CNCDH
COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AVIS
A – 2026 – 11

Avis « Santé mentale et justice : changer de paradigme pour garantir les droits fondamentaux ».

10 novembre 2026



L’Avis *« Santé mentale et justice : changer de paradigme pour garantir les droits fondamentaux »* a été adopté lors de l'Assemblée plénière du 10 novembre 2026 à l’unanimité.

Introduction

1. La question de l'articulation entre les enjeux de santé mentale et ceux de la justice pénale ne va pas de soi : les premiers relèvent du soin et de l'accompagnement, les seconds de la répression des infractions. Elle se pose pourtant de manière quotidienne. Les personnes souffrant de troubles mentaux sont surreprésentées à chaque étape de la chaîne pénale, de l'interpellation à l'incarcération[1] ; à l'inverse, c'est souvent par l'intervention des forces de l'ordre, puis par une décision du représentant de l'État, qu'une personne en crise entre à l'hôpital psychiatrique[2]. Dans un cas comme dans l'autre, une situation de détresse psychique est traitée par la contrainte, faute d'avoir été repérée et accompagnée à temps.

2. En 2022, sur 285 947 adultes hospitalisés à temps plein en psychiatrie environ 76 000 adultes ont été hospitalisés en psychiatrie sans leur consentement, et plus d'un tiers d'entre eux ont été placés à l'isolement[3]. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) constate ainsi de nombreuses atteintes à la liberté d'aller et venir des patients, ainsi qu'un recours à l'isolement et à la contention hors du cadre fixé par la loi[4]. Dans les prisons, le CGLPL estime que plus de 30 % des personnes détenues sont atteintes de troubles mentaux graves[5]. Ces deux réalités révèlent un même problème : celui de la prise en charge, par l'État et les services publics, des personnes souffrant de troubles psychiques dont la situation devient, à un moment de leur parcours, un risque pour elles-mêmes ou pour autrui.

3. Le présent avis ne porte ni sur l'ensemble de la politique de santé mentale, ni sur la psychiatrie en tant que telle, dont la situation de crise, bien connue, a été déjà dénoncée par la CNCDH[6]. Il s'attache aux moments où les troubles psychiques d'une personne présentent un danger pour elle-même ou pour les autres, et où la réponse publique - apportée dans l'urgence et faute de coordination entre la psychiatrie, les secteurs social et médico-social, la police et la justice - prend parfois trop automatiquement la forme de la coercition : contrainte psychiatrique - soins sans consentement, isolement et contention -, placement sous le contrôle du juge judiciaire, ou contrainte pénale - garde à vue, comparution immédiate, détention. L'avis s'interroge sur la nécessité, l'utilité et l'efficacité de cette coercition décidée dans l'urgence, alors même que les différents acteurs compétents n'ont pas toujours été sollicités, entendus ni coordonnés. La CNCDH considère que d'autres voies doivent être ouvertes, en

[1] Voir notamment : Assemblée nationale, *Rapport d'information déposé en application de l'article 146-3 du règlement, par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de la prise en charge des troubles psychiques des personnes placées sous-main de justice* (Mme Josiane Corneloup et Mme Élise Leboucher), n° 1701, 10 juillet 2025.

[2] Selon l'IRDES, en France en 2021, un quart des personnes suivies au moins une fois en soins sans consentement en psychiatrie le sont en Soins en cas de péril imminent (SPI). Depuis sa mise en place dans le cadre de la loi de 2011, le nombre de personnes concernées par ce mode d'admission n'a cessé d'augmenter passant de 10 % en 2012 à 24,6 % en 2021 (+186 %). Il occupe la deuxième place des modes légaux de soins sans consentement les plus fréquemment utilisés, derrière les Soins sur demande d'un tiers (SDT) qui, eux, ont connu une légère diminution passant de 68,4 % en 2012 à 55, 3 % en 2021 (-6 %). Viennent ensuite les Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'État (SDRE) qui représentent environ 16,4 % de l'ensemble des mesures de soins sans consentement en psychiatrie.

[3] E. Touitou-Burckard, C. Gandré, M. Coldefy et al., « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements », Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 286, février 2024.

[4] CGLPL, *L'effectivité des voies de recours en psychiatrie*, Rapport thématique, décembre 2025, introduction et chapitre 1.

[5] CGLPL, *Rapport d'activité 2025*, 2026, Avant-propos, p. 5.

[6] Voir notamment CNCDH, Avis sur la maladie mentale et les droits de l'homme, 19 juin 2008 et CNCDH, Avis sur la réforme des soins psychiatriques sans consentement, 23 février 2012.

expérimentant et développant les alternatives aux différentes formes de contrainte, notamment celles qui existent déjà, en France comme à l'étranger, et qui ont montré leur efficacité.

4. Face au risque et dans l'urgence, aujourd'hui le droit pénal s'applique souvent, par défaut, à l'endroit même où des réponses médicales ou psycho-sociales pourraient être apportées. D'autres branches du droit offrent pourtant des cadres, des acteurs et des leviers d'action possibles. Le droit des personnes et des mesures de protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, habilitation familiale) permettent d'organiser un accompagnement dans la durée, d'associer un mandataire ou un proche à la procédure et de prévenir les ruptures de droits. Le droit de la santé ouvre, de son côté, des dispositifs de soins, d'accompagnement et de coordination des parcours qui peuvent constituer des alternatives à la réponse pénale ou à l'enfermement psychiatrique ou carcéral. Une meilleure articulation de ces différents régimes et une meilleure information des professionnels (forces de l'ordre, magistrats, soignants, travailleurs sociaux, mandataires judiciaires) constituent des conditions préalables pour que la coercition devienne l'exception. Déjà en 2008, la CNCDH constatait que la *« limitation de la liberté personnelle par l'hospitalisation sous contrainte ou l'obligation de soins prend actuellement en France une place importante dans la réponse à la maladie mentale.* […] *Il faut rapprocher ces données de celles qui décrivent la proportion particulièrement élevée de personnes qui, relevant du système pénitentiaire, sont diagnostiquées comme souffrant de troubles mentaux. Il se développe donc une pratique du traitement de la maladie mentale en prison »*[7]. Près de vingt ans plus tard, le constat reste similaire : si l'on préfère aujourd'hui à l'expression de « maladie mentale » celui de troubles psychiques[8], les personnes enfermées restent largement concernées par ces troubles qui, pour beaucoup, sont liés à des difficultés sanitaires, sociales et/ou à des décisions de justice insuffisamment adaptées à leurs besoins.

Distinguer la santé mentale de la psychiatrie

5. Alors que les termes de santé mentale et de psychiatrie sont parfois confondus, le présent avis traite de manière élargie de la santé mentale, champ au sein duquel s'inscrit la psychiatrie. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale correspond à « *un état de bien-être mental qui nous permet de faire face aux sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, sur lesquels reposent nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à nouer des relations et à bâtir le monde dans lequel nous vivons* »[9]. Elle inclut la santé mentale positive, qui s'intéresse au bien-être[10], mais aussi la santé mentale négative : détresse psychologique, états d'anxiété, dépression, addictions, violences et troubles psychiques. Ces derniers relèvent d'un diagnostic médical et vont des troubles légers à des pathologies sévères et durables dont certaines sont susceptibles d'être incapacitantes.

6. Le présent avis ne vise donc pas les seules pathologies psychiatriques sévères. Nombre de situations conduisant à une judiciarisation relèvent de troubles psychiques liés à la précarité,

[7] CNCDH, Avis sur la maladie mentale et les droits de l'homme, 19 juin 2008.

[8] Le terme de « trouble » permet de sortir de l'opposition « malades » / « bien portants » afin de mettre en avant un *continuum* qui peut toucher tout le monde à une étape de la vie et dont la cause n'est pas unique. Ce terme permet de mieux prendre en compte les réponses sociales qui peuvent être apportées à ces troubles plutôt que de chercher une réponse purement médicale. En droit, l'article 122-1 du code pénal vise un « *trouble psychique ou neuropsychique* » et le code de la santé publique fait référence aux « *troubles mentaux* ». Enfin, cela permet de dépasser les préjugés négatifs et stigmatisants associés à l'image du « malade mental ».

[9] OMS, *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030*, approuvé par la soixante-quatorzième Assemblée mondiale de la Santé dans sa décision WHA74(14).

[10] A ce sujet, voir : Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des canadiens, explorer la santé mentale positive*, 2009.

aux traumatismes, à l'usage de psychotropes et appellent des réponses sociales, médico-sociales et communautaires autant que psychiatriques. Les enjeux de santé mentale reposent sur une combinaison de réponses transversales, parmi lesquelles, la prévention des violences, des addictions aux substances psychoactives, la lutte contre l'isolement social et familial[11], l'accès à un logement décent[12], l'accès à l'éducation, au travail et à la vie sociale, à une alimentation saine[13]. Ces réponses impliquent une approche par les droits fondamentaux qu'il s'agit de rendre effectifs. L'avis se réfère à l'état psychique de la personne, c'est-à-dire à sa situation psychologique à un moment donné : détresse, accident de la vie, crise, effets d'un traumatisme ou de la consommation de substances psychotropes. Les pouvoirs publics doivent tenir compte de cette situation à un moment donné en allant au-delà de la question des pathologies diagnostiquées.

7. La question de l'articulation entre la justice et la santé mentale s'inscrit en effet dans la continuité des travaux de la CNCDH. En 2008, elle dénonçait « *l'amalgame entre maladie mentale et dangerosité* »[14] et mettait en garde contre l'assimilation du malade mental à un délinquant potentiel[15]. Elle s'est depuis prononcée sur la réforme des soins psychiatriques sans consentement, sur les usages de drogues et les politiques de gestion des risques, sur les inégalités sociales de santé et sur l'urgence de mettre en place une régulation carcérale[16]. En 2022, elle soulignait notamment *« qu'en tant que dispositif répressif, l'enfermement carcéral ne saurait se substituer à la prise en charge en institution hospitalière pour répondre aux problèmes psychiatriques ou d'addictions »*[17].

8. Cet avis s'intéresse aux dispositifs qui permettent d'apporter des solutions aux personnes souffrant de troubles psychiques tout autant qu'à la société, parfois confrontée aux conséquences de certains comportements s'apparentant plutôt à des incivilités susceptibles de générer un sentiment d'insécurité. La première partie (I) met en valeur des réponses psychosociales permettant de réduire, voire d'éviter, les recours trop fréquents à la privation du droit d'aller et venir par la contrainte psychiatrique ou la coercition pénale. Dans un second temps (II), l'avis traite d'une meilleure prise en compte des troubles psychiques par la justice pénale.

[11] CNCDH, Avis sur les inégalités sociales de santé, 17 février 2022.

[12] On parle précisément ici de l'accès à un logement décent et pérenne, à distinguer de la notion d'hébergement, par définition temporaire, souvent précaire ou d'urgence (voir à ce sujet, CNCDH, Avis Rendre effectif le droit au logement pour tous, 28 mars 2024). La santé mentale des personnes accueillies dans des centres d'hébergement d'urgence ou en centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) est souvent précaire et la prise en charge complexe (cf. audition du Samusocial de Paris, 24 mars 2026, et Anne Laporte (Observatoire du Samusocial de Paris) et de Pierre Chauvin (Inserm), *Samenta - rapport sur la santé mentale et aux addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de-France*, janvier 2010).

[13] L'accès à une alimentation saine, durable et choisie conditionne - entre autres - le fait d'être en bonne santé physique et psychique, voir CNCDH, Avis pour le droit à une alimentation saine, durable et choisie, 19 mars 2026.

[14] CNCDH, Avis sur la maladie mentale et les droits de l'homme, 19 juin 2008.

[15] CNCDH, Avis sur le projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental, 7 février 2008.

[16] CNCDH, Avis sur les premiers effets de la réforme des soins psychiatriques sans consentement sur les droits des malades mentaux, 22 mars 2012 ; CNCDH, Avis « Usages de drogues et droits de l'homme », 8 novembre 2016 ; CNCDH, Avis sur les inégalités sociales de santé, 17 février 2022 ; CNCDH, Avis pour un mécanisme contraignant de régulation carcérale, 23 mai 2024.

[17] CNCDH, L'effectivité des droits fondamentaux en prison : du constat aux remèdes pour réduire la surpopulation carcérale et le recours à l'enfermement, 24 mars 2022.

1 - Apporter une réponse sociale et médicale plutôt que judiciaire aux troubles mentaux

9. Si la CNCDH n'entend pas écarter toute intervention de la justice, et notamment de la justice pénale, lorsqu'une personne atteinte de troubles psychiques ou, plus largement, confrontée à des problèmes de santé mentale, présente un comportement transgressif entrainant un risque pour elle-même ou pour autrui, elle vise à limiter les réponses coercitives lorsqu'elles s'avèrent inopportunes ou inadaptées. Dans les faits, les problématiques de santé mentale sont rarement détachables de phénomènes psycho-sociaux dont les effets s'entremêlent voire s'auto alimentent, au point qu'il est difficile de distinguer la hiérarchie des facteurs ou d'identifier la suite causale à l'origine des troubles (A). Or le traitement de ces problématiques s'avère émietté entre des acteurs, des financements et des territoires (B). Pour autant, des alternatives existent qu'il suffirait d'encourager (C).

Phénomènes psycho-sociaux et atteinte aux droits fondamentaux

10. Il paraît donc indispensable d'embrasser la santé mentale comme un état complexe mettant en jeu des situations qu'il convient d'approcher dans leur globalité (1). Parce que les personnes souffrant de troubles mentaux font face à des vulnérabilités, il est d'autant plus indispensable de veiller, pour elles, au respect d'un certain nombre de droits fondamentaux à l'œuvre (2), à l'endroit du soin, de la réponse sociale autant que dans le contexte d'une judiciarisation éventuelle de leurs comportements. Dans toutes ces situations, la question du logement apparaît comme un axe majeur pour anticiper et apporter des réponses aux enjeux de santé mentale (3).

Des phénomènes psycho-sociaux mal appréhendés

11. La France connaît une dégradation durable de la santé mentale de la population, un phénomène quantifié qui apparaît aujourd'hui comme un véritable problème de société, affectant toutes les générations, particulièrement les jeunes depuis la pandémie de Covid19 et la place grandissante des réseaux sociaux dans les interactions sociales, autant que dans l'exacerbation des vulnérabilités narcissiques. Selon le Sénat[18], l'anxiété touchait 23 % de la population en 2023 contre 13,5 % en 2017, tandis que, en 2024, près de 30 % des 11-24 ans présentent un risque de troubles anxio dépressifs[19]. Malgré cette augmentation, l'offre de soin ou les réponses sociales ne suivent pas. A titre d'exemple, un tiers des postes de psychiatres publics restent vacants avec jusqu'à six mois d'attente pour avoir un rendez-vous en centre médico-psychologique (CMP)[20].

12. La prison, quant à elle, apparaît comme un miroir grossissant du même phénomène. Le Rapport *d'information sur l'évaluation de la prise en charge des troubles psychiques des personnes placées sous main de justice* de l'Assemblée nationale rappelle qu'un nombre

[18] Sénat, *Rapport d'information, n° 787 (2024-2025) fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'état des lieux de la santé mentale depuis la crise du covid-19*, 25 juin 2025.

[19] Étude Mentalo (Inserm), 2024, cité dans le rapport d'information du Sénat, *ibid*. 2025.

[20] Sénat, Rapport d'information n° 787, *ibid*. 2025.

croissant de personnes souffrant de troubles psychiques et ou d'addiction, mais non prises en charge de manière adaptée, se retrouvent enfermées après avoir commis des actes délictuels ou criminels. Citant Dominique Simonnot, contrôleure générale des lieux de privation de liberté (2020-2026), ce même rapport indique au sujet de ces personnes que « *La psychiatrie n'en veut pas. La prison est obligée de les accepter* »[21].

13. Beaucoup de personnes enfermées en milieu carcéral font face à des difficultés de santé mentale souvent en lien avec leur situation sociale et font l'objet de prises en charge insuffisantes par les services compétents. Ainsi, le rapport de l'Assemblée nationale indique que plus de la moitié des personnes sortant d'incarcération ont connu, enfants, une mesure d'assistance éducative ou un placement[22]. Le rapport précise également que les troubles psychiatriques sont souvent antérieurs à l'entrée en détention et que les personnes en souffrant sont trois fois plus représentées qu'en population générale, jusqu'à huit fois plus pour les personnes souffrant d'addictions[23]. Par ailleurs, d'après l'étude "santé mentale en population carcérale sortante" de 2022[24], 75% des hommes et 85% des femmes incarcérés ont été exposés à des formes de maltraitance infantile (abus émotionnel, physique ou sexuel, ou négligence émotionnelle ou physique). Près de la moitié des personnes sortant d'incarcération avaient été suivies, avant la détention, par un psychiatre, un psychologue ou un addictologue, « *dont seulement 23,9 % dans le mois précédent l'incarcération* »[25]. Enfin, en 2022, la CNCDH rappelait que, en 2018, « *parmi les personnes incarcérées depuis moins de six mois, 38 % souffrent d'une addiction aux stupéfiants et 30 % à l'alcool* »[26]. Plus récemment, l'étude Epsylon indiquait que "*la part de consommateurs de cannabis parmi la population carcérale s'élève à près de 50 %, contre 13,9 % en population générale*"[27]. Dès lors que les addictions entrent elles aussi dans le champ des troubles psychiques, cette situation interroge les solutions de prévention qui pourraient être développées.

14. Lorsque les patients sont pris en charge par l'institution psychiatrique en hospitalisation, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) relève que le recours à la contrainte est trop fréquent et insuffisamment contrôlé. Le CGLPL constate également de nombreuses atteintes à la liberté d'aller et venir, ainsi qu'un recours à l'isolement et à la contention hors du cadre fixé par le code de la santé publique[28]. Les personnes souffrant de troubles psychiques se retrouvent ainsi trop souvent victimes de mesures d'enfermement, y

[21] Assemblée nationale, *Rapport d'information déposé en application de l'article 146-3 du règlement, par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de la prise en charge des troubles psychiques des personnes placées sous main de justice* (Mme Josiane Corneloup et Mme Élise Leboucher), n° 1701, 10 juillet 2025.

[22] Assemblée nationale, Rapport d'information n° 1701, *ibid*. p. 55 et 56. Le rapport s'appuie sur l'Étude nationale « La santé mentale en population carcérale sortante » (SPCS), réalisée par la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy) à la demande de la Direction générale de la santé, avec le soutien de Santé publique France (résultats présentés le 20 février 2023).

[23] Assemblée nationale, Rapport d'information n° 1701, *ibid.* p. 51.

[24] Thomas Fovet, Camille Lancelevée, Marielle Wathelet et al., « La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale », *F2RSM Psy*, décembre 2022.

[25] Assemblée nationale, Rapport d'information n° 1701, *ibid*. p. 69.

[26] CNCDH, Avis sur l'effectivité des droits fondamentaux en prison, 24 mars 2022.

[27] Clément Beunas, *Enquête Epsylon Volet qualitatif, La santé mentale à l'entrée en maison d'arrêt - une approche sociologique*, Septembre 2024, citant Fovet et al., 2022 ; Spilka, Morel d'Arleux, Simioni, 2024

[28] Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *L'effectivité des voies de recours en psychiatrie*, Rapport thématique, décembre 2025. Le rapport fait référence à : Esther Touitou-Burckard, Coralie Gandré, Magali Coldefy (Irdes), en collaboration avec Anis Ellini (EPS de Ville-Evrard), Sébastien Saetta (Enseis) et le consortium Plaid-Care, « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements », in *Questions d'économie de la santé* n° 286, février 2024.

compris au sein de l'espace médical, ce qui interroge plus largement encore le rapport de notre société aux troubles psychiques et à la manière dont ils sont pris en charge.

Des droits fondamentaux affectés

15. Pour la CNCDH, les enjeux de santé mentale engagent plusieurs droits fondamentaux tout au long du parcours des personnes. Le droit à la restauration du meilleur état de santé physique et mentale possible[29] suppose un accès effectif et non discriminatoire aux soins, que les ruptures de parcours, l'épuisement de l'offre psychiatrique et l'insuffisance des services sociaux rendent trop souvent illusoire.

16. Lorsque ce droit n'est pas garanti en amont, et que la contrainte et la justice prennent le relais, d'autres droits se voient affectés comme dans un cercle vicieux. La liberté individuelle et la liberté d'aller et venir[30] sont mises en cause lorsque l'incarcération ou l'hospitalisation sous contrainte deviennent des réponses par défaut pour compenser l'absence de logement, de soins ou d'accompagnement. Le droit à la sûreté[31], qui protège chacun contre toute privation de liberté arbitraire, invite à limiter la coercition, qu'il s'agisse d'une hospitalisation sans consentement, d'une mesure d'isolement ou de contention ou d'une incarcération. L'égalité devant la justice et le droit à un procès équitable[32] sont fragilisés lorsqu'un trouble non diagnostiqué conduit, en comparution immédiate notamment, à une décision rendue plus sévère pour les personnes sans domicile[33]. Le principe de dignité et l'interdiction des traitements inhumains ou dégradants[34] sont enfin mis en cause lorsque des personnes malades sont maintenues en détention sans soins adaptés, à l'instar de ce que la Cour européenne des droits de l'homme dans une affaire contre la France dès 2006[35]et depuis, à plusieurs reprises[36].

17. Au-delà des décisions privatives de liberté (placement en détention ou hospitalisation sans consentement), les droits civils des personnes peuvent être durablement affectés par une mesure de protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle). Ces mesures dont l'objectif est de protéger les personnes majeures incapables de pourvoir seules à leurs intérêts

[29] Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 16 décembre 1966 ; alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

[30] Article 5 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; article 66 de la Constitution du 4 octobre 1958.

[31] Article 7 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, article 5 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et libertés fondamentales.

[32] Article 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et libertés fondamentales.

[33] Thomas Bosetti, psychiatre à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA, AP-HM) de Marseille, coordinateur du projet de recherche-action « Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif » (AiLSi, Médecins du Monde), 24 mars et 10 septembre 2026. L'étude de faisabilité du projet AiLSi a montré qu'environ une centaine des quelque 2 300 personnes jugées chaque année en comparution immédiate à Marseille présentaient des troubles psychiques sévères et une situation de grande précarité, et que ces personnes étaient plus fréquemment incarcérées en raison de leur absence de domicile et de leurs troubles.

[34] Article 5 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants du 10 décembre 1984.

[35] CEDH, *Rivière c. France*, 11 juillet 2006, req. n° 33834/03. La Cour rappelle que l'article 3 n'impose pas de libérer un détenu pour raisons de santé, mais exige que sa santé et son bien-être soient assurés de manière adéquate (§ 62 et § 74) ; elle juge qu'un détenu atteint de graves troubles mentaux et présentant des risques suicidaires appelle des mesures particulièrement adaptées (§ 75), et que son maintien en détention sans encadrement médical approprié constitue un traitement inhumain et dégradant (§ 76). Une violation de l'article 3 a été constatée à l'unanimité.

[36] Voir par exemple *Renolde c. France*, 16 octobre 2008 ; *G. c/France*, 23 février 2012.

en raison d'une altération de leurs facultés, psychiques le plus souvent, sont pourtant fréquemment perçues par celles-ci comme une violation de leur droit à décider pour elles-mêmes. Il est vrai que leur consentement est encore trop souvent éludé lorsqu'il n'est pas purement et simplement écarté, au motif de les protéger contre elles-mêmes. A ce titre, il convient de rappeler que la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH), notamment psychiques, impose de recourir à l'accompagnement, à la prise de décision plutôt que la contrainte, et à l'inclusion dans la société plutôt qu'à l'enfermement[37].

18. De plus, dans la mesure où les droits fondamentaux sont interdépendants, il en va de l'intérêt général de rompre ce cercle vicieux : chaque rupture de parcours se traduit par des passages aux urgences, des hospitalisations sous contrainte, des interventions des forces de l'ordre et des incarcérations, qui pèsent à chaque fois un peu plus sur les services publics sans pour autant apporter de réponse durable. Garantir l'accès au logement, aux soins et à l'accompagnement social, représente un levier de soin et aussi de prévention. C'est à la fois protéger les droits des personnes et favoriser le bien-être de la société tout entière.

Le logement comme déterminant social de santé mentale

19. La vie dans la rue est génératrice de souffrances. Le droit au logement, inséparable du droit à la dignité, est particulièrement déterminant dans le parcours de vie des personnes, notamment de celles présentant des troubles psychiques. Sans adresse ni toit, l'accès aux soins, aux prestations sociales, à l'emploi devient lui-même incertain et la stabilisation d'un parcours de soin ou d'accompagnement est rendu particulièrement difficile. C'est donc toute une chaîne de droits fondamentaux qui se trouvent affectée par le sans-abrisme[38].

20. L'hébergement, qu'il soit d'urgence, en hôtel social ou en structure collective, demeure une solution provisoire, souvent marquée par des changements de lieux incessants. En revanche, le logement pérenne est une condition de la stabilité dont dépendent la continuité des soins et l'exercice effectif des droits[39]. La CNCDH soulignait dès 2016 que les personnes privées de logement sont « *contraintes de se tourner vers des solutions provisoires d'hébergement* », dont les modalités d'accueil entraînent « *un turnover des personnes accueillies qui ne leur permettent nullement de se stabiliser* »[40]. Pire encore, cette instabilité aggrave l'état de santé des personnes ayant des troubles psychiques. Sans domicile et sans soins, la personne est davantage exposée à la répression, et partant, à l'enfermement carcéral qui, à son tour, aggrave la précarité psychique.

21. Pour de nombreuses personnes sans domicile, les réseaux de transport – par exemple le réseau francilien (RATP - Ile-de-France Mobilités) notamment - constitue un « dernier refuge »[41] ; repousser les personnes souffrant de troubles psychiques hors de l'espace public (gares, bancs et parcs publics, stations métro, etc.) ne fait que déplacer la difficulté. Un certain nombre

[37] Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, adoptée le 13 décembre 2006, ratifiée par la France le 18 février 2010 et entrée en vigueur à son égard le 20 mars 2010, articles 3c (participation et l'intégration pleines et effectives à la société), 12 (reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité), 14 (liberté et sécurité de la personne) et 19 (autonomie de vie et inclusion dans la société).

[38] Audition de Caroline Douay, directrice de l'Observatoire du Samusocial de Paris, de Dr Valérie Thomas, directrice médicale au Samusocial de Paris et de Sara Pakzad, chargée de mission au Samusocial de Paris, 24 mars 2026.

[39] A ce titre, voir *infra* § 22 la présentation du dispositif « Un chez soi d'abord » développé par la Délégation interministérielle à l'hébergement et au logement (Dihal).

[40]CNCDH, Avis Logement : un droit pour tous ? 16 juin 2016.

[41] Audition conjointe de Didier Robidoux, directeur de la sûreté du groupe RATP, de Marc Lajus, responsable du centre de formation professionnelle de la sûreté de la RATP et d'Emmanuel Briquet, juriste conseil en sûreté à la RATP, 21 septembre 2026.

de ces personnes sont consommatrices d'alcool et/ou de drogues et d'autres débutent une consommation en conséquence de leur situation de sans-abrisme ou de la désocialisation qui l'accompagne. Ces personnes se retrouvent parfois impliquées dans des rapports de violence qui peuvent, à terme, les conduire devant la justice. Afin de mettre fin à cette spirale, la facilitation de l'accès au logement associée à une meilleure coordination des acteurs du logement, du sanitaire, du social et du juridique est nécessaire.

22. Le rôle clé du logement a été mis en évidence par les approches inspirantes dites *housing first*[42] (« Un chez soi d'abord ») qui consistent à proposer un accès direct à un logement aux personnes sans abri en situation de grande précarité, notamment celles souffrant de troubles psychiques sévères ou d'addictions. L'arrêt des consommations et/ou le suivi de traitements ne sont plus des prérequis. Des équipes mobiles pluridisciplinaires d'accompagnement proposent aux personnes concernées aide et traitements adaptés et les aident à se maintenir dans le logement, à améliorer leur état de santé, leur bien-être et leur intégration sociale. Dans cet environnement, qui valorise l'auto-détermination, une personne peut choisir et piloter l'accompagnement proposé, mis à disposition aussi longtemps que de besoin. Cette approche valorise la mixité des compétences en associant des professionnels de différents horizons pour répondre à la complexité des situations des personnes : secteur médico-psychiatrique (psychiatres, infirmiers) pour le suivi de la santé mentale et des soins, secteur social et éducatif (éducateurs spécialisés, assistants sociaux) pour l'accès aux droits, la gestion du budget et l'appropriation du logement, secteur de l'addictologie pour l'accompagnement lié aux consommations. En France, le *housing first* a été expérimenté avec le dispositif « Un chez soi d'abord »[43] . C'est pourquoi le dispositif « Un chez-soi d'abord », coordonné par la Délégation interministérielle pour l'accès à l'hébergement au logement (Dihal), repose sur de véritables logements individuels, et non sur des solutions temporaires sans contrat durable[44].

L'éclatement du traitement des phénomènes psycho-sociaux liés à la santé mentale

23. En posant un diagnostic d'émiettement à la fois institutionnel, financier et territorial quand il s'agit de répondre aux enjeux de santé mentale, la CNCDH appelle à un changement de paradigme. Il apparaît capital de fonder une politique publique pérenne sur un redéploiement des budgets et des compétences, afin d'assurer un juste équilibre entre les dispositifs de contrainte et les dispositifs d'accompagnement et de soin. En France, aujourd'hui, une personne souffrant de troubles psychiques dont le comportement présente, dans l'espace public, un risque pour elle-même ou pour autrui et perturbe la vie sociale fait l'objet d'une prise en charge éclatée qui dépend moins de la situation elle-même que de l'endroit où la personne se trouve, du moment où survient la crise, de l'acteur appelé en premier et du cadre juridique alors mobilisé.

[42] Pour une présentation de l'histoire, des fondamentaux, des principes d'action et des succès du *housing first*, voir : Sam Tsemberis, Kristen Gurdak, « Housing First : de la rue à un foyer, de son foyer au monde », in *Vie sociale* 2018/3-4 n°23-24.

[43] Voir supra §22 et la description du dispositif : https://www.info.gouv.fr/organisation/delegation-interministerielle-a-l-hebergement-et-a-l-acces-au-logement/une-politique-fondee-sur-les-preuves

[44] Voir *infra* § 22 la présentation du dispositif « Un chez soi d'abord », mais aussi le rapport de la Y-Foundation, *A Home of Your Own. Housing First and Ending Homelessness in Finland*, 2017. Ce rapport rappelle les travaux du groupe de travail « *Four Wise* » mis en place par le ministre finlandais du logement en 2007 et qui dans son rapport intitulé *Name on the door* a défini les fondements d'une nouvelle politique de lutte contre le sans-abrisme : résoudre les problèmes sociaux et de santé des personnes sans-abri n'est pas une condition préalable à l'installation dans un logement, au contraire avoir un logement est une condition préalable facilitant la résolution d'autres problèmes. Ce rapport a jeté les bases du *Housing First* finlandais.

Éclatement des acteurs et des dispositifs

24. Les acteurs de la prise en charge du trouble psychique sont multiples : ministère de la santé, ministère de la justice, agences régionales de santé (ARS), établissements psychiatriques, services pénitentiaires, collectivités territoriales, associations ou encore acteurs du logement. Bien souvent, la situation problématique ne commence pas par une crise aiguë, mais par de simples incivilités : des comportements dérangeants, comme des cris, des installations prolongées dans un hall ou une station de métro, des sollicitations insistantes ou des dégradations de biens publics. Si ces comportements ne constituent pas toujours des infractions, ils suscitent l'inquiétude ou l'exaspération des riverains, des usagers et des élus, et appellent une réponse qui s'avère, le plus souvent, inadaptée.

25. Les premiers à faire face à ces situations ne sont pas toujours des soignants. Ce sont d'abord, et très souvent, les proches de la personne en proie à des troubles mentaux. Ils voient la crise venir, tentent de convaincre la personne de consulter, appellent à l'aide, et peuvent en subir eux-mêmes les conséquences. Interviennent ensuite, selon les cas, plusieurs acteurs :
    - les forces de l'ordre : policiers et gendarmes, mais aussi, de plus en plus, polices municipales ;
    - les secours : sapeurs-pompiers et service d'aide médicale urgente (SAMU) ;
    - les acteurs de l'espace public et de l'habitat : agents de sûreté des transports, bailleurs sociaux et gardiens d'immeuble ;
    - les acteurs de la solidarité : Samu social, maraudes associatives, travailleurs sociaux.

26. Le moment et le lieu vont donc déterminer quel sera le premier acteur à agir. Par exemple, les dispositifs spécialisés associant les secteurs publics de psychiatrie à des acteurs privés - centres médico-psychologiques (CMP), équipes mobiles psychiatrie-précarité, équipes mobiles d'intervention de crise, filière psychiatrique hospitalière - n'existent pas partout et ne fonctionnent, pour la plupart, qu'en journée et en semaine. Selon l'acteur appelé à intervenir, plusieurs cadres juridiques peuvent trouver à s'appliquer, chacun conduisant à des issues très différentes. La personne peut être conduite aux urgences et y recevoir des soins avec son consentement. Si ses troubles rendent son consentement impossible et que son état impose des soins immédiats, une admission en soins psychiatriques sans consentement peut être décidée. Lorsque ses troubles compromettent la sûreté des personnes ou risquent de porter atteinte à l'ordre public, le représentant de l'État peut prononcer une hospitalisation sous contrainte. Si une infraction, même mineure, est suspectée, la personne peut être placée en garde à vue, puis déférée et jugée en comparution immédiate[45]. L'état d'ivresse sur la voie publique conduit, quant à lui, à une rétention en chambre de sûreté jusqu'au dégrisement dans les locaux de la police ou de la gendarmerie. La personne peut enfin se voir simplement éloignée du lieu où elle trouble la tranquillité publique : le problème est alors géographiquement déplacé plutôt que traité. Le choix entre ces différentes options dépend largement de circonstances étrangères aux véritables besoins de la personne. De façon souvent aléatoire, il dépend du moment, du lieu et de la configuration particulière de la situation.

27. Cette segmentation des champs d'action, alimentée par la diversité des ministères de référence dans la prise en charge des individus concernés, favorise un renvoi de la responsabilité entre des professionnels aux profils variés qui appréhendent les situations auxquelles ils sont confrontés à travers leur propre prisme. Par exemple, confrontée à une crise psychotique aiguë et dans l'urgence, la police renvoie vers le secteur médical qui, en retour, se sent démuni face aux enjeux de sécurité. A l'inverse, l'absence de coordination entre la police et les services médicaux face à une personne souffrant de troubles psychiques qui

[45] Voir *infra* en §64.

leur a été confiée met en évidence le manque de considération de la question psychique dans le continuum de sécurité[46].

28. De plus, le manque de communication entre les secteurs, en particulier entre le juge de l'application des peines (JAP) et les acteurs du soin et de l'accompagnement social (centres médico-psychologiques, cliniques, centres communaux d'action sociale, etc.), complique des parcours souvent marqués par des allers-retours entre la prison et l'hôpital. Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), qui travaille pourtant en lien étroit avec le JAP est lui-même pénalisé par l'absence de canal d'information avec ces intervenants médico-sociaux. Les relations avec la justice se reposent alors davantage sur des liens interpersonnels que sur des protocoles établis[47]. L'éclatement des acteurs en jeu complique les parcours, en particulier les moments de transition (sortie de l'aide sociale à l'enfance, perte de logement, sortie d'hôpital ou de détention) qui sont souvent des moments de rupture pour les personnes concernées.

29. À ces constats s'ajoute le poids des préjugés associés aux troubles psychiatriques, qui contribuent à entretenir une représentation des personnes concernées comme dangereuses. Il existe en effet une représentation négative persistante des personnes atteintes de troubles psychiques dans la population[48], en particulier chez les professionnels qui les prennent en charge, notamment les magistrats et les avocats, ou même encore les soignants[49]. Ces biais engendrent des conséquences délétères sur le parcours de ces personnes. L'exagération du danger induite par les incompréhensions entourant les troubles psychiatriques peuvent conduire à privilégier l'enfermement, sous la forme d'une hospitalisation (solution médicale) ou d'une incarcération (solution judiciaire), toutes deux perçues culturellement comme rassurantes[50]. Par ailleurs, les patients tendent à taire leurs troubles par crainte de stigmatisation, comportement d'évitement susceptible d'aggraver leur pathologie.

Éclatement territorial

30. Eu égard à la diversité territoriale de la France, les dispositifs mis en œuvre sont concentrés sur des géographies spécifiques, laissant d'autres territoires sans aucune solution. Ces inégalités sont plus marquées encore dans les territoires ultramarins, où l'offre de soins en santé mentale est particulièrement lacunaire : à Mayotte, les personnes détenues ne disposent plus depuis plusieurs années de psychologue ni de psychiatre permanent, et des difficultés importantes sont également relevées en Guyane, à La Réunion, en Martinique et en Guadeloupe, notamment en raison du manque de psychiatres, de psychologues et d'addictologues[51]. Le dispositif « Un chez soi d'abord » qui permet de conserver un logement

[46] Audition conjointe de Didier Robidoux, directeur de la sûreté du groupe RATP, de M. Marc Lajus, responsable du centre de formation professionnelle de la sûreté de la RATP et d'Emmanuel Briquet, juriste conseil en sûreté à la RATP, 21 septembre 2026.

[47] Audition de Mme Solène Zukgraf, juge de l'application des peines au tribunal judiciaire de Marseille, 28 septembre 2026.

[48] Voir les résultats de l'enquête *Santé mentale en population générale (SMPG)*, réalisée par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Notamment la publication : Vanessa Bellamy, Jean-Luc Roelandt et Aude Caria, « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale », in Drees*, Études et Résultats* n° 347, 1er octobre 2004.

[49] Audition de Pauline Rhenter, sociologue et avocate au barreau de Marseille, 28 septembre et 6 octobre 2026.

[50] Audition du Pr Nicolas Franck, psychiatre, professeur des universités, praticien hospitalier, initiateur du Centre d'accueil, d'évaluation et d'orientation (CAdEO), Centre hospitalier Le Vinatier à Lyon, 7 octobre 2026.

[51] Fovet T., Lancelevée C., Wathelet M., El Qaoubii O., Thomas P., La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale, F2RSM Psy, décembre 2022, volet « Outre-mer » ; voir aussi Outremers 360, « L'étude nationale sur la santé mentale en population carcérale s'intéresse pour la première fois aux Outre-mer », 23 février 2023.

pendant plusieurs semaines en cas d'incarcération de courte durée, relève largement des initiatives locales et repose davantage sur l'engagement des professionnels que sur des dispositifs nationaux pérennes. Cet exemple parmi d'autres illustre de fortes inégalités en France[52]. La dépendance aux initiatives territoriales s'avère particulièrement problématique lors des sorties d'incarcération, périodes de transition extrêmement critiques au cours desquelles les personnes concernées se retrouvent souvent sans travail, sans ressources, sans famille, sans logement et sans accompagnement social structuré.

31. En dépit du Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie qui finance des projets issus des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), pour transformer l'organisation des soins et améliorer les parcours en psychiatrie et en santé mentale[53], on observe que l'absence de feuille de route interministérielle contribue à fragiliser la continuité de l'accompagnement et l'égalité de traitement à l'échelle de la France. Pour la CNCDH, ces constats soulignent la nécessité de dépasser une logique de réponses fragmentées, dépendantes des initiatives locales et/ou individuelles, afin de mieux coordonner les politiques publiques permettant de garantir la continuité des parcours des personnes concernées. Le même éclatement frappe également la logique financière des projets soutenus.

Éclatement financier

32. La CNCDH relève que, malgré l'existence de pratiques innovantes, celles-ci demeurent souvent dépendantes de projets temporaires, sans financement pérenne, ni stratégie nationale suffisamment structurée pour permettre aux différents acteurs impliqués de s'investir sur le long terme. Il est urgent de passer d'une logique d'appels à projets à une politique publique qui s'inscrive sur des temps moyens ou longs. Par exemple, le projet « Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif » (AiLSi)[54] initié par l'association Médecins du Monde à Marseille est financé par un contrat à impact social[55], sans que la prolongation des financements ne soit garantie au-delà du projet initial. De même, le projet d' « Équipe Mobile transitionnelle » (EMOT)[56] n'est financée que sur trois ans, sans pilotage national[57]. Quant au « Centre d'accueil d'évaluation et d'orientation en santé mentale » (CAdEO) de Lyon[58], il ne disposait pas davantage de financement ni de feuille de route nationale, alors

[52] Audition de M. Raphaël Bouloudnine, psychiatre de santé publique, coordinateur national du dispositif « Un chez-soi d'abord » à la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), 7 avril 2026.

[53] Le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie, Fiop, est un appel à projets créé en 2019. Il est piloté par la DGOS et a pour objectif de repérer des projets innovants en psychiatrie sur l'ensemble du territoire et répondant à des orientations nationales prioritaires. Voir la présentation sur le site du ministère de la Santé : https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/des-enjeux-de-proximite-pour-la-politique-de-sante-mentale/article/innovation-organisationnelle-en-psychiatrie

[54] Programme AiLSi : alternative à l'incarcération pour le logement et le suivi intensif, voir *infra* §54 et la présentation sur le site de Médecins du Monde : https://www.medecinsdumonde.org/press_release/programme-ailsi-alternative-a-lincarceration-pour-le-logement-et-le-suivi-intensif/

[55] Un contrat à impact social est un dispositif de partenariat public-privé destiné à financer des projets d'innovation sociale ou environnementale : https://www.economie.gouv.fr/actualites/les-contrats-impact

[56] L'équipe mobile transitionnelle (EMOT) accompagner les personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques sévères lors de la libération : https://www.ch-marchant.fr/web/Gerard_Marchant/263-fiop-lemot-accompagner-les-personnes-detenues-souffrant-de-troubles-psychiatriques-severes-lors-de-la-liberation.php

[57] Thomas Bosetti, psychiatre à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA, AP-HM) de Marseille, coordinateur du projet de recherche-action « Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif » (AiLSi, Médecins du Monde), 24 mars et 10 septembre 2026.

[58] Le Centre d'Accueil, d'Évaluation et d'Orientation (CAdEO), voir *infra* §50, et la description sur le site du Centre hospitalier Le Vinatier, « Le CAdEO : un dispositif pour réduire le recours aux urgences psychiatriques» :

même que plusieurs centres hospitaliers avaient manifesté leur volonté de le développer, chaque structure avançant, là aussi individuellement[59]. Au total, la multitude d'appels à projets empêche de développer une véritable politique publique et révèle une absence d'engagement des pouvoirs publics[60].

33. Le Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie précité[61] est un exemple typique de cet éclatement ici décrit. Il consiste en un dispositif de financement national destiné à soutenir des projets qui expérimentent de nouvelles manières d'organiser les soins psychiatriques et les parcours des patients. Piloté par le ministère de la Santé avec l'intervention des ARS, il permet notamment à des établissements de santé de présenter leur appel à projet pour profiter de cette enveloppe nationale. Les « projets territoriaux de santé mentale » (PTSM) qui poursuivent l'objectif d'identifier les besoins et les priorités d'un territoire doivent notamment faire appel à ce fonds dès lors qu'ils ne disposent pas de financement propre. Cette logique, si elle est intéressante dans le cadre d'expérimentations ponctuelles, ne permet pas d'assurer la pérennité des projets financés qui ont fait leur preuve pour en faire des dispositifs au bénéfice de toute la population sur l'ensemble du territoire national. La CNCDH salue donc l'allocation de moyens nécessaires à l'émergence de dispositifs innovants, mais regrette que ces phases d'expérimentation menées par le biais d'appels à projets ne débouchent pas sur des généralisations nationales et sur des dotations pérennes et pluriannuelles.

Des alternatives possibles

34. Différentes alternatives sanitaires et sociales respectueuses des droits fondamentaux permettent d'éviter le recours trop systématique à la justice pénale. Des dispositifs existent, qui rendent possibles des réponses coordonnées apportées aux problèmes posés par des personnes souffrant de troubles psychiques en recourant le moins possible à la coercition des corps et des esprits.

Adopter une logique de déploiement national

35. Pour la CNCDH, afin de mettre un terme à ces parcours souvent chaotiques, faits de transitions entre la rue, l'hôpital, la prison, il est urgent de mettre en place un accompagnement englobant et adapté rassemblant tous les acteurs nécessaires en mesure de travailler ensemble. Certains territoires, qui peuvent être qualifiés de véritables laboratoires d'expérimentation, fourmillent d'initiatives pour renouveler le paysage des offres de soin, les méthodes voire la philosophie de la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques. Toutefois, leur existence et leur succès souvent indiscutable ne conduisent pas à la généralisation d'une offre équivalente ailleurs. Ainsi ces initiatives ponctuelles sont-elles

https://www.ch-le-vinatier.fr/actualites-23/le-cadeo-un-dispositif-pour-reduire-le-recours-aux-urgences-psychiatriques-1419.html

[59] Audition du Pr Nicolas Franck, psychiatre, professeur des universités, praticien hospitalier, initiateur du Centre d'accueil, d'évaluation et d'orientation (CAdEO), Centre hospitalier Le Vinatier à Lyon, 7 octobre 2026.

[60] Thomas Bosetti, psychiatre à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA, AP-HM) de Marseille, coordinateur du projet de recherche-action « Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif » (AiLSi, Médecins du Monde), 24 mars et 10 septembre 2026.

[61] Voir *supra* §33 et note 55.

vouées à rester des expérimentations circonscrites dans le temps et dans l'espace faute d'une vision à long terme des pouvoirs publics[62].

36. La CNCDH salue le développement de ces initiatives qu'elles naissent dans le cadre d'expérimentations adaptées aux besoins des territoires ou dans le cadre du droit commun consistant en une réorganisation de l'offre de soins. Elle pointe cependant un défaut de continuité : l'absence de coordination institutionnelle et de clarification des compétences de chaque collectivité en présence. Elle encourage la construction de parcours intégrés associant soins psychiatriques, accompagnement social, accès au logement et suivi judiciaire.

> **Recommandation n°1 : La CNCDH recommande de passer d'une logique d'expérimentation des dispositifs de prise en charge des troubles psychiques à une logique de déploiement national avec des moyens pérennes et une adaptation aux spécificités territoriales.**

37. Cette évolution que la CNCDH appelle de ses vœux, peut et doit s'appuyer sur la nouvelle délégation interministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, prévue par le décret du 28 septembre 2026[63], et chargée de contribuer à la définition, à l'élaboration, au pilotage et à la mise en œuvre de la stratégie nationale en faveur de la santé mentale et de la psychiatrie. Elle se voit confier une mission de coordination de l'action des différents ministères concernés[64]. La CNCDH se réjouit de la création de cette délégation, placée auprès du ministre chargé de la santé – même si elle avait, pour sa part, préconisé un portefeuille plus large avec la création d'une délégation interministérielle à la santé publique[65].

38. Pour autant, la CNCDH tient à préciser plusieurs points sur lesquels il est indispensable de porter une attention particulière afin de s'assurer d'un changement de paradigme effectif en matière de politiques publiques de prise en charge de la santé mentale. Ils contribueront à rendre pleinement efficace la délégation interministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie.

39. La coordination interministérielle prévue devra consister en une association concrète et régulière, en particulier des ministères de la Justice, du Logement et des Affaires sociales. Les référents présents dans ces ministères devront avoir pour mission l'organisation de travaux communs et la mise en œuvre d'objectifs concrets réunis dans une stratégie interministérielle

---

[62] Audition du Pr Nicolas Franck, psychiatre, professeur des universités, praticien hospitalier, initiateur du Centre d'accueil, d'évaluation et d'orientation (CAdEO), Centre hospitalier Le Vinatier à Lyon, 7 octobre 2026.

[63] Décret n° 2026-905 du 28 septembre 2026 p*ortant création d'une délégation interministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie.* Le décret abroge le dispositif créé en 2019, qui reposait sur un délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, pour lui substituer une structure à vocation interministérielle.

[64] Décret n° 2026-905 du 28 septembre 2026, article 1er. Le décret dispose que le directeur général de la santé ou le directeur général adjoint de la santé exerce les fonctions de délégué interministériel (article 3). Afin de garantir le caractère interministériel de la délégation, le délégué « *peut faire appel aux services et organismes placés sous l'autorité des autres ministères concernés et, en tant que de besoin, aux établissements publics de l'Etat compétents. Il peut bénéficier du concours de moyens de fonctionnement et de personnels mis à sa disposition par les ministères concernés. Il s'appuie sur des référents désignés au sein de ces ministères et établissements* » (article 3).

Enfin, le décret renforce l'intégration de la santé mentale dans les instances de pilotage gouvernementales : le comité interministériel de la santé (CIS) devra désormais consacrer au moins une séquence annuelle à la santé mentale et à la psychiatrie (article 4).

[65] CNCDH, Avis sur les inégalités sociales de santé, A-2022-1, 17 février 2022 : « *Recommandation n°1 : Au niveau national, la CNCDH recommande aux pouvoirs publics la création d'une Délégation interministérielle à la santé publique. Celle-ci devrait être placée sous l'autorité du Premier ministre et serait chargée de mobiliser tous les départements ministériels, pour qu'ils introduisent une réflexion sur l'impact en santé de leurs décisions et qu'ils assurent la cohérence entre elles. Cette Délégation devrait également adopter une démarche respectueuse de la démocratie sanitaire en incluant dans ses consultations et ses décisions l'ensemble des parties prenantes parmi lesquels des représentants des personnes directement concernées.*»

permettant d'articuler durablement les politiques de santé, de santé mentale, de logement, de lutte contre la précarité, d'éducation, d'emploi, de prévention des addictions, de justice et de sécurité. L'élaboration de cette stratégie interministérielle - qui pourra constituer une nouvelle feuille de route *santé mentale et psychiatrie*[66] - ne doit pas se faire sans la participation institutionnalisée des personnes concernées, dans la droite ligne de la démocratie sanitaire recommandée par la CNCDH dans son avis de 2022[67]. Elle regrette qu'une telle participation n'ait pas été prévue dans le décret créant la délégation interministérielle. Les acteurs du médico-social (publics et associatifs) dont les travailleurs sociaux, les psychologues et les associations ainsi que les collectivités publiques et les personnes concernées doivent être associés à l'élaboration de cette stratégie afin de garantir une coopération effective entre les différents acteurs. Cette coopération est indispensable afin de ne pas réduire la santé mentale à une question psychiatrique ou sécuritaire.

40. Cette stratégie interministérielle devra fixer des objectifs communs, identifier les responsabilités de chaque acteur et coordonner des modalités pérennes d'organisation, de financement et d'évaluation. Elle devra identifier dans les parcours des personnes concernées les moments de rupture susceptibles de conduire à une aggravation des difficultés : sortie de l'aide sociale à l'enfance, déscolarisation, perte du logement, changement de territoire, sortie de l'hospitalisation, rupture de soins, sortie de la détention, reprise de pratiques addictives, etc.

Recommandation n°2 : La CNCDH recommande que la nouvelle délégation interministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, créée par le décret du 28 septembre 2026, soit chargée de la coordination et de la mise en œuvre d'une stratégie nationale et pluriannuelle, nourrie de l'expérience d'acteurs complémentaires, dont les personnes concernées par des troubles psychiatriques.

Recommandation n°3 : La CNCDH recommande que la stratégie nationale interministérielle ne repose pas uniquement sur la multiplication de dispositifs expérimentaux ou d'appels à projets successifs, mais sur des dispositifs pérennes, évalués et intégrés au droit commun.

S'adapter aux spécificités des territoires

41. De nombreuses expérimentations ont permis de déployer simultanément plusieurs transformations touchant à des domaines différents : la réorganisation de l'offre de soins psychiatriques, la création d'équipes mobiles adaptées et le développement de nouveaux outils juridiques[68]. Par exemple, Marseille a été le berceau de plusieurs initiatives[69]. Certains dispositifs mis en œuvre à Paris pourraient aussi être dupliqués dans d'autres agglomérations. Face à un écosystème complexe, la ville y a notamment développé l'« Équipe Mobile Parcours

[66] Voir la présentation et l'état d'avancement (au 1er mai 2025) de la feuille de route santé mentale et psychiatrie sur le site du ministère de la Santé : « *La feuille de route santé mentale et psychiatrie, lancée en juin 2018, structure les actions gouvernementales allant de la santé mentale de tous à la prise en charge et l'insertion des personnes concernées par un trouble psychiatrique pour répondre à cet enjeu de santé publique.*» https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/Feuille-de-route-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-11179/article/la-strategie-nationale

[67] CNCDH, Avis sur les inégalités sociales de santé, 2022, recommandation 1 citée dans la note 69.

[68] Pour plus de détails, voir infra §45 à 56.

[69] Audition de Pauline Rhenter, sociologue et avocate au barreau de Marseille, 28 septembre et 6 octobre 2026.

Complexe » (EMPC) afin de coordonner les prises en charge des personnes cumulant troubles psychiatriques, addictions, précarité et pathologies somatiques. Sur le fondement de ces différentes expérimentations locales, on note que le développement d'un système territorial intégré plutôt que plusieurs dispositifs locaux partiels rend possible une analyse des résultats à partir d'un panel d'indicateurs, destinés notamment à évaluer l'effectivité de l'accès aux droits des personnes concernées et les ruptures de parcours. Cette analyse donnerait des bases solides pour intégrer au droit commun les dispositifs évalués positivement sur des régions spécifiques, pour mieux les déployer au-delà de leurs territoires d'origine.

Recommandation n°4 : La CNCDH recommande de s'appuyer sur les expérimentations locales, d'en évaluer les résultats et d'en proposer un déploiement national adapté aux spécificités de chaque territoire, qu'il soit urbain, rural, hexagonal ou ultramarin.

42. La CNCDH appelle donc à une politique globale de prise en charge de la santé mentale pilotée par la délégation interministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, ce qui permettrait de faire de la contrainte en hôpital psychiatrique ou en institution carcérale, une solution de dernier recours. Elle souligne que l'organisation concrète d'un nouveau modèle plus respectueux des droits fondamentaux doit s'appuyer sur des initiatives et des structures locales existantes qu'il convient de renforcer et de doter de moyens pérennes afin d'améliorer leur coordination et leur efficacité. Les « projets territoriaux de santé mentale » (PTSM)[70] permettent d'adapter le modèle aux besoins du territoire en question. Cela évite la duplication d'un modèle unique, central et vertical. Sur le terrain, les PTSM fixent les priorités et prévoient les actions pour y répondre. Ils présentent l'avantage de réunir tous les acteurs impliqués, qu'ils soient sociaux, sanitaires ou judiciaires, les représentants des personnes concernées, mais aussi d'autres partenaires, selon les besoins. Il importe d'assurer aux projets initiés par les PTSM un financement adapté et pérenne.

43. Par ailleurs, la CNCDH recommande aux élus locaux d'augmenter le nombre des conseils locaux de santé mentale (CLSM)[71] afin qu'ils puissent, notamment, endosser le rôle de véritables tiers entre justice et soin. Les CLSM sont des instances de concertation et de coordination locales, généralement à l'échelle d'une commune ou d'une intercommunalité. Ils constituent une des pierres angulaires d'un changement de paradigme dès lors qu'ils associent les élus locaux, les professionnels de la psychiatrie et de la santé, les professionnels du secteur social, les associations et les personnes concernées, dont il est essentiel de recueillir puis d'entendre la parole. La CNCDH recommande d'y associer systématiquement les acteurs du judiciaire. Par exemple, quand un juge de l'application des peines souhaite aménager la peine d'une personne présentant des troubles psychiques, il doit prendre en compte l'éventuelle absence de logement, la disponibilité d'un suivi psychiatrique et l'engagement des services sociaux. La collaboration étroite entre les acteurs du monde judiciaire et le CLSM favoriserait l'identification d'interlocuteurs au sein du secteur psychiatrique et du secteur social, ainsi que l'élaboration d'un protocole d'orientation des personnes sortant de détention.

[70] Le PTSM obéit précisément à une démarche de coordination et de planification, voir article L. 3221-2 du Code de la santé publique.

[71] Un conseil local de santé mentale (CLSM) est une instance locale de concertation et de coordination qui réunit les acteurs d'un territoire autour des enjeux de santé mentale afin de construire des réponses collectives. Pour plus de détails, voir le site du Centre national de ressources et d'appui aux CLSM : https://ressources-clsm.org/quest-ce-quun-clsm

Il existe actuellement 280 CLSM actifs en France.

Recommandation n°5 : La CNCDH invite les élus locaux à créer des conseils locaux de santé mentale (CLSM) sur leur territoire afin d'assurer une meilleure couverture des besoins sur tout le territoire national. Elle recommande aux pouvoir publics de soutenir financièrement et administrativement la création de ces CLSM

44. Dans cette même logique de modèle local intégré et de décloisonnement des différents univers professionnels, la CNCDH recommande d'associer les conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD)[72] aux CLSM. Il s'agirait de créer une passerelle entre ces deux espaces de concertation pour résoudre les difficultés d'accès aux soins et au logement des personnes sous main de justice, notamment celles sortant de détention, par le développement de partenariats entre les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), les structures de soins et les services sociaux. Au lieu de considérer les personnes présentant des troubles psychiques comme des individus dangereux, cette coopération permettrait d'articuler les décisions du juge d'application des peines (JAP), du SPIP, des médecins afin d'éviter les ruptures de parcours. C'est l'objectif vertueux poursuivi par le projet AiLSi déjà cité[73], mis en place à Marseille, et qui a permis aux magistrats de proposer une alternative à l'incarcération combinant hébergement et accompagnement social intensif[74].

Développer ce qui fonctionne

45. Les expérimentations territoriales, du fait de leur propre spécificité (population ciblée, insertion institutionnelle, différents portages) peuvent, à première vue, apparaître hétérogènes. Mais au-delà de cette diversité, les « réussites qui fonctionnent » puisent dans deux références communes qui relèvent à la fois d'une éthique et d'une politique de terrain. Il convient de déployer à l'échelle du territoire national tout entier des expérimentations dont les bénéfices ont été identifiés. Cela ne repose pas tant sur l'octroi préalable de nouveaux crédits que sur le développement d'une politique publique de santé mentale intégrant des réussites avérées, portées par une vision de long terme.

46. La première référence est celle de la politique de Réduction Des Risques et des Dommages (RdRD) introduite dans la loi en 2004-2005 et consolidée par la loi du 26 janvier 2016 *concernant la modernisation du système de santé*[75] et autorisant notamment les salles de consommation à moindre risque. Ciblant à l'origine les conduites addictives, la réduction des risques touche des secteurs de plus en plus variés dans le champ de la prévention. Elle peut

[72] Le Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD) — ou sa version intercommunale, le CISPD — est l'instance de concertation et de coordination de la politique de lutte contre l'insécurité et de prévention de la délinquance à l'échelle locale telle que définie aux articles D132-7 à D132-10 et R132-10-1 du Code de la Sécurité intérieure. Le CLSPD est présidé par le maire et réunit des représentants de la commune, de l'État, de la justice et des forces de sécurité.

[73] Programme AiLSi : alternative à l'incarcération pour le logement et le suivi intensif, voir *infra* §54 et la présentation sur le site de Médecins du Monde : https://www.medecinsdumonde.org/press_release/programme-ailsi-alternative-a-lincarceration-pour-le-logement-et-le-suivi-intensif/

[74] Thomas Bosetti, psychiatre à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA, AP-HM) de Marseille, coordinateur du projet de recherche-action « Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif » (AiLSi, Médecins du Monde), 24 mars et 10 septembre 2026.

[75] Née dans les années 1980 face à l'épidémie de VIH chez les usagers de drogues par voie injectable, la politique de réduction des risques (RdR) a été officiellement inscrite dans le Code de la santé publique par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, puis précisée par des décrets en 2005 (notamment sur le référentiel national et la création des CAARUD — Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues). La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 *de modernisation de notre système de santé* (dite loi Touraine) a élargi et renforcé le dispositif de « réduction des risques et des dommages » (RDRD) (article L. 3411-8 du Code de la santé publique).

aussi bien viser des programmes de prévention de la violence dans les écoles que le domaine des inégalités de genre, de la détresse psychologique ou des pathologies mentales.

47. Aujourd'hui, la multiplication des problèmes de santé mentale légitime cette forme d'intervention qui se focalise d'abord sur la réduction des risques et des dommages. Pour être efficace, elle doit se concrétiser par un accompagnement au quotidien, non seulement dans les situations d'urgences sociales ou sanitaires, mais également au cœur de la vie des personnes, notamment celles cumulant des troubles mentaux et des pratiques d'errance urbaine. Dans le temps long des politiques publiques, cette approche encourage les autorités et les acteurs de terrain à établir des passerelles entre soins spécifiques et dispositifs de droit commun.

48. La diversification de l'offre de produits psychotropes, la facilité de se procurer des substances, l'augmentation de la teneur en substances psychoactives dans des drogues aussi répandues que le cannabis ou la cocaïne, sont autant de facteurs qui augmentent la fréquence et la sévérité des risques d'addiction et de troubles mentaux. Aujourd'hui, le crack apparaît de plus en plus comme un danger absolu générant des problématiques médicales et sociales désastreuses pour les usagers, tout autant que des incivilités sur la voie publique auxquelles la société peine à trouver des réponses. Après dix années d'expérimentation, les haltes soins addictions (HSA) ont largement montré leur efficacité : réduction des consommations à risque, des seringues abandonnées et des surdoses, tout en améliorant l'accès aux soins et aux droits. Malgré ces bénéfices avérés, seules deux structures existent aujourd'hui, à Paris et Strasbourg, et leur avenir n'est garanti que jusqu'à fin 2027. Cette absence de pérennisation freine le développement de nouveaux projets alors que des besoins sont identifiés sur de nombreux territoires. L'enjeu est désormais de garantir l'inscription durable des HSA dans le droit commun afin d'assurer leur déploiement et de renforcer leur contribution à la santé publique partout où les besoins existent[76].

49. Par ailleurs, des pratiques se sont développées autour du concept de *recovery* (rétablissement) issu de la culture anglo-saxonne. Elles promeuvent un changement de regard majeur à l'égard des personnes concernées, et invitent à revisiter le parcours d'une personne en prenant en compte sa définition propre d'une vie satisfaisante, impliquant, ou non, une rémission totale des symptômes. Ainsi, contrairement à la notion médicale de « guérison » (qui vise la disparition des symptômes ou du problème), le « rétablissement » met l'accent sur la capacité de l'individu à vivre une vie satisfaisante et porteuse d'espoir, même en composant avec des limites ou des vulnérabilités persistantes. Dans cette perspective, les services de santé mentale prennent en compte le fait que la personne est elle-même l'experte de son propre parcours, que celui-ci n'est pas linéaire et qu'il peut engager des indicateurs de progression multi-dimensionnels (par exemple un rôle social valorisant, l'estime de soi, la santé physique, les relations affectives, etc.). La notion de savoirs expérientiels[77] et la figure

[76] Dans son avis « Usages de drogues et droits de l'homme » du 8 novembre 2016, la CNCDH estimait « *que le dispositif des salles de consommation à moindre risque pourrait être élargi, notamment en ouvrant des espaces de consommation à moindre risque au sein des lieux existants (CAARUD et CSAPA), afin de favoriser l'orientation vers l'accompagnement et les soins* » (recommandation 25).

[77] HAS, *Expérience patient et savoir expérientiel : deux notions à clarifier pour renforcer l'engagement ou la participation*, Guide pour les secteurs social, médico-social et sanitaire, juin 2025. Le savoir expérientiel est définit comme « *la connaissance acquise par la réflexion sur l'expérience directe, la pratique personnelle ou l'engagement actif dans des expériences concrètes, par opposition à la connaissance théorique ou académique* » (Eve Gardien) ou comme « *un ensemble de savoir-faire, savoir-dire ou savoir-être caractérisés par leur dimension pragmatique, c'est-à-dire orientés vers ce qui marche du point de vue des personnes concernées. L'expérience vécue est convertie en savoirs expérientiels mobilisables en situation, au fil de processus sociaux qui transforment son statut épistémologique* » (Baptiste Godrie), p. 29.

de pair aidance[78] intégrées en 2025 dans la feuille de route « santé mentale et psychiatrie » [79], sont directement issues de cette approche.

Recommandation n°6 : La CNCDH recommande que soient encouragées les initiatives qui tendent à faire travailler les professionnels du soin et travailleurs sociaux en collaboration étroite avec les pairs-aidants qui disposent d'une expérience et d'une compréhension inédites à partir de leur propre expérience de troubles mentaux.

50. A Lyon, le Centre d'Accueil, d'Évaluation et d'Orientation (CAdEO)[80] offre un accès précoce aux soins sans contrainte. Le pôle psychiatrique concerné est passé de 150 à 54 lits, ce qui lui a permis redéployer ses moyens, à budget constant, vers l'ambulatoire et les équipes mobiles. Par ailleurs, en réduisant le recours à la coercition et à la contention[81], les maisons de répit[82] constituent une première étape vers le soin pour les personnes restées à distance de l'offre existante[83]. A ce propos également, la CNCDH rappelle que le droit au logement est une réponse clé pour soutenir les personnes présentant des troubles psychiques et susceptibles d'être confrontées à la justice.

51. A Marseille, l'unité locale d'intervention de crise et d'évaluation (ULICE)[84] constitue une équipe mobile de psychiatrie rattachée à l'AP-HM qui intervient auprès de personnes en situation de crise psychique aiguë pour lesquelles une hospitalisation paraît *a priori* indiquée. Ce dispositif permet un suivi intensif à domicile de type « hospitalisation à domicile (HAD) », construit avec la personne et ses proches et une équipe pluridisciplinaire. Cette démarche permet d'éviter les hospitalisations sous contrainte et montre la possibilité d'envisager la prise en charge de troubles psychiques autrement que par l'enfermement.

52. Dans le même esprit, le dispositif « Un chez soi d'abord » développé par la Délégation interministérielle à l'hébergement et au logement (Dihal)[85] permet de trouver des réponses aux problèmes auxquels font face des personnes qui cumulent des questions de santé et de précarité sévère. La personne est placée au cœur du dispositif qui valorise l'auto-détermination, tout en assurant un accompagnement pluridisciplinaire. Ce dispositif a permis la création de 3500 logements individuels à travers le territoire et a contribué, au bout de trois

[78] Voir : Dihal et la Fédération des acteurs de la solidarité, *Développer le travail pair dans le champ de la veille sociale, de l'hébergement et du logement*, 2018, document de référence sur le "travail pair" et l'inclusion médico-sociale qui a permis de structurer le statut et l'intervention des pairs aidants en complément du travail social traditionnel.

[79] HAS, Programme pluriannuel « santé mentale et psychiatrie » - Feuille de route 2025, janvier 2025.

[80] Voir la description sur le site du Centre hospitalier Le Vinatier, « Le CAdEO : un dispositif pour réduire le recours aux urgences psychiatriques» : https://www.ch-le-vinatier.fr/actualites-23/le-cadeo-un-dispositif-pour-reduire-le-recours-aux-urgences-psychiatriques-1419.html

[81]Audition du Pr Nicolas Franck, psychiatre, professeur des universités, praticien hospitalier, initiateur du Centre d'accueil, d'évaluation et d'orientation (CAdEO), Centre hospitalier Le Vinatier à Lyon, 7 octobre 2026.

[82] Le Lieu de répit (LDR) "a*ccueille des personnes en situation de crise psychique dans un espace non médicalisé. L'accent est mis sur la qualité de la communication interpersonnelle et sur l'instauration d'une ambiance collective chaleureuse.*" dansLéo Zerbib, Ismaël Bechla, *Lieu de répit. Un espace pour le « soi » dans le champ de la santé mentale,* Dans La politique du Logement d'abord en pratique 2022, Presses de Rhizome.

[83] Audition de Frank Bellivier, psychiatre, ancien délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, 6 octobre 2026.

[84] Voir la description de l'ULICE sur le site de l'AP-HM : https://fr.ap-hm.fr/service/ulice-unite-locale-intervention-crise-evaluation

[85] Voir la description du dispositif : https://www.info.gouv.fr/organisation/delegation-interministerielle-a-l-hebergement-et-a-l-acces-au-logement/une-politique-fondee-sur-les-preuves

ans d'expérimentation, à l'implantation dans les solutions de logement proposées de plus de 90% des personnes concernées, alors que l'on craignait un retour à la rue de ces personnes. Il a par ailleurs favorisé une meilleure coordination entre les acteurs de l'hébergement et du logement, les collectivités locales, l'État, les acteurs de la veille sociale et ceux de la santé. Ce type de dispositif - susceptible de répondre également aux besoins de personnes qui sortent de prison - permet une approche globale santé-social-justice et une meilleure prise en compte des besoins des personnes.

53. Dans le cadre de son avis « Rendre effectif le droit au logement pour tous »[86], la CNCDH avait appelé à un renforcement des moyens accordés à ce dispositif et à un meilleur déploiement à travers le territoire, elle relevait également un besoin de mieux articuler ce projet avec le judiciaire. Les coopérations existantes reposent sur des relations interpersonnelles ou des interventions ponctuelles alors que les sorties d'incarcération restent des périodes de transition critiques face à l'absence de dispositif stabilisé[87]. La CNCDH recommande donc à la Dihal de développer l'articulation entre la justice et le dispositif « Un chez soi d'abord ».

54. Le programme AiLSi (alternative à l'incarcération pour le logement et le suivi intensif)[88] déjà cité, a quant à lui transposé cette logique au judiciaire, en proposant au magistrat une alternative à l'incarcération combinant hébergement et accompagnement médico-social intensif. Les personnes sans domicile souffrant de troubles psychiatriques sont en effet particulièrement exposées à des parcours d'allers-retours entre la rue, l'hôpital et la prison, sans solution durable. Le programme invite les magistrats à renoncer au mandat de dépôt en fournissant des garanties de représentation par l'accès à un logement et un suivi intensif pluridisciplinaire. La genèse de ce projet novateur a été très longue et les financements difficiles à trouver. L'association Médecins du Monde, porteuse du projet, coordonne un consortium d'opérateurs[89] et le financement repose sur un mécanisme financier innovant appelé contrat à impact social (CIS), qui réunit des financeurs publics et privés[90]. Les premiers résultats de l'expérimentation tendent à montrer qu'elle est parvenue à remplir ses objectifs – repérage d'une population cible cachée, construction et validation de projet d'aménagement lors des procédures rapides par la coopération d'acteurs très différents. Si les remontées de terrain sont encourageantes, l'efficacité du programme en termes de réduction du taux de réincarcération des bénéficiaires et réduction globale des coûts par rapport à la réponse pénitentiaire sur une période d'observation de 18 mois, sera connue début 2027. Le projet ne sera pas reconduit, faute d'avoir obtenu les soutiens politiques et financiers nécessaires.

55. L'ensemble de ces démarches témoignent de la possibilité d'assurer un suivi des personnes tout au long de leur parcours et d'éviter un enfermement par défaut qui résulte d'une incapacité à prendre en charge et accompagner des personnes fortement précarisées présentant des troubles psychiques.

---

[86] CNCDH, Avis « Rendre effectif le droit au logement pour tous » (A - 2024 - 3), Assemblée plénière du 28 mars 2024.

[87] Audition de M. Raphaël Bouloudnine, psychiatre de santé publique, coordinateur national du dispositif « Un chez-soi d'abord » à la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), 7 avril 2026.

[88] Thomas Bosetti, psychiatre à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA, AP-HM) de Marseille, coordinateur du projet de recherche-action « Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif » (AiLSi, Médecins du Monde), 24 mars et 10 septembre 2026. Voir aussi la description du programme sur le site de Médecins du Monde : https://www.medecinsdumonde.org/press_release/programme-ailsi-alternative-a-lincarceration-pour-le-logement-et-le-suivi-intensif/

[89] Association de Politique Criminelle Appliquée et de Réinsertion Sociale, Aix Marseille Université, Protisalor Méditerranée, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, Isatis, groupe SOS Solidarité, et Soliha Provence.

[90] Voir la description du CSI sur le site de Médecins du Monde : https://www.medecinsdumonde.org/press_release/programme-ailsi-alternative-a-lincarceration-pour-le-logement-et-le-suivi-intensif/

56. Parmi d'autres initiatives audacieuses inclusives, en marge des circuits traditionnels du soin, et dont les résultats sont prometteurs quand il s'agit d'apporter une réponse sans coercition à des troubles mentaux, on peut aussi citer les groupes d'entendeurs de voix[91] qui s'adressent à toute personne faisant face à des hallucinations auditives. En changeant le regard sur ce phénomène, le fait d'entendre des voix n'est plus perçu comme le syndrome d'une maladie mentale, mais plutôt comme une particularité de la normalité, voire l'opportunité d'un enrichissement personnel pour les personnes qui les vivent. D'autres prises en charge de troubles mentaux s'appuyant sur le principe des groupes de paroles (tels les alcooliques ou les narcotiques anonymes, etc.) ont fait leur preuve et gagneraient à être mieux intégrées dans les politiques publiques de santé mentale.

Recommandation n°7 : La CNCDH recommande de développer des politiques « de rétablissement » (*recovery*) qui permettent aux personnes souffrant de troubles mentaux de rester intégrées dans la société.

[91] Le mouvement des entendeurs de voix (en anglais *Hearing Voices Movement*) a été créé à la fin du XXème siècle par le psychiatre néerlandais Marius Romme. Le principe est fondé sur la conviction que les hallucinations auditives ne constituent pas forcément un trouble mental, en particulier psychotique. Il s'agit d'une expérience humaine pouvant porter un sens lié à l'histoire ou aux épreuves de la personne.

2 – Adapter l'intervention de la justice pénale lorsqu'elle est inévitable

57. Des réponses sanitaires, sociales et médico-sociales peuvent apporter une réponse adaptée et efficace aux troubles mentaux lorsqu'ils conduisent à des comportements infractionnels de faible gravité et sans résultat dommageable. L'intervention de la justice pénale demeure cependant, dans certaines situations, utile et légitime. La CNCDH reste attachée à la notion de responsabilité, notamment pénale : reconnaître une personne responsable de ses actes, c'est la reconnaître comme un sujet de droit, un être libre et volontaire, et non comme un simple objet de soins ou de surveillance. Cependant, la justice pénale doit prendre la pleine mesure des enjeux de santé mentale et les intégrer au traitement judiciaire.

58. Face aux troubles psychiques, le droit pénal distingue trois grandes situations :
    - Lorsque le **discernement de la personne est aboli au moment des faits**, celle–ci n'est pas pénalement responsable (article 122-1, alinéa 1er, du code pénal). Depuis la loi du 25 février 2008, la procédure de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental permet, à l'issue d'un débat contradictoire auquel la partie civile peut prendre part, de constater l'existence de charges matérielles, de déclarer l'irresponsabilité et d'ordonner, le cas échéant, des mesures de sûreté ainsi que l'admission de la personne en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation[92].
    - Lorsque **le discernement est seulement altéré**, la personne « demeure punissable »[93]: le trouble est pris en considération au stade de la peine et la peine privative de liberté encourue est en principe réduite du tiers. La juridiction pénale veille en outre, après avis médical, à ce que la peine prononcée permette au condamné de bénéficier de soins adaptés[94].
    - Enfin, **lorsque le trouble n'affecte pas le discernement**, le droit commun s'applique alors intégralement : les troubles psychiques peuvent toutefois être appréhendés dans le cadre de l'individualisation de la peine[95], à travers notamment l'obligation de soins du sursis probatoire[96] ou l'injonction de soins[97] et ces troubles sont, par défaut, renvoyés à une prise en charge en milieu pénitentiaire.

59. Au-delà de cette appréciation de la gravité du trouble psychique dans l'établissement de la responsabilité pénale, la CNCDH souhaite que les problèmes de santé mentale soient davantage pris en compte au cours de la procédure dans l'appréciation du comportement de l'auteur, et surtout dans une réponse pénale et un traitement procédural adaptés, justes et efficaces.

60. L'appréciation de l'état psychique de la personne mise en cause, et du régime juridique qui lui est applicable, repose sur l'expertise psychiatrique. Le code de procédure pénale ne la rend toutefois obligatoire que dans des cas limités. Elle s'impose, avant tout jugement au fond, aux personnes poursuivies pour l'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 du code de

[92] Loi n° 2008-174 du 25 février *2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental* ; articles 706-119 à 706-140 du code de procédure pénale. Sur cette loi, voir CNCDH, Avis sur le projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental, 7 février 2008.

[93] Article 122-1 alinéa 2 du code pénal.

[94] Article 122-1 du code pénal.

[95] Articles 130-1 et 132-1 du code pénal.

[96] Article 132-45, 3° du code pénal.

[97] Code pénal, article 132-45 (obligation de soins, notamment dans le cadre du sursis probatoire) ; code pénal, article 131-36-4, et code de la santé publique, articles L. 3711-1 et suivants (injonction de soins prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, sous le contrôle d'un médecin coordonnateur), issus de la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 et modifiés par la loi n° 2007-1198 du 10 août 2007.

procédure pénale, notamment les infractions sexuelles, le meurtre ou l'assassinat précédé ou accompagné de tortures ou d'actes de barbarie, et les tortures et actes de barbarie[98]. Elle s'impose aussi aux majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection juridique, afin d'évaluer leur responsabilité pénale au moment des faits[99]. En dehors de ces hypothèses, elle relève de l'appréciation des magistrats, qui peuvent l'ordonner à tout stade de la procédure[100].

61. Surtout, sa fonction est circonscrite : il s'agit essentiellement de déterminer si, au moment des faits, le discernement était aboli ou altéré, c'est-à-dire de trancher la question de la responsabilité. La CNCDH regrette que la santé mentale, au-delà de la question psychiatrique de la responsabilité, ne soit pas un paramètre central du traitement pénal.

62. Pour autant, les principes de nécessité et de proportionnalité des peines, d'individualisation et les fonctions mêmes de cette dernière commandent une réponse qui prenne en considération les troubles psychiques de la personne, les effets qu'ils ont pu avoir sur le parcours délinquant et/ou le passage à l'acte ainsi que sur la capacité à comprendre la procédure comme à exécuter la sanction. Lorsque des faits de faible ou moyenne gravité apparaissent largement déterminés par des troubles psychiques et révèlent une dérive personnelle nourrie par une grande souffrance, la coercition pénale n'est parfois ni la réponse la plus adaptée, ni la plus efficace. Elle peut même se révéler contre-productive, en aggravant les troubles et en précipitant les ruptures de soins, de logement et de droits. A l'instar de la contrainte psychiatrique, la coercition pénale doit demeurer, selon les principes du droit pénal classique, l'*ultima ratio*. Loin d'affaiblir la réponse pénale, cette exigence la rend plus intelligible et efficace pour celui qui la subit, ainsi que pour la société.

63. La CNCDH souhaite en conséquence que la justice pénale développe une prise en compte plus fine et plus continue de la santé mentale des personnes. Celle-ci doit pouvoir fonder des classements sans suite assortis d'une orientation effective vers le soin et de véritables alternatives aux poursuites tournées vers l'accompagnement médico-social et psychologique. À cette fin, elle recommande de consacrer dans la loi une alternative aux poursuites axée sur le soin en santé mentale et l'accompagnement médico-social, sous le contrôle de l'autorité judiciaire (A), de mieux prendre en compte la santé mentale et les troubles psychiques à chaque étape de la procédure pénale (B) et d'engager la réflexion sur une justice résolutive des problèmes (C). Il importe également de construire une culture croisée de la santé mentale et des droits fondamentaux (D).

Inscrire clairement dans la loi une alternative aux poursuites axée sur le soin en santé mentale

64. De nombreuses affaires conduisant des personnes face à des troubles psychiques devant la justice pénale portent sur des infractions de faible gravité, qui traduisent moins un choix de violer la loi pénale qu'une crise, une rupture de soins, une addiction non maîtrisée ou une grande précarité. Le procureur de la République dispose, en vertu de l'article 40-1 du code de procédure pénale, de trois voies : engager des poursuites, mettre en œuvre une procédure alternative aux poursuites ou classer sans suite. Lorsque les personnes souffrant de troubles mentaux, ayant commis des infractions peu graves, sont orientées vers les poursuites, ce sont souvent des procédures rapides (comparution immédiate, ordonnance pénale, comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité) inadaptées à la prise en compte des troubles psychiques. Quant aux classements sans suite motivés par les troubles psychiques de la

[98] Article 706-47-1 du code de procédure pénale. L'expert doit également se prononcer sur l'opportunité d'une injonction de soins.

[99] Article 706-115 du code de procédure pénale. L'article D. 47-22 du même code exclut notamment de cette obligation les alternatives aux poursuites et la composition pénale.

[100] Articles 81 et 156 et suivants du code de procédure pénale.

personne, ils laissent le plus souvent cette dernière sans accompagnement et la victime sans réponse. Le développement des réponses pénales automatisées accentue cette tendance. La CNCDH a d'ailleurs souligné que cette procédure prive le justiciable d'une peine individualisée, tenant compte de sa personnalité et de sa situation[101]. Elle recommandait que le juge puisse substituer à l'amende une orientation vers une structure sanitaire ou sociale, un stage de sensibilisation ou une injonction thérapeutique[102].

Recommandation n°8 : La CNCDH recommande que, lorsque des troubles psychiques sont identifiés ou suspectés, le recours aux procédures rapides et aux réponses pénales automatisées soit écarté au profit d'une réponse individualisée, et que tout classement sans suite motivé par l'état psychique de la personne soit assorti d'une orientation effective vers une structure sanitaire ou sociale, ainsi que d'une information de la victime.

65. Le régime actuel des alternatives aux poursuites, qui pourrait constituer un cadre procédural adapté aux personnes souffrant de troubles psychiques, est insuffisamment développé pour répondre à ces situations. L'article 41-1 du code de procédure pénale permet au procureur de la République, préalablement à sa décision sur l'action publique, directement ou par l'intermédiaire d'un officier de police judiciaire, d'un délégué ou d'un médiateur du procureur, de mettre en œuvre un ensemble de mesures lorsqu'elles sont susceptibles d'assurer la réparation du dommage, de mettre fin au trouble résultant de l'infraction ou de contribuer au reclassement de l'auteur des faits. Parmi elles, figure l'orientation de l'auteur des faits "vers une structure sanitaire, sociale ou professionnelle" (art. 41-1, 2°). En outre, dans le cadre d'une composition pénale, qui suppose la reconnaissance des faits, elle requiert, en principe, la validation d'un juge du siège et est inscrite au casier judiciaire, le procureur peut proposer un stage ou une formation dans un organisme sanitaire ou social ou une injonction thérapeutique (art. 41-2).

66. La CNCDH considère que l'alternative aux poursuites consistant en une orientation vers une structure sanitaire est très insuffisamment développée, tant d'un point de vue normatif que pratique. Si l'article 41-1, 2°, du code de procédure pénale permet déjà en pratique une orientation vers les services de santé mentale, il ne définit pas de cadre spécifique précisant les conditions et les garanties d'une telle orientation. Par conséquent, la CNCDH recommande d'inscrire clairement, à l'article 41-1 du code de procédure pénale, une alternative aux poursuites autonome axée sur le soin en santé mentale et l'accompagnement médico-social. Destinée aux personnes pénalement responsables dont l'infraction, de faible gravité, apparaît causée par des troubles mentaux ou en lien avec ces-derniers, cette mesure devrait présenter les caractéristiques suivantes :
    - la mention expresse des soins en santé mentale et de l'accompagnement médico-social parmi les finalités de l'orientation ;
    - une évaluation préalable des besoins de la personne, réalisée avec son accord par des professionnels de la santé mentale et du secteur médico-social ;
    - le parquet apprécie l'opportunité de l'orientation tandis que les professionnels compétents déterminent, avec les personnes concernées les soins indiqués ;
    - un projet de soins et d'accompagnement élaboré avec la personne et les services appelés à l'accueillir, y compris la mise à disposition d'un logement ;
    - des garanties propres à assurer l'expression d'un consentement libre et éclairé ;
    - une durée limitée et la gratuité de la mesure pour la personne ;
    - la bonne exécution de la mesure, permettant le classement définitif, ne devrait pas dépendre de la disparition du trouble psychique.

[101] CNCDH, communiqué de presse « Généralisation de l'amende forfaitaire délictuelle », 3 octobre 2022.

[102] CNCDH, Avis « Usages de drogues et droits de l'homme », 8 novembre 2016.

67. La réussite d'un tel dispositif suppose une organisation et des moyens :
    - la présence, auprès des parquets, de professionnels de la santé mentale, du soin, de l'écoute et du secteur médico-social,
    - la conclusion de conventions avec les établissements de santé et des associations
    - la formation des magistrats du parquet et des délégués du procureur au repérage des troubles psychiques ;
    - une offre de soins et d'accompagnement effectivement accessible dans des délais compatibles avec la mesure.

Recommandation n°9 : La CNCDH recommande d'inscrire à l'article 41-1 du code de procédure pénale une alternative aux poursuites autonome, axée sur le soin en santé mentale et l'accompagnement médico-social, destinée aux personnes pénalement responsables dont l'infraction, de faible gravité, apparaît liée à des troubles psychiques.

Recommandation n°10 : La CNCDH recommande de réallouer des moyens nécessaires à la mise en œuvre d'une nouvelle alternative aux poursuites autonome : recours aux professionnels de la santé mentale et du secteur médico-social, conventions avec les établissements de santé et les associations, formation des professionnels de la justice de tous niveaux hiérarchiques au repérage des troubles psychiques.

Mieux prendre en compte la santé mentale dans la procédure pénale

68. Le repérage, l'évaluation et la prise en compte du trouble psychique, et, plus largement, des problèmes de santé mentale qui ont pu contribuer à l'entrée dans la délinquance ou au passage à l'acte d'une personne - dont la responsabilité pénale est susceptible d'être engagée -, sont insuffisamment pensés et organisés par la procédure pénale française. Ces sujets sont traités à travers la question de l'abolition ou de l'altération du discernement. Pourtant, indépendamment de l'abolition du discernement - cause d'irresponsabilité pénale -, l'appréciation de la santé mentale éclaire le passage à l'acte, permet d'adopter une réponse judiciaire plus efficace, notamment au regard de la capacité de la personne à comprendre la procédure comme à exécuter la sanction. Une évaluation de la situation psychique et sociale de la personne serait ainsi nécessaire à plusieurs stades de la procédure alors qu'elle n'y est, en l'état du droit, pas organisée. La CNCDH appelle à prendre davantage en compte les questions de santé mentale, dans toute leur complexité, au cours de la procédure pour rechercher concrètement, les mesures les plus ajustées à la situation de la personne afin de favoriser une réinsertion plus rapide et de prévenir la récidive.

La garde à vue

69. La CNCDH regrette une détection bien souvent tardive des troubles psychiques[103]. Cette lacune est particulièrement marquée lorsque le jugement n'est pas précédé d'une instruction, notamment dans les enquêtes de flagrance qui débouchent sur une comparution immédiate. Les policiers et les gendarmes peuvent en effet éprouver des difficultés à identifier les troubles. L'examen médical réalisé pendant la garde à vue, dont l'objet est en principe limité - apprécier

[103] Audition Cécile Pendaries, magistrate, ancienne présidente de chambre correctionnelle au tribunal judiciaire de Marseille, en poste à la cour d'appel d'Aix-en-Provence, 7 octobre 2026

la compatibilité de l'état de santé de la personne avec la mesure elle-même[104] -, demeure sommaire. Le tribunal ne dispose alors que de peu d'éléments pour apprécier l'état psychique du prévenu. Certains certificats médicaux se prononcent aussi, de manière expéditive, sur la responsabilité pénale de la personne ou sur son « accessibilité » à la sanction[105]. Cette pratique revient à une « expertise dégradée »[106] : un examen rapide, réalisé dans des conditions inadaptées, susceptible de devenir le seul élément médical dont dispose le tribunal en comparution immédiate. La CNCDH met en garde contre ces pratiques, qui s'expliquent en partie par la pénurie de psychiatres disponibles pour réaliser des expertises, mais aussi et surtout par la rapidité de la procédure et par la formation insuffisante des enquêteurs aux troubles psychiques, alors que la question se pose souvent dès l'interpellation ou la garde à vue. Elle conduit à une réponse judiciaire inadaptée, tant pour la personne elle-même que pour la sécurité publique.

70. Nombre de personnes présentées à la justice ne relèvent pas d'une pathologie psychiatrique caractérisée, mais de troubles psychiques liés à la précarité, aux accidents de la vie, aux traumatismes ou aux consommations de substances psychoactives, qui n'en affecte pas moins leur pleine capacité à répondre de leurs actes, comprendre la procédure et à respecter les obligations qui leur seront imposées. Le risque qu'elles présentent pour elles-mêmes est tout aussi préoccupant : près d'un tiers des personnes entrant en détention présentent un risque suicidaire. Conformément à l'approche retenue par le présent avis, qui s'intéresse à la santé mentale au-delà des seuls troubles psychiatriques, la CNCDH recommande de renforcer l'évaluation des besoins psychiques de la personne mise en cause dès la garde à vue ou l'audition libre. Cette évaluation serait conduite avec l'accord ou à la demande de la personne par un professionnel de santé mentale : psychologue, infirmier formé à la psychiatrie ou médecin, notamment légiste[107]. Il ne s'agirait pas de réaliser une expertise psychiatrique au sens strict. L'objectif serait d'identifier les vulnérabilités de la personne et ses besoins en matière de soins, de logement et d'accompagnement. À cette fin, il convient de favoriser la possibilité de consulter un professionnel de santé mentale ou, à tout le moins, d'assurer la présence d'un agent spécifiquement formé à la santé mentale dans chaque commissariat, brigade de gendarmerie ou unité médico-judiciaire, et de graduer les évaluations psychiques en fonction des besoins[108]. Alors que certaines personnes dissimulent leurs troubles mentaux par crainte de la stigmatisation, une telle démarche pourrait libérer la parole : le trouble peut être évoqué dès lors que la personne comprend que cette évocation lui ouvre l'accès à des solutions adaptées, et non à une aggravation de la réponse pénale.

Recommandation n°11 : Dans le cadre de la garde à vue d'une personne présentant des signes de troubles psychiques, la CNCDH recommande d'offrir la possibilité à cette personne ou à son avocat, de demander un examen psychologique ou psychiatrique.

Recommandation n°12 : La CNCDH recommande que, lorsqu'une altération du discernement est suspectée chez la personne gardée à vue, la procédure de

[104] Audition de Pauline Rhenter, sociologue et avocate au barreau de Marseille, 28 septembre et 6 octobre 2026.

[105] Id.

[106] Id.

[107] Thomas Bosetti, psychiatre à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA, AP-HM) de Marseille, coordinateur du projet de recherche-action « Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif » (AiLSi, Médecins du Monde), 24 mars et 10 septembre 2026.

[108] Assemblée nationale, rapport d'information n° 1701, précité, préconisations n° 4 et 6 ; voir également les préconisations n° 2 et 3, relatives à la revalorisation et à la gradation des expertises.

comparution immédiate soit écartée au profit d'une voie permettant l'évaluation de sa situation psychologique ou psychiatrique.

Recommandation n°13 : La CNCDH recommande de garantir la présence d'un personnel spécifiquement formé aux problématiques de santé mentale, dans chaque commissariat, brigade de gendarmerie ou unité médico-judiciaire.

La comparution immédiate

71. Dans le cadre de la comparution immédiate, l'enquête sociale rapide (ESR) vise à recueillir, dans un délai très bref, des éléments sur la situation matérielle, familiale et sociale de la personne déférée (logement, emploi, ressources, liens familiaux), afin d'éclairer le magistrat avant sa décision.

72. Elle constitue souvent le seul élément d'information sur la personne dont dispose le tribunal. La CNCDH relève toutefois que ces enquêtes ne sont pas conçues pour appréhender la santé mentale. En l'état, les enquêteurs ne sont pas formés au repérage des troubles psychiques ; les personnes, par crainte de la stigmatisation, tendent à dissimuler leurs difficultés ; et lorsque la personne n'est pas en mesure de dialoguer, les enquêteurs ne peuvent solliciter l'avis des professionnels qui la suivent, faute de cadre permettant de concilier cette démarche avec le secret médical[109].

73. La CNCDH estime en conséquence que l'enquête sociale rapide doit être enrichie d'une dimension psychologique et sanitaire. Cette évaluation ne se substituerait ni à l'expertise psychiatrique, qui demeure nécessaire pour apprécier la responsabilité pénale, ni à la décision du magistrat. Elle viserait à éclairer celui-ci, au moment où il statue, sur la situation globale de la personne et sur les réponses susceptibles d'éviter une incarcération par défaut. La question déterminante pour le juge est moins de connaître un diagnostic que de savoir si la personne est en capacité de respecter le cadre qui lui sera imposé, et comment l'adapter à sa situation[4].

74. La CNCDH estime également nécessaire de repenser la finalité de l'audience de comparution immédiate à l'égard des personnes présentant des troubles psychiques, afin qu'elle devienne un moment d'orientation plutôt qu'une voie d'incarcération par défaut. À cette audience, le tribunal confronté à une personne souffrant de troubles sévères et dépourvue de domicile n'a souvent le choix qu'entre une remise en liberté sans aucune solution et un placement en détention, vers lequel l'absence de domicile et de garanties de représentation fait le plus souvent pencher la décision.

75. Le modèle d'alternative à l'incarcération immédiate, qui a été expérimenté dans le cadre du programme AiLSi à Marseille (voir *supra*, § 54), permet d'offrir au tribunal une troisième voie, crédible et immédiatement disponible : un toit, une équipe, un suivi. Cette expérimentation marseillaise s'adresse aux personnes présentant des troubles psychiques sans pour autant être considérés comme irresponsables pénalement, le plus souvent confrontées à la grande précarité et à l'absence de logement, déférées devant le tribunal judiciaire en vue d'une comparution immédiate. Son principe est d'intervenir avant que le tribunal ne décide de l'incarcération : l'équipe du programme présente au magistrat un projet d'alternative comportant une solution immédiate de logement, par intermédiation locative et sans condition préalable de traitement ou d'abstinence, ainsi qu'un suivi intensif pluridisciplinaire au domicile, orienté vers le rétablissement. La personne peut alors bénéficier d'un renvoi d'audience assorti d'un contrôle judiciaire, plutôt que d'un placement en détention provisoire, et être accompagnée pendant les trois mois que dure la réalisation de l'expertise sur sa responsabilité

[109] Thomas Bosetti, psychiatre à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA, AP-HM) de Marseille, coordinateur du projet de recherche-action « Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif » (AiLSi, Médecins du Monde), 24 mars et 10 septembre 2026.

pénale. Selon les acteurs entendus, environ 80 % des préconisations de l'équipe ont été suivies d'une alternative au mandat de dépôt, et les magistrats se sont volontiers approprié le dispositif et les méthodes nouvelles qu'il implique, qui répondaient manifestement à une attente[110]. Le programme fait l'objet d'une évaluation scientifique exigeante[111]. Malgré ses premiers succès, ce programme n'a pas été reconduit. Pourtant, en évitant des incarcérations, ce dispositif a également l'avantage de contribuer à réduire la surpopulation carcérale. La CNCDH recommande de s'appuyer sur les résultats de l'évaluation pour implanter ce type de dispositif dans d'autres tribunaux judiciaires et envisager, à terme, sa généralisation.

Recommandation n°14 : La CNCDH recommande, dans le cadre de la procédure de comparution immédiate, d'enrichir les enquêtes sociales rapides d'une évaluation psychologique et médico-sociale.

Recommandation n°15 : La CNCDH recommande de faire de l'audience de comparution immédiate, pour les personnes présentant des troubles psychiques, un moment d'orientation plutôt qu'une voie d'incarcération par défaut, en mettant à la disposition des juridictions des alternatives à la détention immédiatement mobilisables, associant une solution de logement et un suivi pluridisciplinaire.

Recommandation n°16 : La CNCDH recommande la pérennisation et le déploiement sur tout le territoire des expérimentations alternatives à l'incarcération pour le logement et le suivi intensif (AiLSi).

La condamnation et la détention

76. L'absence de domicile pèse sur les décisions judiciaires : les personnes jugées en comparution immédiate qui présentent des troubles psychiques sévères sont plus fréquemment placées en détention en raison même de leur absence de domicile[112]. Les aménagements de peine supposent un lieu d'assignation et l'accord de son responsable ; les personnes sans domiciliation, qui alternent entre foyer, prison et rue sont celles qui sont le plus privées de leurs droits, et certaines, en situation d'errance, finissent par faire l'objet d'un mandat d'arrêt faute de pouvoir respecter leurs obligations[113]. Près d'une personne sortant de prison sur dix était sans domicile fixe[114], et nombre d'entre elles sortent de détention « *sans ressources, sans logement et sans accompagnement structuré* »[115] ; au-delà de six mois d'incarcération, le maintien du logement des personnes accompagnées relève d'une

[110] Thomas Bosetti, psychiatre à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA, AP-HM) de Marseille, coordinateur du projet de recherche-action « Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif » (AiLSi, Médecins du Monde), 24 mars et 10 septembre 2026 et audition Cécile Pendaries, magistrate, ancienne présidente de chambre correctionnelle au tribunal judiciaire de Marseille, en poste à la cour d'appel d'Aix-en-Provence, 7 octobre 2026

[111] Voir *supra*, § 34 et la note afférente sur le contrat à impact social ; Thomas Bosetti, psychiatre à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA, AP-HM) de Marseille, coordinateur du projet de recherche-action « Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif » (AiLSi, Médecins du Monde), 24 mars et 10 septembre 2026.

[112] Thomas Bosetti, psychiatre à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA, AP-HM) de Marseille, coordinateur du projet de recherche-action « Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif » (AiLSi, Médecins du Monde), 24 mars et 10 septembre 2026.

[113] Audition de Mme Solène Zukgraf, juge de l'application des peines au tribunal judiciaire de Marseille, 28 septembre 2026.

[114] Assemblée nationale, Rapport d'information n° 1701, *op. cit.* p. 55 et 56.

[115] Audition de M. Raphaël Bouloudnine, psychiatre de santé publique, coordinateur national du dispositif « Un chez-soi d'abord » à la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), 7 avril 2026.

appréciation au cas par cas[116]. Un cercle vicieux s'installe ainsi : l'absence de logement favorise l'incarcération, et l'incarcération fait perdre le logement.

Recommandation n° 17 : La CNCDH recommande que l'absence de domicile ne puisse, à elle seule, conduire à un placement en détention ou faire obstacle à un aménagement de peine. À cette fin, elle recommande de développer, en lien avec les juridictions, des solutions d'hébergement et de logement accompagné mobilisables dans des délais compatibles avec la procédure, de garantir le maintien du logement des personnes pendant une incarcération.

77. Au stade de l'exécution des peines, la CNCDH appelle à ce que celle-ci soit davantage adaptée aux besoins des personnes présentant des troubles psychiques[117]. La CNCDH recommande d'étoffer le placement à l'extérieur (de la prison) des personnes sous écrou, qui permet d'ores et déjà d'exécuter une peine privative de liberté dans les structures extérieures conventionnées avec l'administration pénitentiaire[118]. Il serait envisageable d'en élargir l'usage, d'abord à des structures de soins psychiques, puis surtout à des structures médico-sociales, voire sociales. Le principal frein n'est donc pas juridique : il tient à la disponibilité des structures, aux moyens et aux conventions entre les partenaires[119]. La CNCDH, afin de dépasser ces difficultés et d'assurer une coordination et une communication efficace entre deux univers auparavant bien distincts, recommande l'usage de conventions précisant les responsabilités de chacun ainsi que les modalités de signalement et les seuils de réaction avant une éventuelle sanction.

Recommandation n°18 : La CNCDH recommande d'élargir le placement à l'extérieur aux structures de soins psychiques, médico-sociales et sociales, et de le doter des moyens nécessaires. Elle recommande que ce placement repose sur des conventions locales entre l'administration pénitentiaire, les juridictions et les structures d'accueil, précisant les responsabilités de chacun, les modalités de partage d'information dans le respect du secret médical, ainsi que les modalités de signalement et les seuils de réaction avant toute sanction.

78. Au-delà du seul droit pénal, les ressources du droit civil des personnes et du droit de la santé doivent être mobilisées par les acteurs pénaux. Face au risque et dans l'urgence, c'est le droit pénal qui s'applique le plus souvent, par défaut. Le droit des personnes protégées (tutelle, curatelle et sauvegarde de justice[120]) offre pourtant des cadres et des leviers d'action adaptés et complémentaires à nombre de ces situations. Par exemple, la sauvegarde de justice, mesure souple et temporaire, peut résulter d'une simple déclaration adressée au procureur de la République par le médecin qui constate que la personne qu'il soigne a besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile[121]. La curatelle, la tutelle et l'habilitation familiale

[116] Id.

[117] Audition de Mme Solène Zukgraf, juge de l'application des peines au tribunal judiciaire de Marseille, 28 septembre 2026.

[118] Articles 132-25 et 132-26 du code pénal ; article 723 du code de procédure pénale.

[119] Audition de Mme Solène Zukgraf, juge de l'application des peines au tribunal judiciaire de Marseille, 28 septembre 2026.

[120] Articles 425 et 428 du code civil.

[121] Articles 433 et 434 du code civil ; article L. 3211-6 du code de la santé publique.

permettent d'assister ou de représenter la personne et de sécuriser la gestion de ses ressources. La loi impose en outre de conserver à la disposition de la personne protégée son logement aussi longtemps qu'il est possible[122]. Le droit de la santé pose le principe des soins librement consentis et permet à toute personne de désigner une personne de confiance pour l'accompagner dans ses démarches[123]. Ces dispositions demeurent mal articulées avec celles de la procédure pénale. Certes le code de procédure pénale, dans son titre XXVII, organise des garanties propres aux majeurs protégés mais sans prévoir de vérification systématique de l'existence de cette protection. Surtout, la procédure pénale devrait davantage être considérée comme un moment pertinent pour déclencher une protection civile quand elle fait défaut. Ces passerelles entre droit civil, droit de la santé et droit pénal demeurent très inégalement empruntées et doivent être développées.

Penser à une justice résolutive des problèmes

79. La CNCDH recommande aux pouvoirs publics d'examiner ce qui s'est fait dans d'autres pays et de bousculer les pratiques et certitudes pour avancer vers de nouvelles solutions audacieuses. Il s'agirait par conséquent d'ouvrir une réflexion sur le modèle des juridictions dites « résolutives de problèmes » ou « juridiction thérapeutiques » qui proposent une démarche renouvelée de la réponse judiciaire. Dans ce cas, le juge ne se borne pas à sanctionner l'infraction mais s'attache également, avec une équipe pluridisciplinaire, à traiter le problème qui en est à l'origine - addiction, trouble psychique, absence de logement -, en suivant personnellement la personne, au fil d'audiences régulières, pendant plusieurs mois[124]. La CNCDH estime que cette justice résolutive des problèmes, qui peut avoir un impact intrusif sur la vie privée, doit être construite en respect des droits des personnes[125].

Recommandation n°19 : La CNCDH recommande de mener une réflexion sur le modèle de justice résolutive de problèmes déjà développé dans plusieurs pays.

Construire une culture croisée de la santé mentale et des droits fondamentaux

Lutter contre les préjugés relatifs à la santé mentale

80. Alors que la santé mentale a été érigée en grande cause nationale pour l'année 2025, puis prolongée en 2026[126], la CNCDH relève un déficit persistant de culture de la santé mentale - dans sa dimension positive comme dans sa dimension négative (voir *supra*, § 5) - dans les mondes judiciaire, policier et de la sécurité, mais aussi, à certains égards, au sein même du monde du soin. Une telle culture ne se décrète pas : elle passe par la formation et la

[122] Article 426 du code civil.

[123] Articles L. 3211-2 et L. 1111-6 du code de la santé publique.

[124] M. Herzog-Evans, J.-P. Couteron, J.-P. Vicentini, *Les conditions scientifiques de l'efficacité des juridictions résolutives de problèmes pour la prise en charge des délinquants souffrant de toxicomanie : enjeux et réponses*, École nationale de la magistrature et Mildeca ; A. Jaimes, A. Crocker, É. Bédard, D. L. Ambrosini, « Les Tribunaux de santé mentale : déjudiciarisation et jurisprudence thérapeutique », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 2, 2009, p. 171-197

[125] Elle doit notamment garantir : 1) le caractère volontaire de la participation, fondé sur un consentement libre et éclairé, recueilli avec l'assistance d'un avocat, renouvelé aux étapes importantes du parcours et révocable 2) la proportionnalité du suivi 3) le refus de principe de punir la maladie. Voir sur les conditions d'efficacité de ces juridictions : M. Herzog-Evans, J.-P. Couteron, J.-P. Vicentini précité.

[126] Premier ministre, communiqué de presse « Le Gouvernement prolonge en 2026 la Grande cause nationale dédiée à la santé mentale », 27 novembre 2025.

sensibilisation des professionnels, par la prise en compte effective de la santé mentale dans leurs pratiques et par leur adhésion. Or chaque professionnel appréhende aujourd'hui une même situation à travers un prisme qui lui est propre[127], ce qui nourrit un renvoi permanent de responsabilité, et nombre d'entre eux ne savent pas comment identifier ni aborder les personnes présentant des troubles psychiques.

81. La maladie mentale demeure associée, dans les représentations collectives, à l'imprévisibilité et à la dangerosité ; elle suscite une peur ancienne, à laquelle l'histoire a longtemps répondu par l'enfermement. Cette peur se nourrit de l'ignorance : moins le sujet est évoqué, plus les préjugés perdurent. Elle tend à privilégier la privation de liberté d'aller et venir, à l'hôpital comme en prison, parce qu'elle rassure[128]. Elle imprègne enfin les pratiques professionnelles : faute de formation, des agents de sécurité abordent ces situations avec une appréhension qui peut ajouter au stress de la personne et provoquer l'escalade[129], et la stigmatisation demeure présente jusque chez les soignants[130]. Les données disponibles démentent pourtant l'association entre troubles psychiques et dangerosité : neuf personnes vivant avec une schizophrénie sur dix n'ont jamais commis d'acte violent, et la part des actes de violence imputable à ces personnes est estimée entre 3 et 5 %[131].

82. Ces préjugés tenaces que certains pays, à l'instar du Canada, ont déjà désamorcés par la mise en place d'approches combinées psychosociales innovantes, ont des effets directs sur les personnes concernées. Par crainte d'être stigmatisées, nombre d'entre elles taisent leurs troubles, y compris lorsqu'elles sont présentées à la justice, ce qui fait obstacle à leur repérage et à leur orientation vers une prise en charge adaptée ; elles cessent de les dissimuler lorsqu'un accompagnement inclusif leur est proposé[132]. Constamment renvoyées à leur statut de malade, elles subissent une exclusion sociale dont l'effet délétère est de les éloigner davantage encore du soin[133]. Dès lors qu'une personne est porteuse d'une pathologie psychique, elle accède plus difficilement à un certain nombre de droits[134], et ce que certains acteurs désignent comme un « casier psychiatrique » continue de peser sur son parcours des années après une déclaration d'irresponsabilité pénale[135]. La CNCDH estime que rompre ce

[127] Thomas Bosetti, psychiatre à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA, AP-HM) de Marseille, coordinateur du projet de recherche-action « Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif » (AiLSi, Médecins du Monde), 24 mars et 10 septembre 2026.

[128] Audition du Pr Nicolas Franck, psychiatre, professeur des universités, praticien hospitalier, initiateur du Centre d'accueil, d'évaluation et d'orientation (CAdEO), Centre hospitalier Le Vinatier à Lyon, 7 octobre 2026.

[129] Audition conjointe de Didier Robidoux, directeur de la sûreté du groupe RATP, de M. Marc Lajus, responsable du centre de formation professionnelle de la sûreté de la RATP et d'Emmanuel Briquet, chargé de la doctrine et des aspects juridiques, 21 septembre 2026.

[130] Audition de Pauline Rhenter, sociologue et avocate au barreau de Marseille, 28 septembre et 6 octobre 2026.

[131] Haute Autorité de santé, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur*, synthèse bibliographique pour l'audition publique, décembre 2010, p. 23.

[132] Thomas Bosetti, psychiatre à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA, AP-HM) de Marseille, coordinateur du projet de recherche-action « Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif » (AiLSi, Médecins du Monde), 24 mars et 10 septembre 2026.

[133] Audition de Emma Beetlestone, psychiatre, praticienne hospitalière, unité locale d'intervention de crise et d'évaluation (ULICE), Assistance publique – Hôpitaux de Marseille, 6 octobre 2026.

[134] Audition de Frank Bellivier, psychiatre, ancien délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, 6 octobre 2026.

[135] Audition de Pauline Rhenter, sociologue et avocate au barreau de Marseille, 28 septembre et 6 octobre 2026.Les décisions de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental peuvent être inscrites au casier judiciaire (article 768 du code de procédure pénale) et donner lieu à des mesures de sûreté (article 706-136 du même code).

cercle suppose un travail de pédagogie publique fondé sur les données scientifiques et une évolution des représentations au sein même des professions concernées.

Recommandation n°20 : La CNCDH recommande de conduire des actions durables de formation des professionnels et du grand public, fondées sur les données scientifiques, afin de déconstruire l'association entre troubles psychiques et dangerosité, en y associant les personnes concernées par des troubles de santé mentale.

Recommandation n°21 : La CNCDH recommande d'intégrer la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques dans la formation initiale et continue de l'ensemble des professionnels appelés à intervenir auprès des personnes souffrant de troubles psychiques, y compris les professionnels de santé.

83. De leur côté, les services de police et de sécurité ne disposent encore que de connaissances souvent insuffisantes en matière de troubles psychiques. Les agents de sûreté de la RATP par exemple n'ont bénéficié, jusqu'à présent, que de quelques heures de sensibilisation, les invitant pour l'essentiel à s'en remettre à des personnels mieux formés. Le développement du « continuum de sécurité », avec l'essor des polices municipales et de la sécurité privée, a sans doute occulté la question des troubles psychiques[136]. Les commissariats ne disposent pas, quant à eux, d'un appui psychiatrique/psychologique permettant de faire examiner rapidement les personnes interpellées[137].

Recommandation n°22 : La CNCDH recommande d'intégrer pleinement la question des troubles psychiques au *continuum* de sécurité, en dotant la police et la gendarmerie nationales et les agents de sûreté d'une doctrine commune d'intervention face aux personnes en crise psychique, élaborée avec des professionnels de santé mentale et fondée sur le repérage sans stigmatisation, la désescalade et l'orientation vers les relais sanitaires et sociaux.

84. La CNCDH rappelle, à cet égard, que dans l'approche psychothérapeutique comme dans l'intervention de crise, la parole, l'écoute et le lien social constituent en elles-mêmes un acte de soin et un puissant facteur d'apaisement, individuel autant que social : nombre de situations de tension se dénouent par un entretien conduit avec tact, là où le recours précipité à la contrainte les aggrave.

85. L'autorité judiciaire connaît elle aussi des carences en matière de formation et de connaissance des troubles psychiques. Comme dans l'ensemble de la société, les représentations anciennes de la dangerosité demeurent prégnantes chez les magistrats comme chez les avocats, et la littérature scientifique consacrée au *rétablissement* y est largement méconnue[138]. Les juges n'ont pas toujours le temps ni la conscience de la nécessité d'identifier les ressources de leur territoire et ne sont pas toujours invités à participer aux

[136] Audition conjointe de Didier Robidoux, directeur de la sûreté du groupe RATP, de M. Marc Lajus, responsable du centre de formation professionnelle de la sûreté de la RATP et d'Emmanuel Briquet, chargé de la doctrine et des aspects juridiques, 21 septembre 2026.

[137] Audition Cécile Pendaries, magistrate, ancienne présidente de chambre correctionnelle au tribunal judiciaire de Marseille, en poste à la cour d'appel d'Aix-en-Provence, 7 octobre 2026

[138] Audition de Pauline Rhenter, sociologue et avocate au barreau de Marseille, 28 septembre et 6 octobre 2026. Aux termes de l'article 63-3 du code de procédure pénale, le médecin qui examine la personne gardée à vue se prononce sur son aptitude au maintien en garde à vue.

conseils locaux de santé mentale[139]. Si les connaissances se développent sur les différentes formes de troubles psychiques, les derniers travaux scientifiques sur les traitements et les solutions ne sont pas toujours connus.

86. Le monde du soin n'est pas exempt de ces difficultés et le lien entre droits humains et soin demeure fragile. Les pratiques d'isolement et de contention perdurent[140] ; elles relèvent avant tout de l'habitude et de pratiques propres à certains professionnels ou établissements[141]. Les médecins, au-delà des questions de déontologie, sont aussi invités à développer leurs connaissances juridiques, notamment sur les principes de l'État de droit et sur les droits et libertés fondamentaux. Aujourd'hui cette absence de culture commune a des conséquences directes sur les droits. Dans les cas les plus extrêmes, certaines personnes détenues hospitalisées sans leur consentement demandent à retourner en détention, où elles ressentent une restriction moindre de leurs libertés[142]. Les personnes détenues ou déclarées pénalement irresponsables sont d'ailleurs nettement plus souvent placées à l'isolement que les autres patients hospitalisés sans consentement[143].

Sensibiliser, former, décloisonner

87. Les acteurs de terrain au contact du public « à risque », susceptibles de faire l'objet d'une procédure judiciaire, sont nombreux et divers : policiers municipaux, personnels des centres sociaux, bénévoles associatifs, enseignants, notamment. Des efforts ont déjà été engagés pour améliorer leur prise en compte des troubles psychiques. S'agissant des magistrats, des stages en milieu hospitalier et des formations communes, dès le début des parcours professionnels, permettraient de créer une culture du dialogue entre les acteurs. La formation des policiers et des gendarmes au repérage des troubles et aux techniques de désescalade constitue un autre levier[144]. Il convient de mieux former les magistrats et les acteurs judiciaires aux troubles psychiques et de généraliser les formations communes[145] et réciproques entre médecins et magistrats[146].

[139] Audition de Mme Solène Zukgraf, juge de l'application des peines au tribunal judiciaire de Marseille, 28 septembre 2026.

[140] E. Touitou-Burckard, C. Gandré, M. Coldefy et al., « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements », *in* Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 286, février 2024 ; C. Gandré, S. Saetta, E. Touitou-Burckard, M. Coldefy et al., « Isolement et contention en psychiatrie : pourquoi de telles différences entre établissements ? », *in* Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 306, mars 2026.

[141] Audition de Frank Bellivier, psychiatre, ancien délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, 6 octobre 2026.

[142] Audition de Pauline Rhenter, sociologue et avocate au barreau de Marseille, 28 septembre et 6 octobre 2026.

[143] Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 286, précité : en 2022, les personnes détenues représentaient 6,4 % des séjours comportant une mesure d'isolement, contre 1,4 % des autres séjours ; voir aussi *Questions d'économie de la santé*, n° 306, précité.

[144] Audition Cécile Pendaries, magistrate, ancienne présidente de chambre correctionnelle au tribunal judiciaire de Marseille, en poste à la cour d'appel d'Aix-en-Provence, 7 octobre 2026. La CNCDH a recommandé de développer les techniques de médiation et de gestion des tensions dans la formation des forces de l'ordre : CNCDH, Avis sur les rapports police populatin : rétablir la confiance entre la police et la population, A-2021-2, 11 février 2021.

[145] Assemblée nationale, rapport d'information n° 1701, précité, préconisations n° 7 et 100.

[146] CNCDH, Avis sur les premiers effets de la réforme des soins psychiatriques sans consentement sur les droits des malades mentaux, 22 mars 2012, § 16.

88. La CNCDH recommande d'étendre les formations aux premiers secours en santé mentale à l'ensemble des professions clés, puis à tous les citoyens[147]. La semaine d'information à la santé mentale (SISM) représente une première avancée en ce sens.

89. L'apaisement et la désescalade ne sont pas réservés aux forces de l'ordre, à la justice, et à la médecine. Dans une situation de crise, la parole et l'écoute constituent en elles-mêmes un acte de soin et un puissant facteur d'apaisement individuel autant que social : nombre de situations de tension se dénouent par un entretien conduit avec tact, là où le recours précipité et insuffisamment réfléchi à la contrainte les aggrave[148]. Cette fonction d'écoute, de médiation et de mise en relation devient le projet de nouveaux métiers situés à l'interface du soin, du social et de la vie quotidienne, tels que les médiateurs en santé et les travailleurs pairs[149].

90. Pour le conforter, la CNCDH recommande le développement de dispositifs émergents de « prescription sociale », qui oriente et accompagne la personne, avec son accord, vers des ressources non médicales de son territoire - activité physique adaptée, pratiques culturelles et artistiques, entraide associative, lutte contre l'isolement - afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé mentale[150].

Recommandation n°23 : La CNCDH recommande que dans les formations initiales de l'ensemble des professionnels susceptibles d'être confrontés à des personnes souffrant de troubles psychiques — magistrats, avocats, policiers et gendarmes, agents de sûreté, travailleurs sociaux, soignants, personnels pénitentiaires — figure une approche de la santé mentale centrée sur le repérage sans stigmatisation. Elle recommande également de doter la pair-aidance professionnelle d'un cadre réglementaire et d'associer les personnes concernées à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques de santé mentale.

[147] Voir "Recommandation n° 6 : Étendre les formations aux premiers secours en santé mentale à toutes les professions clés puis à l'ensemble des citoyens (ministères concernés)", Sénat, rapport d'information n° 787 (2024-2025), précité.

[148] Voir, en ce sens, Haute Autorité de santé, *Isolement et contention en psychiatrie générale*, recommandation de bonne pratique, février 2017 : la prévention des moments de violence demeure « de loin la meilleure réponse », et la formation des équipes aux techniques de désescalade ainsi que l'aménagement d'espaces d'apaisement doivent précéder tout recours à l'isolement ou à la contention, pratiques de dernier recours (article L. 3222-5-1 du code de la santé publique).

[149] Audition de Frank Bellivier, psychiatre, ancien délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, 6 octobre 2026.

[150] Audition de Pauline Rhenter, sociologue et avocate au barreau de Marseille, 28 septembre et 6 octobre 2026.

Recommandations

Recommandation n°1 : La CNCDH recommande de passer d'une logique d'expérimentation des dispositifs de prise en charge des troubles psychiques à une logique de déploiement national avec des moyens pérennes et une adaptation aux spécificités territoriales.

Recommandation n°2 : La CNCDH recommande que la nouvelle délégation interministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, créée par le décret du 28 septembre 2026, soit chargée de la coordination et de la mise en œuvre d'une stratégie nationale et pluriannuelle, nourrie de l'expérience d'acteurs complémentaires, dont les personnes concernées par des troubles psychiatriques.

Recommandation n°3 : La CNCDH recommande que la stratégie nationale interministérielle ne repose pas uniquement sur la multiplication de dispositifs expérimentaux ou d'appels à projets successifs, mais sur des dispositifs pérennes, évalués et intégrés au droit commun.

Recommandation n°4 : La CNCDH recommande de s'appuyer sur les expérimentations locales, d'en évaluer les résultats et d'en proposer un déploiement national adapté aux spécificités de chaque territoire, qu'il soit urbain, rural, hexagonal ou ultramarin.

Recommandation n°5 : La CNCDH invite les élus locaux à créer des conseils locaux de santé mentale (CLSM) sur leur territoire afin d'assurer une meilleure couverture des besoins sur tout le territoire national. Elle recommande aux pouvoir publics de soutenir financièrement et administrativement la création de ces CLSM.

Recommandation n°6 : La CNCDH recommande que soient encouragées les initiatives qui tendent à faire travailler les professionnels du soin et travailleurs sociaux en collaboration étroite avec les pairs-aidants qui disposent d'une expérience et d'une compréhension inédites à partir de leur propre expérience de troubles mentaux.

Recommandation n°7 : La CNCDH recommande de développer des politiques « de rétablissement » (*recovery*) qui permettent aux personnes souffrant de troubles mentaux de rester intégrées dans la société.

Recommandation n°8 : La CNCDH recommande que, lorsque des troubles psychiques sont identifiés ou suspectés, le recours aux procédures rapides et aux réponses pénales automatisées soit écarté au profit d'une réponse individualisée, et que tout classement sans suite motivé par l'état psychique de la personne soit assorti d'une orientation effective vers une structure sanitaire ou sociale, ainsi que d'une information de la victime.

Recommandation n°9 : La CNCDH recommande d'inscrire à l'article 41-1 du code de procédure pénale une alternative aux poursuites autonome, axée sur le soin en santé mentale et l'accompagnement médico-social, destinée aux personnes pénalement responsables dont l'infraction, de faible gravité, apparaît liée à des troubles psychiques.

Recommandation n°10 : La CNCDH recommande de réallouer des moyens nécessaires à la mise en œuvre d'une nouvelle alternative aux poursuites autonome : recours aux professionnels de la santé mentale et du secteur médico-social, conventions avec les établissements de santé

et les associations, formation des professionnels de la justice de tous niveaux hiérarchiques au repérage des troubles psychiques.

Recommandation n°11 : Dans le cadre de la garde à vue d'une personne présentant des signes de troubles psychiques, la CNCDH recommande d'offrir la possibilité à cette personne ou à son avocat, de demander un examen psychologique ou psychiatrique.

Recommandation n°12 : La CNCDH recommande que, lorsqu'une altération du discernement est suspectée chez la personne gardée à vue, la procédure de comparution immédiate soit écartée au profit d'une voie permettant l'évaluation de sa situation psychologique ou psychiatrique.

Recommandation n°13 : La CNCDH recommande de garantir la présence d'un personnel spécifiquement formé aux problématiques de santé mentale, dans chaque commissariat, brigade de gendarmerie ou unité médico-judiciaire.

Recommandation n°14 : La CNCDH recommande, dans le cadre de la procédure de comparution immédiate, d'enrichir les enquêtes sociales rapides d'une évaluation psychologique et médico-sociale.

Recommandation n°15 : La CNCDH recommande de faire de l'audience de comparution immédiate, pour les personnes présentant des troubles psychiques, un moment d'orientation plutôt qu'une voie d'incarcération par défaut, en mettant à la disposition des juridictions des alternatives à la détention immédiatement mobilisables, associant une solution de logement et un suivi pluridisciplinaire.

Recommandation n°16 : La CNCDH recommande la pérennisation et le déploiement sur tout le territoire des expérimentations alternatives à l'incarcération pour le logement et le suivi intensif (AiLSi).

Recommandation n° 17 : La CNCDH recommande que l'absence de domicile ne puisse, à elle seule, conduire à un placement en détention ou faire obstacle à un aménagement de peine. À cette fin, elle recommande de développer, en lien avec les juridictions, des solutions d'hébergement et de logement accompagné mobilisables dans des délais compatibles avec la procédure, de garantir le maintien du logement des personnes pendant une incarcération.

Recommandation n°18 : La CNCDH recommande d'élargir le placement à l'extérieur aux structures de soins psychiques, médico-sociales et sociales, et de le doter des moyens nécessaires. Elle recommande que ce placement repose sur des conventions locales entre l'administration pénitentiaire, les juridictions et les structures d'accueil, précisant les responsabilités de chacun, les modalités de partage d'information dans le respect du secret médical, ainsi que les modalités de signalement et les seuils de réaction avant toute sanction.

Recommandation n°19 : La CNCDH recommande de mener une réflexion sur le modèle de justice résolutive de problèmes déjà développé dans plusieurs pays.

Recommandation n°20 : La CNCDH recommande de conduire des actions durables de formation des professionnels et du grand public, fondées sur les données scientifiques, afin de déconstruire l'association entre troubles psychiques et dangerosité, en y associant les personnes concernées par des troubles de santé mentale.

Recommandation n°21 : La CNCDH recommande d'intégrer la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques dans la formation initiale et continue de l'ensemble des

professionnels appelés à intervenir auprès des personnes souffrant de troubles psychiques, y compris les professionnels de santé.

Recommandation n°22 : La CNCDH recommande d'intégrer pleinement la question des troubles psychiques au *continuum* de sécurité, en dotant la police et la gendarmerie nationales et les agents de sûreté d'une doctrine commune d'intervention face aux personnes en crise psychique, élaborée avec des professionnels de santé mentale et fondée sur le repérage sans stigmatisation, la désescalade et l'orientation vers les relais sanitaires et sociaux.

Recommandation n°23 : La CNCDH recommande que dans les formations initiales de l'ensemble des professionnels susceptibles d'être confrontés à des personnes souffrant de troubles psychiques — magistrats, avocats, policiers et gendarmes, agents de sûreté, travailleurs sociaux, soignants, personnels pénitentiaires —figure une approche de la santé mentale centrée sur le repérage sans stigmatisation. Elle recommande également de doter la pair-aidance professionnelle d'un cadre réglementaire et d'associer les personnes concernées à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques de santé mentale.

Liste des personnes auditionnées

Emma BEETLESTONE – Psychiatre, praticienne hospitalière, unité locale d'intervention de crise et d'évaluation (ULICE), Assistance publique – Hôpitaux de Marseille, 6 octobre 2026.

Frank BELLIVIER – Psychiatre, ancien délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, 6 octobre 2026.

Raphaël BOULOUDNINE – Psychiatre spécialisé en santé publique, coordinateur national du dispositif « Un chez-soi d'abord » de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), 7 avril 2026.

Thomas BOSETTI – Psychiatre à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA, AP-HM) de Marseille, coordinateur du projet de recherche-action « Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif » (AiLSi, Médecins du Monde), 24 mars et 10 septembre 2026.

Emmanuel BRIQUET – Juriste conseil en sûreté à la RATP, 21 septembre 2026.

Caroline DOUAY – Directrice de l'Observatoire du Samusocial de Paris, 24 mars 2026.

Nicolas FRANCK – Psychiatre, professeur des universités, praticien hospitalier, initiateur du Centre d'accueil, d'évaluation et d'orientation (CAdEO), Centre hospitalier Le Vinatier à Lyon, 7 octobre 2026.

Marc LAJUS – Responsable du centre de formation professionnelle de la sûreté de la RATP, 21 septembre 2026.

Sara PAKSAD, Chargée de mission, Samusocial de Paris, 24 mars 2026.

Cécile PENDARIES – Magistrate, ancienne présidente de chambre correctionnelle au tribunal judiciaire de Marseille, en poste à la cour d'appel d'Aix-en-Provence, 7 octobre 2026.

Pauline RHENTER – Sociologue et avocate au barreau de Marseille, 28 septembre et 6 octobre 2026.

Didier ROBIDOUX – Directeur de la sûreté du groupe RATP, 21 septembre 2026.

Valérie THOMAS – Directrice médicale du Samusocial de Paris, 24 mars 2026.

Solène ZUKGRAF – Juge de l'application des peines au tribunal judiciaire de Marseille, 28 septembre 2026.

CNCDH
COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Créée en 1947 sous l'impulsion de René Cassin, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) est l'Institution nationale française de promotion et de protection des droits de l'homme, accréditée auprès des Nations unies.

L'action de la CNCDH s'inscrit dans une triple mission :

- Conseiller les pouvoirs publics en matière de droits de l'Homme et de droit international humanitaire ;
- Contrôler l'effectivité des engagements de la France en la matière ;
- Sensibiliser et éduquer aux droits humains.

L'indépendance de la CNCDH est consacrée par la loi. Son fonctionnement s'appuie sur le principe du pluralisme des idées.

Ainsi, seule institution assurant un dialogue continue entre la société civile et les experts français en matière de droits de l'Homme et de droit international humanitaire, elle est composée de 64 personnalités qualifiées et représentants d'organisations non gouvernementales issues de la société civile.

La CNCDH est le rapporteur national indépendant sur la lutte contre toutes les formes de racisme depuis 1990, sur la lutte contre la traite et l'exploitation des êtres humains depuis 2014, sur la mise en œuvre des Principes directeurs des Nations unies sur les entreprises et les droits de l'Homme depuis 2017, sur la lutte contre la haine et les discriminations anti-LGBTI depuis avril 2018 et sur l'effectivité des droits des personnes handicapées depuis 2020.

La CNCDH est en outre la Commission française de mise en œuvre du droit international humanitaire au sens du Comité international de la Croix-Rouge (CICR).