

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Recommandations en urgence du 20 mars 2026 relatives à l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (Paris)

NOR : CPLX2610445X

L'article 9 de la loi du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) permet à cette autorité, lorsqu'elle constate une violation grave des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, de communiquer sans délai aux autorités compétentes ses observations, de leur impartir un délai pour y répondre et, à l'issue de ce délai, de constater s'il a été mis fin à la violation signalée. S'il l'estime nécessaire, le CGLPL rend immédiatement public le contenu de ses observations et des réponses reçues.

Les présentes recommandations ont été adressées aux ministres de l'intérieur, de la santé et de la justice, un délai de quatre semaines leur a été imparti pour faire connaître leurs observations.

La Contrôleure générale a mandaté une équipe de trois contrôleurs pour visiter l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP) de Paris du 2 au 4 mars 2026.

Il s'agissait de la troisième visite de l'établissement par le CGLPL. Une première mission, menée du 15 au 17 juillet 2009, avait donné lieu à la publication de recommandations au *Journal officiel* (1), mettant en cause le statut juridique même de l'IPPP. Il était alors recommandé au Gouvernement de transférer les moyens de l'IPPP vers le dispositif hospitalier de droit commun, sans remettre en cause les compétences du préfet et des commissaires de police en matière de police sanitaire. Cette recommandation était réitérée à l'issue d'une nouvelle visite effectuée les 10 et 11 avril 2018 et le 21 mars 2019. Les constats formulés lors de la visite de 2019 relevaient également un défaut d'information des personnes sur leurs droits et une tenue incomplète des registres relatifs à l'exercice de ceux-ci.

L'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police, située dans le 14^e arrondissement de Paris, existe depuis 1872 et reçoit des personnes en soins sans consentement, amenées par les services de police, le plus souvent dans un contexte de garde à vue ou en raison d'un trouble avéré à l'ordre public, pour évaluer la nécessité d'une hospitalisation en psychiatrie. A l'issue de l'évaluation, les personnes peuvent être renvoyées en garde à vue si leur état de santé le permet, être hospitalisées en soins sans consentement ou être remises en liberté. Si la loi prévoit un accueil d'une durée maximale de 24 heures, pouvant se prolonger exceptionnellement jusqu'à 48 heures (2), la saturation des lits dans les structures hospitalières agréées pour les accueillir conduit à l'hébergement de certains patients pendant des durées ayant pu aller jusqu'à huit jours en 2025 (3). L'établissement dispose de quatorze places pour un accueil effectif de douze personnes. L'effectif médical et paramédical est en nombre suffisant pour assurer ses missions. En 2025, 1 456 personnes y ont été admises et 1 677 en 2024. Au premier jour de la visite, le 2 mars 2026, huit patients s'y trouvaient : un patient avait été admis le jour même, deux patients « ajournés » (4) étaient arrivés la veille et cinq « hébergés » étaient présents, dont deux depuis quatre jours.

1. *Le statut juridique de l'IPPP et l'absence de contrôle qui en découle portent atteinte aux droits fondamentaux des patients*

L'IPPP est un service de la préfecture de police de Paris, rattaché à la direction des usagers et des polices administratives (DUPA). Il est donc rattaché au ministère de l'intérieur, contrairement à l'ensemble des structures accueillant les urgences psychiatriques en France qui relèvent du ministère de la santé. Cette organisation singulière consiste à placer, dans un service relevant de l'autorité de la préfecture de police, des personnes faisant l'objet d'une évaluation psychiatrique diligentée en application du code de la santé publique, pour une durée ne pouvant dépasser 48 heures.

Si l'existence et l'organisation de l'IPPP présentent indéniablement certains avantages opérationnels, notamment en matière de réactivité et de coordination avec les services de police, son statut juridique demeure incertain. N'étant pas juridiquement qualifiée comme un établissement de santé, elle accueille néanmoins des personnes faisant l'objet d'une évaluation psychiatrique dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement, strictement encadrée par les textes rappelés ci-avant.

Cette absence de qualification claire de l'IPPP a pour conséquence de la soustraire aux contrôles et obligations qui s'imposent aux établissements de santé habilités à accueillir des patients placés en soins psychiatriques sans consentement. Ainsi, aucune autorité sanitaire ou juridictionnelle n'exerce de contrôle régulier sur son fonctionnement : la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) (5) et les magistrats du parquet ou du siège chargés du contrôle des mesures de soins sans consentement ne contrôlent pas le respect des droits des patients : ils n'ont pas visité les locaux depuis plusieurs années et ne visent pas les registres de suivi de l'activité de l'IPPP. Les autorités sanitaires telles que l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), la Haute Autorité de santé (HAS) ou l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France, malgré les difficultés liées à l'orientation des patients dans les établissements hospitaliers habilités, ne contrôlent pas non plus cette structure.

Par ailleurs, l'activité de l'IPPP ne fait l'objet d'aucun contrôle hiérarchique interne à la préfecture de police et le bien-fondé des mesures, leur régularité, leur durée et leur notification, en principe retranscrits dans les registres tenus dans le service, ne donnent lieu à aucune vérification.

Il en résulte une zone d'indétermination juridique qui porte atteinte aux droits fondamentaux des personnes privées de liberté. Les constats effectués lors de la visite font apparaître une gestion sécuritaire des situations de crise, au détriment des droits, de la dignité et des soins dus aux patients, situation d'autant plus préoccupante que la durée des séjours au sein de l'IPPP tend à s'allonger en raison des difficultés d'accès aux structures hospitalières psychiatriques d'aval.

Si la mission d'évaluation confiée à l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police conserve toute sa pertinence, le statut et les règles de fonctionnement de cette structure doivent relever du dispositif hospitalier de droit commun afin de garantir aux patients qui y sont accueillis l'ensemble des droits prévus par les dispositions législatives des soins psychiatriques sans consentement.

L'activité de l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police doit en conséquence être soumise aux mesures de contrôle applicables à tous les établissements accueillant des patients sous le régime des soins sans consentement.

2. Les patients maintenus en soins sans consentement sont arbitrairement privés de liberté

A l'arrivée à l'IPPP, le patient fait l'objet d'un arrêté provisoire d'admission en soins psychiatriques du commissaire de police de Paris ou du préfet délégué à la sécurité.

A l'issue de l'évaluation, bien que les textes imposent une admission immédiate en établissement de santé des personnes placées en soins psychiatriques sans consentement, le respect de la sectorisation des lits et le manque de places disponibles dans les établissements psychiatriques franciliens conduisent à maintenir le patient à l'IPPP, au-delà des 48 heures prévues par le code de la santé publique. Dans l'attente de son admission dans un établissement de santé, qui peut désormais durer plusieurs jours, le patient, dont la situation n'est prévue par aucun cadre juridique, est qualifié d'« hébergé ». Cette situation est loin d'être exceptionnelle : en 2025, sur 1 456 patients admis à l'IPPP, 334 (soit près de 23 %) y ont séjourné plus de 48 heures.

Le patient « hébergé » a un statut différent selon qu'il est visé par un arrêté de placement en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) ou selon qu'il est décidé une hospitalisation sur décision du directeur d'établissement (SDDE).

Dans le premier cas, les arrêtés de placement, et de maintien le cas échéant, en SDRE sont pris rapidement par le préfet de police sur la base de certificats médicaux établis à l'IPPP, sans toutefois être notifiés aux patients.

Dans le second cas, les patients « hébergés » pour qui une hospitalisation SDDE est décidée ne sont visés par aucune décision d'admission jusqu'à leur arrivée dans l'établissement d'accueil, où le directeur d'établissement la prendra. Ces patients sont donc maintenus à l'IPPP arbitrairement, sans fondement juridique formalisé.

Dans tous les cas, les décisions, les droits (6) en découlant, les certificats médicaux et les voies de recours prévues par la loi ne sont donc jamais notifiés au patient durant son placement à l'IPPP. L'accès à un recours effectif est ainsi totalement entravé.

Au-delà de l'absence de notification des décisions et voies de recours afférentes, aucun accès à un avocat commis d'office n'est possible à l'IPPP. La structure n'étant ni un établissement de santé ni un local de police, les dispositifs d'aide juridictionnelle ne peuvent être mobilisés. Lorsque cela est demandé, le contact avec un avocat choisi par le patient est organisé par l'intermédiaire du personnel soignant. En pratique, la présence des avocats à l'infirmier est inexistante (7).

Dans ce contexte, les droits exposés dans la charte d'accueil, remise systématiquement aux patients arrivants, demeurent largement théoriques dans la mesure où les conditions d'enfermement et d'information ne permettent pas l'exercice effectif de ces droits.

Le maintien de patients à l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police sans même une décision formalisée de soins psychiatriques sans consentement constitue une privation de liberté arbitraire. Il doit être mis fin sans délai à ces pratiques.

Dès le début de la mesure, les décisions d'admission en soins sans consentement doivent être notifiées, tout comme les droits afférents et les certificats médicaux, afin de permettre au patient d'exercer ses droits, notamment les voies de recours. Les patients doivent pouvoir effectivement rencontrer leur avocat à l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police.

3. Les conditions d'accueil et d'hébergement sont indignes

A leur arrivée, les personnes sont entièrement dénudées et leurs effets personnels sont retirés, à l'exception des lunettes de vue. Elles reçoivent un pyjama, un peignoir et des chaussons (ou des surchaussures), mais sont privées de tout sous-vêtement. Cette procédure est appliquée de manière systématique, sans considération de l'âge, du sexe ou de la morphologie des personnes et quelle que soit la durée de leur placement.

Les patients sont enfermés dans leur chambre dès leur admission et ne peuvent en sortir qu'accompagnés *a minima* par le binôme infirmier-surveillant, et à la seule condition qu'aucun autre patient ne soit déjà sorti.

Les conditions dans lesquelles les patients sont enfermés ne respectent pas celles prévues par les dispositions encadrant l'isolement (8). Les chambres individuelles sont fermées de l'extérieur par deux verrous et leur équipement ne comporte qu'un lit fixé au sol et un repose-plat en mousse. Les portes des chambres sont

équipées d'un oculus et l'ensemble des commandes (éclairage et volets) n'est actionnable que par les professionnels depuis l'extérieur. Il est impossible d'entrebâiller la fenêtre pour aérer la pièce.

A l'exception de deux chambres, inutilisées pour des motifs de protection de l'intégrité physique des patients (9), les chambres sont dépourvues de toilettes, de douche et même de lavabo, empêchant un accès libre à l'eau potable. Les patients sont contraints de solliciter le personnel pour satisfaire leurs besoins les plus élémentaires et les déplacements vers les sanitaires s'effectuent sous la surveillance constante du binôme infirmier-surveillant.

Aucun accès à l'air libre n'est possible pendant toute la durée du séjour. Il n'est pas non plus possible de fumer ou de vapoter.

Par ailleurs, les téléphones portables sont retirés, aucun point phone n'est disponible, et il n'existe pas d'accès à la presse écrite ou à la télévision. Si l'existence de proches est systématiquement recherchée par les soignants et que la charte d'accueil fait expressément mention du maintien des liens familiaux (10), les visites sont de fait impossibles, les chambres étant fermées et aucun local n'étant prévu pour les visites. Les personnes accueillies sont donc placées dans un isolement complet.

Les conditions d'accueil et d'hébergement doivent garantir le respect de la dignité des patients et leur intimité. Seul l'état clinique du patient doit commander aux restrictions à la liberté d'aller et venir et à celles de la vie quotidienne.

Enfin, la présence et l'intervention directe des surveillants – fonctionnaires de la préfecture de police affectés à l'IPPP – dans la prise en charge des patients interrogent. En effet, ces agents participent à l'ensemble des entretiens médicaux, aux côtés des médecins et des infirmiers, mais également à des actes normalement réservés aux seuls soignants, à savoir la mise en place des mesures de contention (cf. § 1.4). Leur présence porte gravement atteinte au secret médical et compromet l'établissement d'une alliance thérapeutique.

Afin de garantir le respect du secret médical et de préserver l'alliance thérapeutique, les actes médicaux et infirmiers doivent se dérouler hors la présence de surveillant, sauf nécessité exceptionnelle liée à la sécurité.

4. La mise à l'isolement systématique et les mesures de contention sont illégales

Les patients admis à l'IPPP sont, de fait et indépendamment de leur état clinique, placés en situation d'isolement de manière continue pendant toute la durée de leur séjour. Pourtant, la procédure prévue par le décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 et l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique n'est pas mise en œuvre : aucune décision de soins sans consentement ouvrant la possibilité de décider de mesure d'isolement ou de contention n'est prise ou notifiée (cf. § 1.2), aucune décision médicale initiale d'isolement n'est formalisée, les proches ne sont pas informés, aucun renouvellement par un médecin toutes les 12 heures n'est établi et aucun registre d'isolement n'est tenu. En outre, le magistrat du siège en charge du contrôle des mesures d'isolement et de contention n'est pas systématiquement informé après 48 heures d'isolement. En 2025, 128 des 1 456 patients admis à l'IPPP y ont séjourné plus de 72 heures. Ces 128 patients ont donc été isolés pendant plus de 72 heures sans qu'aucun juge n'ait été saisi pour contrôler la régularité de la mesure.

Le recours à la contention est également très fréquent. La décision peut être prise par des médecins de garde ou des internes, en dépit des exigences légales posées par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique. La contention s'effectue le plus souvent au moyen d'une ceinture ventrale comportant trois ou cinq points d'attache. Certains patients se voient libérer une seule main afin de pouvoir s'alimenter. Les patients sont parfois entravés au moyen d'une chaîne dite « ceinture de déambulation », fixée au lit, qui leur permet de se lever et de se déplacer dans un périmètre restreint autour de celui-ci, sans pouvoir approcher la porte de la chambre. Présentée comme une alternative plus « souple » à la contention stricte, cette pratique est justifiée par la crainte que les patients puissent aggraver les soignants lors de l'ouverture de la porte.

En réalité, ce dispositif revient à maintenir les patients attachés dans des conditions particulièrement humiliantes et attentatoires à leur dignité. Une telle modalité de contention, qui n'est pas prévue par les textes et s'apparente à des techniques de restriction des mouvements utilisées pour des animaux, ne saurait être admise dans un cadre de soins d'êtres humains.

Les surveillants participent systématiquement, aux côtés des infirmiers, à la pose des sangles de contention. Cette implication excède leurs prérogatives et expose les patients à des gestes professionnels non maîtrisés.

Les surveillants ne doivent pas se substituer aux professionnels de santé, seuls formés et habilités à intervenir physiquement sur des patients.

Les différents entretiens et les documents transmis lors du contrôle n'ont pas permis de déterminer si le renouvellement des mesures de contention par le médecin, à la suite d'une nouvelle évaluation clinique, est réalisé dans le délai maximal légal de six heures. Or, il s'agit d'une atteinte grave à l'intégrité physique des patients, parfois sur de longues durées. Sur une période comprise entre le 8 janvier et le 3 mars 2026, 14,3 % des patients attachés l'ont été plus de 24 heures. Cela pose d'autant plus question que le personnel médical et non médical est en nombre suffisant pour assurer les soins.

Bien qu'une réflexion institutionnelle ait été engagée et qu'un nouveau registre des mesures de contention ait été créé dans le cadre de nouvelles modalités d'organisation, adoptées le 8 janvier 2026, ce dernier ne répond pas pleinement aux exigences légales. Il reste incomplet et ne permet pas une traçabilité suffisante des mesures prises, notamment de leur motivation. Par ailleurs, aucune trace des renouvellements de contention n'est inscrite dans le dossier médical alors même que l'organisation mise en place depuis le 8 janvier 2026 le prévoit.

Malgré le recours courant à ces pratiques particulièrement attentatoires aux libertés individuelles, aucune statistique ni aucun rapport annuel relatif à l'isolement et à la contention ne sont établis, ce qui empêche toute réflexion institutionnelle visant à en limiter le recours. Par ailleurs, aucune visite ou contrôle du juge chargé du

contentieux des libertés et de la détention n'a été organisé afin d'encadrer ces pratiques et d'en vérifier la conformité aux textes en vigueur.

L'enfermement systématique en chambre doit cesser.

En application de la loi, les mesures d'isolement et de contention doivent être exceptionnelles et décidées en dernier recours. Ces mesures doivent faire l'objet d'une décision médicale, tracée, motivée et renouvelée conformément à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

Le magistrat du siège doit être informé puis saisi de ces mesures dans les délais prévus par la loi pour en contrôler la régularité.

Conclusion

Ces dysfonctionnements majeurs, déjà constatés lors du premier contrôle du CGLPL, seize ans plus tôt, portent atteinte à la dignité des patients, en partie maintenus arbitrairement dans un lieu de privation de liberté exempt du contrôle des autorités compétentes.

En conséquence, le CGLPL en appelle instamment à la responsabilité de l'Etat, à qui il incombe de garantir le respect de la dignité et des droits fondamentaux des patients.

(1) Recommandations du 15 février 2011 relatives à l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police de Paris, publiées au *Journal officiel* du 20 mars 2011.

(2) Article L. 3213-2 du code de la santé publique : « En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures ».

(3) En 2025, 11 patients ont été hébergés pendant 5 jours, 5 pendant 6 jours, 1 pendant 8 jours.

(4) Lorsqu'un patient arrive de nuit ou dans un état incompatible avec une évaluation dans la matinée, notamment en raison d'une consommation de stupéfiants, son examen est ajourné au lendemain. En pratique, près de 50 % des patients arrivent sous l'effet de toxiques.

(5) Le dernier rapport de la CDSP connu du CGLPL remonte au 15 juin 2016.

(6) Enoncé à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique.

(7) En dépit d'une jurisprudence CE n° 313598 du 20 novembre 2009 par laquelle le Conseil d'Etat a confirmé le droit des personnes conduites à l'IPPP de faire appel à un avocat en application de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique.

(8) Article D. 6124-265 : « Les unités d'hospitalisation comprennent, outre les locaux mentionnés à l'article D. 6124-257 : 1° Un ou des espaces d'apaisement, adaptés à la nature de la prise en charge des patients et au projet thérapeutique mis en œuvre, permettant des échanges avec le psychiatre ou avec un autre professionnel à l'écart des autres patients ; 2° Une ou plusieurs chambres d'isolement individuelles. Chaque chambre d'isolement dispose d'une luminosité naturelle, d'une aération, d'un dispositif d'appel accessible, de sanitaires respectant l'intimité du patient et sa dignité, d'un point d'eau, d'une horloge indiquant la date et l'heure et du mobilier adapté à l'état clinique du patient ; 3° Un espace d'accueil de l'entourage du patient permettant des visites dans l'intimité et respectant la confidentialité des échanges et notamment les rendez-vous avec les avocats ; 4° Un espace extérieur sécurisé. Le titulaire de l'autorisation s'assure que l'aménagement des locaux permet la libre circulation des patients entre les différents lieux de soins de l'unité mentionnés à l'article D. 6124-257 et au présent article. »

(9) La séparation des sanitaires du reste de la chambre par des murs composés de pavés de verre est considérée comme à risque pour l'intégrité du patient enfermé.

(10) Charte d'accueil : « 6. L'infirmier psychiatrique est garante du respect de la vie privée et de la confidentialité des échanges : L'infirmier psychiatrique vous assurera, tout au long de votre séjour, le respect de votre vie privée et de votre vie familiale conformément à l'article 9 du code civil et à l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme. [...] »