



N° 3098

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 juillet 2026.

PROPOSITION DE LOI

*visant à interdire le recours à la contention mécanique dans les
établissements psychiatriques,*

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par

M. Michel BARNIER, M. Hubert BRIGAND, Mme Josiane CORNELOUP,
Mme Marie-Christine DALLOZ, M. Julien DIVE, Mme Justine GRUET,
Mme Élisabeth DE MAISTRE, Mme Christelle MINARD, M. Yannick NEUDER,
M. Vincent ROLLAND, M. Nicolas TRYZNA, M. Antoine VERMOREL, M. Jean-
Carles GRELIER, M. Cyrille ISAAC-SIBILLE, Mme Sandrine JOSSO,
Mme Delphine LINGEMANN, Mme Maud PETIT, M. Romain DAUBIÉ, M. Richard
RAMOS, Mme Carole GUILLERM, M. Stéphane TRAVERT, M. Moerani
FRÉBAULT, Mme Nathalie COGGIA, Mme Nicole DUBRÉ-CHIRAT,
Mme Constance LE GRIP, M. Vincent LEDOUX, Mme Christine LE NABOUR,
Mme Charlotte PARMENTIER-LECOCQ, M. Michel CRIAUD, Mme Marie-Agnès
POUSSIER-WINSBACK, M. Bertrand BOUYX, Mme Anne-Cécile VIOLLAND,
M. Laurent MAZAURY, Mme Constance DE PÉLICHY, M. Joël BRUNEAU,

M. Stéphane VIRY, M. Philippe BONNECARRÈRE, M. Frédéric VALLETOUX,
Mme Louise MOREL, M. Jean-Michel JACQUES, M. Benoît BLANCHARD,
M. Jean-Yves BONNEFOY, M. Jean-François ROUSSET, Mme Agnès PANNIER-
RUNACHER, Mme Nathalie COLIN-OESTERLÉ,

députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

En 1793, le médecin-chef de l'hôpital de Bicêtre, Philippe Pinel, s'appuyant sur l'expérience de terrain de son surveillant Jean-Baptiste Pussin, engageait une réforme restée dans la mémoire collective comme fondatrice : l'affranchissement de leurs chaînes de ceux que l'on appelait alors les aliénés. Le docteur Pinel voyait dans l'enfermement des corps un obstacle à la réhabilitation des patients, et préconisait un traitement fondé sur la relation humaine et le respect de la dignité du malade. Deux siècles plus tard, la contention mécanique, qui consiste à entraver physiquement un patient à l'aide de sangles sur un lit ou à l'empêcher de bouger les bras avec une camisole de force, demeure une pratique courante au sein des établissements psychiatriques français.

En crise aiguë, le patient est attaché à un lit avec des attaches verrouillées aux poignets et aux chevilles, parfois même en cinq points en y ajoutant une ceinture ventrale. La mesure de contention est prise pour une durée maximale de six heures, renouvelable par périodes de six heures dans la limite de vingt-quatre heures. Au-delà, elle peut être exceptionnellement prolongée, sous réserve d'informer le magistrat du siège du tribunal judiciaire, qui doit être obligatoirement saisi avant la quarante-huitième heure et statuer sous vingt-quatre heures. La loi ne fixe aucune durée maximale totale : une fois cette première autorisation obtenue, la mesure peut être reconduite indéfiniment, sous réserve d'un nouveau contrôle du magistrat tous les sept jours. Ces mesures pouvant se cumuler sur plusieurs séquences, certains établissements déclarent des mises sous contention atteignant, pour certains patients, quarante jours dans une année. Privée de la possibilité de se lever, la personne se retrouve en situation de dépendance absolue vis-à-vis du personnel soignant pour ses besoins les plus élémentaires, y compris l'accès aux toilettes, alors même que les contraintes d'effectifs ne permettent pas toujours d'intervenir dans des délais compatibles avec le respect de la personne. La contention n'apaise pas toujours la crise ; elle peut l'aggraver, la contrainte physique étant souvent vécue comme une agression qui ravive l'angoisse qu'elle est censée contenir.

Cette pratique, qui évoque les maisons de force du XVIII^e siècle, fait pourtant partie du quotidien de nombre de nos établissements psychiatriques. Son ampleur est aujourd'hui documentée. Selon les données nationales les plus récentes de l'Institut de recherche et

documentation en économie de la santé (Irdes), 76 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement à temps plein en psychiatrie en 2022 ; 37 % d'entre elles ont été placées à l'isolement et, parmi elles, 11 % ont fait l'objet d'une contention mécanique, soit près de 8 000 personnes.

D'autres travaux de l'Irdes, publiés en 2026 et fondés sur l'analyse de 204 établissements autorisés à dispenser des soins psychiatriques sans consentement, confirment qu'environ un tiers des personnes hospitalisées sous contrainte sont placées à l'isolement et que plus d'un quart d'entre elles subissent également une contention mécanique. Ils montrent aussi que les écarts observés entre établissements ne s'expliquent pas seulement par les caractéristiques des patients, mais tiennent également à l'organisation des soins, aux effectifs disponibles et aux pratiques professionnelles. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté l'a confirmé : à situations cliniques et dotations en personnel comparables, certains services recourent fréquemment à la contention tandis que d'autres sont parvenus à y renoncer presque totalement, la diminution du recours à ces mesures reposant sur plusieurs facteurs convergents, notamment une forte disponibilité des soignants, des équipes stables et expérimentées, une attention particulière portée à la liberté d'aller et venir des patients, le développement d'activités thérapeutiques, ainsi qu'une culture du soin privilégiant la prévention des crises plutôt que leur seule gestion. Ces écarts s'expliquent notamment par le fait que les professionnels de la psychiatrie exercent fréquemment dans des contextes organisationnels soumis à de fortes contraintes, caractérisés par des ressources limitées, un accès insuffisant à la formation aux techniques de désescalade et par une méconnaissance des alternatives concrètes mobilisables (espaces d'apaisement, directives anticipées en psychiatrie, par exemple) ; dans ces conditions, le recours à la contention mécanique peut relever davantage d'une solution imposée par les circonstances que d'une décision fondée sur une intention thérapeutique. À l'inverse, là où la formation des équipes, le développement d'espaces d'apaisement et une organisation adaptée des soins ont été engagés, l'abandon de la contention s'est révélé possible et bénéfique, pour les patients comme pour les soignants.

En France, 10 % des établissements psychiatriques ont d'ores et déjà choisi de ne jamais recourir à la contention et déclarent un recours nul ; un nombre croissant d'établissements annonce comme objectif le zéro-contention. L'expérience des soignants eux-mêmes est éclairante : si l'on conserve les sangles, elles seront utilisées ; là où elles ont été retirées d'un hôpital, la question ne se pose plus et d'autres solutions sont

recherchées. Supprimer l'instrument contraint l'institution à employer d'autres moyens, qui existent déjà et ont fait la preuve de leur efficacité.

La contention constitue une atteinte grave à la dignité de la personne et à sa liberté fondamentale d'aller et venir, garantie par l'article 66 de la Constitution et protégée par l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme, qui prohibe les traitements inhumains ou dégradants. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté l'a d'ailleurs souligné dès son rapport thématique du 25 mai 2016 consacré à l'isolement et à la contention en établissement de santé mentale, en constatant que ces pratiques portent aux patients « une atteinte certaine » à leurs droits fondamentaux. Ce constat n'a cessé d'être confirmé depuis. Dans son rapport annuel d'activité 2023, publié en 2024, la Contrôleure générale rapporte le témoignage de soignants « ne croyant nullement à de prétendues vertus thérapeutiques de la contention » et qui en parlent « comme d'un supplice à éviter absolument ». Pour les personnes concernées comme pour leurs proches, la contention représente un traumatisme durable, dont les effets contredisent l'objectif thérapeutique de l'hospitalisation.

Le cadre juridique actuel, défini par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique et rénové en 2022, présente ces mesures comme des pratiques de dernier recours, strictement encadrées et soumises à un contrôle du magistrat du siège du tribunal judiciaire. Cet encadrement n'équivaut cependant pas à une interdiction : tant que la contention demeure juridiquement permise, elle continue d'être employée, et trop souvent dans des conditions qui ne respectent pas le cadre censé la contenir. Les visites du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, comme les visites de certification de la Haute Autorité de Santé, révèlent des mesures décidées et renouvelées dans l'illégalité, parfois sans examen clinique, parfois antidatées, parfois jamais enregistrées et échappant ainsi à tout contrôle. La rénovation de 2022 n'a pas mis fin à ces dérives ; elle a déplacé la frontière de l'acceptable. Le contrôle du magistrat, aussi utile soit-il, demeure essentiellement un contrôle de légalité et de proportionnalité au regard des éléments qui lui sont soumis. Il ne lui appartient pas de substituer son évaluation à celle du psychiatre quant à la nécessité de la contention.

L'appel à franchir le pas est aujourd'hui largement partagé. L'Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) a publié un Manifeste pour l'abolition de la contention en psychiatrie, rejointe par plusieurs associations d'usagers et de

familles, de professionnels, ou encore par le Collectif Santé mentale Grande cause nationale, qui tous réclament un moratoire puis la suppression de la contention mécanique. Cette évolution s'inscrit dans une dynamique plus large observée en Europe. 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. L'Organisation mondiale de la santé appelle de même 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. Plusieurs pays, notamment la Norvège, le Danemark, l'Italie, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande, ont mis en œuvre des politiques volontaristes de réduction de la contention mécanique, avec des résultats significatifs : en Norvège, le recours à la coercition physique est aujourd'hui le plus bas d'Europe ; au Danemark, deux décennies de stratégies nationales ont permis des baisses marquées dans plusieurs établissements. Ces résultats montrent qu'une diminution durable de la contention est possible par l'organisation des soins et la formation des équipes, sans attendre nécessairement une interdiction légale.

L'abolition de la contention mécanique suppose la mise en place d'une stratégie progressive afin de renforcer les compétences des professionnels en généralisant, dès la formation initiale puis tout au long de la carrière, les enseignements consacrés à la prévention des crises, aux techniques de désescalade et aux approches non coercitives. Elle suppose également une meilleure information des personnes concernées par un trouble psychique et de leurs proches. De même, cette transformation ne pourra aboutir sans le développement d'alternatives concrètes à la contention, tant au niveau des pratiques cliniques qu'au niveau architectural ou de l'organisation des soins.

La France ne peut rester en retrait de ce mouvement. Elle a fait de la santé mentale une grande cause ; elle s'honorerait d'en tirer la conséquence la plus tangible pour ceux qui en souffrent le plus. Abolir la contention ne revient pas à désarmer les soignants face à des situations où le patient présente un danger pour lui-même ou pour autrui ; c'est au contraire renforcer l'attractivité de leur profession en leur donnant mission de soigner autrement, sans qu'aucune détresse, si aiguë soit-elle, ne justifie qu'un être humain soit attaché à un lit ou que ses bras soient immobilisés dans une camisole de force. C'est replacer la dignité au cœur du soin.

La présente proposition de loi entend franchir le pas que le seul encadrement n’a pu accomplir : poser le principe d’une interdiction pure et simple de la contention mécanique en établissement psychiatrique, applicable à partir du 1^{er} janvier 2030, pour permettre aux professionnels de se former et aux établissements de mettre en place de nouvelles organisations. Le cadre juridique actuel encadrant le recours à la contention demeure applicable jusqu’à cette date, afin d’éviter toute période de vide juridique durant la phase de transition.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② A. – L'article L. 3222-5-1 est ainsi modifié :
- ③ 1° Au début, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Le recours à la contention mécanique est interdit dans les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1. » ;
- ⑤ 2° Le I est ainsi modifié :
- ⑥ a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent » sont remplacés par les mots : « est une pratique de dernier recours et ne peut » ;
- ⑦ b) Le dernier alinéa est supprimé ;
- ⑧ 3° Le II est ainsi modifié :
- ⑨ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ⑩ – à la première phrase, les mots : « les mesures d'isolement et de contention » sont remplacés par les mots : « la mesure d'isolement » ;
- ⑪ – à la fin de la deuxième phrase, les mots : « de ces mesures » sont remplacés par les mots : « de cette mesure » ;
- ⑫ b) Au deuxième alinéa, les mots : « ou de la quarante-huitième heure de contention » sont supprimés ;
- ⑬ c) Le sixième alinéa est ainsi modifié :
- ⑭ – la première occurrence des mots : « ou de contention » est supprimée ;
- ⑮ – la deuxième occurrence des mots : « ou de contention » est supprimée ;
- ⑯ – la dernière occurrence des mots : « ou de contention » est supprimée ;

- ⑰ d) Au début de l'avant-dernier alinéa, les mots : « Les mesures d'isolement et de contention peuvent » sont remplacés par les mots : « La mesure d'isolement peut ».
- ⑱ 4° Le III est ainsi modifié :
- ⑲ a) À la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « ou de contention » sont supprimés ;
- ⑳ b) À la première phrase du second alinéa, les mots : « et de contention » sont supprimés.
- ㉑ B. – L'article L. 3211-12 est ainsi modifié :
- ㉒ 1° Le I est ainsi modifié :
- ㉓ a) Au deuxième alinéa, les mots : « ou de contention » sont supprimés ;
- ㉔ b) À la fin de la seconde phrase du dernier alinéa, les mots : « ou de contention » sont supprimés ;
- ㉕ 2° À la fin du premier alinéa du III, les mots : « , d'isolement ou de contention » sont remplacés par les mots : « ou d'isolement ».
- ㉖ C. – À la fin du IV de l'article L. 3211-12-1, les mots : « ou de contention » sont supprimés ;
- ㉗ D. – Le premier alinéa du III de l'article L. 3211-12-2 est ainsi modifié :
- ㉘ 1° Les mots : « ou de contention » sont supprimés ;
- ㉙ 2° Les mots : « ou qui en a été saisi aux fins de prolongation de la mesure » sont supprimés.

Article 2

La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2030.