 subordonnait donc le recours à ces mesures à la seule nécessité de « *prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui* », et non à un objectif de traitement ou de guérison.

Le critère légal actuel est ainsi celui de la dangerosité immédiate, propre à une logique de police sanitaire, et non celui de l'indication thérapeutique établie sur prescription médicale.

Bien qu'initiées par un psychiatre, les mesures de contention constituent donc des mesures de nature administrative — décisions individuelles défavorables portant atteinte à la liberté individuelle, soumises à ce titre à des exigences procédurales et à un contrôle juridictionnel distincts de ceux applicables à l'acte de soin.

Selon la loi, la mesure doit faire l'objet d'une « *décision motivée d'un psychiatre* », prise « *uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient* ». Or l'obligation de motivation ne s'impose normalement pas à l'acte médical stricto sensu, qui relève du colloque singulier et du secret médical ; elle est en revanche la marque distinctive de la décision

administrative individuelle défavorable, telle qu'elle résulte du droit commun des relations entre l'administration et les usagers.

Contrairement à une prescription ordinaire, la mesure d'isolement ou de contention fait l'objet d'un registre spécifique tenu par chaque établissement, dont la loi prévoit expressément la communication à des autorités de contrôle extra-médicales : « *la commission départementale des soins psychiatriques, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou ses délégués, et les parlementaires* ».

Le Conseil constitutionnel s'est saisi de la question du contrôle juridictionnel de la prolongation de cette mesure et a, dans sa décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020, rattaché le contrôle de ces mesures au principe selon lequel « *la liberté individuelle, dont la protection est confiée à l'autorité judiciaire, ne saurait être entravée par une rigueur non nécessaire* », les atteintes portées à son exercice devant être « *adaptées, nécessaires et proportionnées aux objectifs poursuivis* ».

Ce standard de contrôle est exactement celui appliqué aux autres mesures administratives privatives de liberté relevant de l'article 66 de la Constitution.

Deux censures successives du Conseil Constitutionnel, le 19 juin 2020 puis le 4 juin 2021 (n° 2020-844 et n° 2021-912/913/914) ont sanctionné l'absence de contrôle suffisant du juge judiciaire au-delà de certaines durées, imposant une saisine automatique du juge des libertés et de la détention – mécanisme calqué sur celui prévu pour les autres privations administratives de liberté. La saisine a par la suite été étendue à tout magistrat judiciaire du siège. Le régime de contrôle des mesures d'isolement et de contention a par la suite été modifié afin de rendre le texte de loi conforme aux décisions du Conseil constitutionnel, par l'adoption de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 fixant le financement de la sécurité sociale pour 2021 et la loi n°2022-52 du 22 janvier 2022.

Ces modifications entrent en cohérence avec la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme, qui rattache l'hospitalisation psychiatrique sans consentement et les mesures coercitives qui l'accompagnent, au régime de la détention au sens de l'article 5 § 1 e) de la Convention Européenne des Droits de l'Homme. Ainsi, dans l'arrêt *M.S. c. Croatie* (CEDH, 19 févr. 2015, M.S. c. Croatie, n° 75450/12), la Cour a jugé qu'un recours à la contention qui ne serait pas strictement nécessaire constituait par principe une violation de l'article 3 de la Convention, précisant que « *la position d'infériorité et de faiblesse, caractéristique des patients enfermés en hôpitaux psychiatriques, appelle une vigilance accrue* » dans l'appréciation du respect de la Convention. Une mesure de contention de quinze heures y était qualifiée d'expérience habituellement traumatisante. La même Cour condamnait également la France dans l'affaire *Baudoin c. France* (CEDH, 18 nov. 2010, Baudoin c. France, n° 35935/03) sur des questions connexes de privation de liberté en psychiatrie. Ces éléments confirment que le juge européen n'analyse pas ces mesures comme relevant du seul colloque singulier médecin-patient, mais comme des mesures coercitives appelant des garanties procédurales renforcées, de même nature que celles dues en matière de détention ou de rétention administrative.

Dans un tel contexte, l'arrêté du 26 juin 2026 indique dans son article 4 :

« Dans le cadre de son rôle sur prescription défini à l'article R 4311-6, l'infirmier met en œuvre les interventions et dispense les soins listés au présent article :

(...) « pose de contention physique ou mécanique ponctuelle »

« ablation de dispositif d'immobilisation et de contention physique ou mécanique ponctuelle ».

Selon l'article R4311-6 du Code de la santé publique auquel il est fait référence :

« Dans le cadre de son rôle sur prescription, sauf dans le cas prévu à l'article R. 4311-7, l'infirmier exerce son activité en application :

1° Soit d'une prescription écrite, nominative, qualitative et quantitative, datée et signée par un médecin, une sage-femme ou un infirmier en pratique avancée ;

2° Soit d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin. »

L'article R4311-7 du Code de la santé publique prévoit enfin que :

« En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes et soins prévus dans ces protocoles ainsi que les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes et soins font obligatoirement l'objet de la part de l'infirmier d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

Il convient néanmoins de préciser, comme le rappelle l'article R. 4311-14 du décret d'actes en vigueur, que si la contention est bien toujours une décision, ce texte en laisse la mise en œuvre à l'infirmier au titre de l'urgence, dans l'attente d'une validation médicale rapide. Ce cas d'urgence ne saurait toutefois remettre en cause la nature fondamentalement décisionnelle, et non thérapeutique, de la mesure, ni la soustraire aux exigences de motivation et de traçabilité prévues par la loi.

Il y a donc une forme de contradiction entre deux ensembles normatifs : celui qui encadre le rôle de l'infirmier quant aux actes de soins sur prescription ou protocole médical, avec la possibilité éventuelle de mettre en place un protocole de soins d'urgence préalablement écrit, daté et signé par le médecin responsable ET celui qui définit légalement la contention comme une mesure de contrainte, relevant d'un régime juridique de motivation, de traçabilité et de contrôle emprunté au droit des mesures administratives et judiciaires privatives de liberté, au même titre que les mesures d'admission et de maintien en hospitalisation sans consentement dans des établissements habilités.

Cette contradiction doit être précisée : elle est particulièrement flagrante s'agissant des protocoles écrits par avance, de type « si besoin », qui reviennent à décider d'une contention sans évaluation de la personne au moment des faits. Cela est strictement contraire à l'exigence légale d'une décision individuelle, motivée et de dernier recours.

L'arrêté du 26 juin 2026, parce qu'il assimile la contention à des soins sur prescription ou protocole médical, n'est de ce fait conforme ni à la lettre ni à l'esprit de la loi du 26 janvier 2016 modifiée en 2020 et 2022 et du décret d'application n°2022-419 du 23 mars 2022 qui s'y rapporte.

En outre, il contrevient à l'obligation des infirmiers de se conformer à l'état de l'art médical.

Ainsi, l'article R.4312-10 du Code de la santé publique dispose que :

« L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient.

Ses soins sont consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science. Il y consacre le temps nécessaire en s'aidant, dans toute la mesure du possible, des méthodes scientifiques et professionnelles les mieux adaptées. Il sollicite, s'il y a lieu, les concours appropriés. Il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience, ses compétences ou les moyens dont il dispose.

L'infirmier ne peut pas conseiller et proposer au patient ou à son entourage, comme salubre ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite. »

Cette exigence est ancienne et se rattache à l'obligation pour tout soignant de dispenser des soins « conformes aux données acquises de la science ».

Un manquement à ces obligations engagerait tout infirmier sur le plan de la responsabilité disciplinaire, civile, voire pénale dans les cas les plus graves.

La disposition contestée de l'arrêté du 26 juin 2026 qualifiant de soins la « pose de contention physique ou mécanique ponctuelle », comme « l'ablation de dispositif d'immobilisation et de contention physique ou mécanique ponctuelle », dans la mesure où elle assimile la contention à un soin, entre en contradiction avec les données scientifiques produites dans le monde, en particulier la recherche en soins médicaux et infirmiers en psychiatrie.

Ainsi, d'après les études scientifiques, aucune donnée disponible n'objective un effet thérapeutique significatif des mesures d'isolement ou de contention. Les revues systématiques de la littérature sur les bénéfices éventuels et les effets néfastes de l'isolement et de la contention tendent en revanche à montrer que la contention a des conséquences néfastes sur les plans physique ou psychologique.

Ainsi, des chercheurs universitaires suisses ont dressé en 2019 une revue de littérature portant sur 35 articles ; ils concluent qu'il est difficile de tirer des conclusions quant aux effets protecteurs ou thérapeutiques de l'isolement et de la contention et que, dans l'ensemble, les études ont systématiquement mis en évidence des effets négatifs : syndrome de stress post-traumatique, résurgence de traumatismes antérieurs, besoin de traitement médicamenteux, allongement de la durée d'hospitalisation, thrombose veineuse profonde, hallucinations. Ils rapportent également que le vécu de l'isolement et de la contention est principalement associé à des émotions négatives chez les patients.e.s, en particulier à un sentiment de punition et de détresse¹.

¹ Chieze M., Hurst S., Kaiser S., Sentissi O., « Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review », *Frontiers in Psychiatry*, Public mental Health, volume 10, 16 juillet 2019.

En France, l'étude PLAIDCARE démontre en outre que la variabilité des pratiques de contention, malgré un cadre légal unifié, est largement attribuée à des cultures professionnelles, voire à des cultures d'établissement, plutôt qu'à la morbidité locale².

Dès lors, qualifier d'acte de soins la contention dans un arrêté listant les actes pouvant être réalisés par les infirmiers diplômés d'État, n'est ni conforme au régime légal instauré depuis 2016, ni à l'état de l'art médical.

Enfin, l'arrêté du 26 juin 2026 entre en vigueur dans un contexte particulier. Alors que les mesures restrictives de liberté, dont la contention mécanique représente une forme extrême, sont utilisées dans de nombreux systèmes de soins, la réduction de ces mêmes pratiques constitue une priorité de politique publique mondiale et nationale. Cette évolution s'inscrit dans une dynamique plus large observée en Europe, cependant que le Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) du Conseil de l'Europe affirme de longue date que, compte tenu de la nature intrusive du recours à la contention et de son potentiel d'abus et de mauvais traitements, le but ultime devrait toujours être d'en éviter l'usage en limitant le plus possible sa fréquence et sa durée. Cette position est également celle de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui appelle les États à réduire autant que possible le recours aux mesures coercitives et à développer des pratiques alternatives fondées sur la désescalade et le respect des droits fondamentaux.

Certains États ont mené avec succès une politique volontariste efficace, avec des résultats significatifs, notamment la Norvège, le Danemark, l'Italie, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande. Ces résultats montrent qu'une diminution durable de la contention est possible par l'organisation des soins et la formation des équipes professionnelles.

En France, la feuille de route nationale de la santé mentale en a fait une priorité dès 2018 ; le Contrôleur Général des lieux de privation de liberté a renouvelé les alertes sur ces pratiques ; et la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Stéphanie Rist, a annoncé le 2 juin 2026 un objectif de "zéro contention" à l'horizon 2030 dans les services hospitaliers de psychiatrie, lors d'une réunion interministérielle sur la grande cause santé mentale.

Encore plus récemment, Michel Barnier a déposé une proposition de loi visant à interdire le recours à la contention mécanique dans les établissements psychiatriques n°3098 le jeudi 23 juillet 2026.

Ce mouvement, qui transcende les options partisans et relaie les constats posés par les scientifiques, notamment les travaux de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé, rejoint la convergence d'actions portée par de nombreux groupes et collectifs de professionnels de santé, de proches et d'usagers, engagés dans une démarche commune visant à réduire significativement le recours à la contention, voire à l'abolir.

La rédaction de l'arrêté du 26 juin 2026, en son article 4, outre qu'elle est en contradiction avec le régime légal appliqué aux mesures de contention et qu'elle assimile ces dernières à des actes de soins, en l'absence de données scientifiques probantes, par sa portée symbolique, banalise une pratique décriée de toute part, y compris par votre Ministère, qui a annoncé récemment sa volonté politique d'abolir la contention en psychiatrie.

² Touitou-Burekard E., Coldefy M., Bourin C., Ellini A., Saetta S. et Gandré C., « Derrière les portes closes : comprendre les variations hospitalières dans le recours à l'isolement et à la contention mécanique — une analyse multiniveaux à l'échelle nationale en santé mentale adulte en France », *BMC Psychiatry*, volume 25, 22 octobre 2025.

Nous vous remercions par conséquent de bien vouloir modifier l'article 4 de l'arrêté du 26 juin 2026, en supprimant de la liste des actes de soins :

- « la pose de contention physique ou mécanique ponctuelle »
- « l'ablation de dispositif d'immobilisation et de contention physique ou mécanique ponctuelle ».

Nous vous prions de croire, Madame la Ministre, à l'expression de nos sentiments respectueux et dévoués.

Le Collectif.

Signatures

Adrpsy



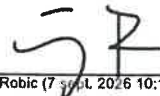
Villeneuve Benjamin (8 sept. 2026 07:19:36 GMT+2)

Serpsy

Dominique Friard

Dominique Friard (7 sept. 2026 19:01:12 GMT+2)

Preuve



Gilles Robic (7 sept. 2026 10:13:27 GMT+2)

Santé Mentale France



I. Poute-Bonneville, Déléguée Générale (8 sept. 2026 11:19:23 GMT+2)

ODIS-C



Samuel BOULANGER (7 sept. 2026 14:21:02 GMT+2)

INFIPP

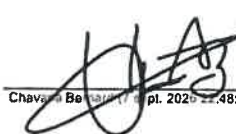


Espairs



Aurélie Chanier pour le collectif (9 sept. 2026 18:06:33 GMT+2)

Guérisons Psy



Chevalier Benjamin (7 sept. 2026 22:48:10 GMT+2)

USP


Delphine GLACHANT
le 11/09 19h40

Pair- Ma FORM



Magali Lavirotte Présidente (7 sept. 2026 10:12:28 GMT+2)

Handi Voice

Handi-Voice

Handi-Voice (9 sept. 2026 20:34:02 GMT+2)

Association Tintamarre

Célia Cardoso

Célia Cardoso (9 sept. 2026 20:39:23 GMT+2)

SPH


Cécile Fontaine
17h05