

Les soins forcés décidés par le Préfet, de la prise en charge sous programme de soins à la réadmission en hospitalisation complète de la personne

Hospitalisation forcée (Code de la santé publique)

Laurent Friouret



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/revdh/927>

DOI : 10.4000/revdh.927

ISSN : 2264-119X

Éditeur

Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux

Référence électronique

Laurent Friouret, « Les soins forcés décidés par le Préfet, de la prise en charge sous programme de soins à la réadmission en hospitalisation complète de la personne », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], Actualités Droits-Libertés, mis en ligne le 07 novembre 2014, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/revdh/927> ; DOI : 10.4000/revdh.927

Ce document a été généré automatiquement le 30 avril 2019.

Tous droits réservés

Les soins forcés décidés par le Préfet, de la prise en charge sous programme de soins à la réadmission en hospitalisation complète de la personne

Hospitalisation forcée (Code de la santé publique)

Laurent Friouret

- 1 L'arrêt rendu par la première chambre civile de la Cour de cassation le 15 octobre 2014¹ s'inscrit dans un droit prétorien en construction concernant les soins psychiatriques forcés. Récemment, la Cour de cassation a eu l'occasion de préciser les contours du régime juridique de la loi du 5 juillet 2011. La Haute juridiction a rendu tantôt des décisions protectrices pour les personnes faisant l'objet de soins forcés² tantôt des décisions plus surprenantes³. Cet arrêt du 15 octobre dernier statue sur les conditions juridiques d'une ré-hospitalisation d'une personne suivie en ambulatoire dans le cadre de soins sous contrainte décidés par le Préfet.
- 2 Il convient de rappeler que c'est l'une des nouveautés du droit des soins forcés issus des dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 que d'avoir prévu un dispositif de soins obligatoires, un « *cadre unilatéral* »⁴ en dehors de l'enceinte hospitalière, dispositif conforté par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013. La contrainte psychologique est réelle⁵ dans la mesure où elle réside dans la menace au retour au *statu quo ante*, l'hospitalisation complète forcée en cas de non respect du programme de soins⁶.
- 3 Les faits de l'espèce étaient les suivants. Une personne souffrant de troubles mentaux avait fait l'objet d'un arrêté préfectoral d'hospitalisation d'office en mars 2011 à la suite de l'agression commise sur son voisin. La prise en charge psychiatrique de la personne s'est poursuivie tantôt en hospitalisation complète tantôt sous forme de soins ambulatoires. Cependant, le 14 novembre 2012, bien que l'intéressé ne soit pas agressif envers autrui, le médecin en charge de son suivi préconisait une réadmission en

hospitalisation complète en raison du refus de prendre le traitement. Dès lors, le 15 novembre 2012, le Préfet prenait une décision de ré-hospitalisation complète forcée.

- 4 Le juge des libertés et de la détention a ordonné la mainlevée de l'hospitalisation sous contrainte au motif qu'il n'était pas établi qu'au jour de la réadmission la personne présentait un comportement dangereux pour autrui. Le Premier président de la Cour d'appel de la Cour d'appel de Douai confirmait l'ordonnance entreprise. Le préfet du Nord s'est alors pourvu en cassation. La Haute juridiction judiciaire a censuré l'ordonnance en retenant que si l'admission et le maintien en hospitalisation forcée ne pouvait être décidée que sur la base des critères traditionnels de l'atteinte grave à l'ordre public (ou de faits compromettant la sûreté des personnes) (1°), en revanche les modalités de prise en charge aboutissant à une réadmission en hospitalisation complète d'une personne suivie en ambulatoire n'étaient pas subordonnées à ces critères mais eu égard à l'évolution de l'état de santé de la personne (2°).

1°/- L'admission et le maintien de la personne hospitalisée sous contrainte sur décision du Préfet conditionnées par le critère traditionnel de l'atteinte grave à l'ordre public ou des faits compromettant à la sûreté des personnes

- 5 La Cour de cassation rappelle les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 (alors applicables au litige) concernant les critères d'admission et de maintien d'une personne en hospitalisation complète contre le gré de la personne.
- 6 Les deux critères (alternatifs ou cumulatifs) permettant l'internement sont l'atteinte grave à l'ordre public ou bien l'atteinte à la sûreté des personnes. On retrouve naturellement ces deux conditions depuis fort longtemps. En effet, la loi Esquirol du 30 juin 1838 visait notamment les personnes dont « *l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes* » (art. 18). Ces critères traditionnels du « placement d'office » (ancienne appellation de l'internement sous la loi Esquirol) demeurent indispensables tant sur le plan de la motivation (A) que sur le plan du bien fondé de la mesure de police administrative de soins (B).

A – Les critères traditionnels quant à la *motivation formelle* de la mesure de police administrative d'internement.

- 7 L'exigence de motivation en bonne et due forme de l'arrêté préfectoral d'hospitalisation forcée permet de s'assurer que l'administration a pu valablement apprécier l'opportunité de prendre une telle mesure en termes d'ordre public.
- 8 Ainsi, à l'époque où les juridictions administratives étaient compétentes pour statuer sur la légalité externe d'un arrêté d'hospitalisation d'office, les magistrats n'hésitaient pas à annuler des mesures qui n'énonçaient pas avec « *précision les circonstances de fait qui ont rendu l'hospitalisation du requérant nécessaire* »⁷. En effet, le simple fait pour le Préfet d'indiquer dans sa décision que la personne « *présentait de l'agressivité envers son entourage et une abolition du discernement* » ne satisfaisait pas à l'exigence de motivation.

- 9 La dangerosité doit être tournée vers autrui et peut être caractérisée par « l'acte médico-légal » d'une personne à l'égard de ses deux parents⁹.
- 10 L'absence de motivation circonstanciée sur le plan formel peut rejaillir directement sur le bien fondé de la mesure d'internement. En effet, dans un arrêt du 3 avril 2007⁹, la Cour de cassation a rejeté le pourvoi d'une commune dont le maire avait pris un arrêté d'hospitalisation provisoire (le raisonnement est transposable pour un arrêté préfectoral) en indiquant que la personne présentait des troubles du comportement de nature à compromettre l'ordre public mais également que « de notoriété publique, cette personne présente un danger imminent pour elle-même ». La Commune avait été condamnée par les juridictions du fond au motif que l'arrêté d'internement avait employé des formules générales « *insusceptibles de permettre la vérification de l'état mental de l'intéressée ou la réalité d'un danger tel pour l'ordre public et la sécurité des personnes* ».
- 11 Bien souvent en pratique, l'absence de motivation quant à l'atteinte grave à l'ordre public provient d'une mauvaise rédaction du certificat médical initial sur lequel le Préfet va rendre sa décision. Ainsi, le Préfet ne saurait prononcer l'hospitalisation contre le gré d'une personne en se référant seulement « *à des troubles du comportement, un harcèlement de la gendarmerie, des propos délirants, qui sont hors du champ des constatations médicales* »¹⁰.

B - Les critères traditionnels quant au *bien fondé* de la mesure de police administrative d'internement

- 12 L'atteinte grave à l'ordre public et/ou à l'atteinte à la sûreté des personnes est contrôlée depuis longtemps par le juge judiciaire. Depuis la jurisprudence du Tribunal des Conflits *Machinot* de 1946 (Rec. p. 326), l'autorité judiciaire a une compétence exclusive (v. en ce sens également, Conseil d'Etat, 29 juin 2009, Légifrance n° 329186, inédit au recueil Lebon) pour contrôler le bien fondé de la mesure de soins.
- 13 Dans la perspective de prise de décision d'hospitalisation contre le gré de la personne, le Préfet va prendre son arrêté au vu d'un certificat médical. La motivation médicale doit caractériser le lien causal entre le comportement de la personne souffrant de troubles mentaux et l'atteinte grave à l'ordre public. Ainsi, la personne atteinte de « *pathologie de type schizophrénique* » qui présentait selon le médecin certificateur « *refus de la réalité, son agressivité et son refus d'être traitée* » ajouté au fait qu'elle avait commis des « *dégradations multiples de véhicules en récidive* » caractérisaient des « *atteintes graves à l'ordre public* »¹¹.
- 14 Dans l'arrêt commenté, la personne avait fait l'objet d'une hospitalisation d'office le 26 mars 2011 pour avoir commis une agression sur ses voisins. L'intéressé a fait l'objet de prises en charge « *alternées d'hospitalisation complète et de programmes ambulatoires* ». Le 2 décembre 2011, il avait été réadmis en hospitalisation complète suite à une attitude agressive envers un infirmier. Par la suite, la personne a fait l'objet de soins en ambulatoire, toujours dans le cadre de soins à la demande du Préfet. Cependant, le 15 novembre 2012, le Préfet ordonnait le ré-internement. Dans le cadre du contrôle par l'autorité judiciaire de la mesure d'hospitalisation contre le gré de la personne, le juge des libertés et de la détention a prononcé la mainlevée de la mesure de police administrative. Cette solution a été confirmée par le Premier président de la Cour d'appel de Douai qui a estimé que le comportement de la personne internée ne satisfaisait pas aux conditions énoncées par l'article L. 3213-1, I, alinéa 1er, du code de la santé publique, à savoir des troubles mentaux qui « *nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou*

portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ». Pour fonder sa décision, la juridiction du second degré a posé très clairement la règle selon laquelle la dangerosité (énoncée par l'article précité) « devait s'apprécier au moment de la décision ». Il s'agit d'un préalable que le juge judiciaire applique constamment¹², de la même manière que la juridiction administrative¹³.

- 15 Le Premier président relevait que le certificat médical sur lequel se fondait le Préfet « mentionnait que M. X..., depuis la sortie du milieu hospitalier, n'avait pas eu de troubles du comportement de type hétéro-agressivité ». De surcroît, sur le plan des antécédents, l'intéressé n'a « perpétré quelque fait que ce fût de nature à compromettre la sûreté des personnes ou à porter atteinte de façon grave à l'ordre public, ni qu'il présente un danger pour autrui, conformément aux exigences légales résultant des dispositions de l'article L. 3213-1, I, alinéa 1er, du code de la santé publique ». C'est justement en raison de cette motivation que la Haute juridiction censurait l'ordonnance querellée car « une telle circonstance n'excluait pas la nécessité de faire suivre au patient un traitement sous la forme d'une hospitalisation complète ». La réadmission d'une personne en hospitalisation complète n'est pas conditionnée au regard des critères d'ordre public et/ou de la sûreté des personnes.

*

2°/- La ré-hospitalisation à temps complet d'une personne suivie en programme de soins non conditionnées par l'atteinte grave à l'ordre public

- 16 La loi du 5 juillet 2011 a prévu une multitude de modalités de soins psychiatriques forcés. En effet, de l'hospitalisation complète traditionnelle, le législateur a prévu la possibilité d'assurer le suivi médical de la personne en ambulatoire avec des hypothèses d'hospitalisation partielle. Par ailleurs, la loi a prévu l'hypothèse inverse où les modalités de prise en charge du malade pouvaient être modifiées (A) en ré-hospitalisant la personne mais sans pour autant exiger les mêmes conditions légales que l'admission ou le maintien en hospitalisation complète (B).

A - La modification des modalités de prise en charge de soins ambulatoires décidée dans le cadre d'une mesure de police préfectorale

- 17 La Haute juridiction a rendu sa décision au visa des articles 3213-1, L. 3211-2-1 dans sa version applicable en la cause ainsi que l'article L. 3211-11 du code de la santé publique.
- 18 L'article L. 3211-2-1 (en vigueur à l'époque des faits) dispose que les soins contre le gré de la personne peuvent prendre la forme d'une « hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du présent code » ou bien « sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile, dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 et, le cas échéant, des séjours effectués dans un établissement de ce type ».

- 19 Les soins psychiatriques ambulatoires ne consistent pas *directement* à contraindre physiquement la personne. Comme l'indique le commentaire officiel de la décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012¹⁴.
- 20 Bien que selon certains membres de la doctrine le législateur n'ait pas « *précisé les limites apportées à la liberté du patient soigné en "soins ambulatoires"* »¹⁵, les sages de la rue Montpensier ont jugé que ce dispositif légal était conforme à la Constitution dans la mesure où il s'agit que d'une limitation à la liberté personnelle¹⁶.
- 21 L'article L. 3211-11 du code de la santé publique rappelle que la modification de la prise en charge peut avoir lieu pour « *tenir compte de l'évolution de l'état de la personne* » (§1) et en raison « *notamment du fait du comportement de la personne* » (§2) ne permettant plus de « *dispenser les soins nécessaires à son état* ».
- 22 Au vu des dispositions précitées, ce qui peu paraître surprenant tient à l'absence de critère en référence à l'atteinte à l'ordre public (ou à la sûreté des personnes) pour décider de la ré-hospitalisation complète de la personne. En effet, alors que la personne ne peut être contrainte à une admission en hospitalisation complète contre son gré décidée (et maintenue) sans que l'administration ne caractérise une atteinte à autrui, le ré-internement qui abouti à une privation totale de la liberté d'aller et venir n'est conditionné que par l'évolution de l'état de la personne. En d'autres termes, si la phase initiale ou de maintien d'une hospitalisation forcée comporte un volet médical (les troubles mentaux et la nécessité des soins) et de dangerosité (l'atteinte grave à l'ordre public ou l'atteinte à la sûreté des personnes), la *novation* de soins en ambulatoire (dans le cadre de soins à l'initiative du Préfet) en hospitalisation complète ne comporte plus ce dernier volet. La ré-hospitalisation ne posera donc guère de difficulté puisqu'il suffira de mentionner dans le certificat médical que la personne ne prend plus son traitement ou qu'elle demeure récalcitrante.

B - Le critère de la dangerosité n'est pas un élément déterminant

- 23 La loi du 5 juillet 2011 ne conditionne pas la modification de soins en ambulatoire encadrés par un programme de soins au profit d'une hospitalisation complète par une atteinte grave à l'ordre public ou bien par un comportement compromettant la sûreté des personnes. Les magistrats ont appliqué, à la lettre, les dispositions légales.
- 24 Les faits de l'arrêt commenté permettent d'apprécier à quel point désormais les magistrats n'ont plus à caractériser explicitement l'*actuelle* dangerosité pour ré-interner un individu. Alors que les magistrats du fond avaient souligné que le certificat médico-légal de réadmission précisait que « *depuis la sortie du milieu hospitalier il n'a pas eu de troubles du comportement à type hétéro agressivité* », le pourvoi de la Préfecture soutenait que l'intéressé « *refusait actuellement le traitement prescrit et que compte-tenu de ses antécédents où l'on retrouvait plusieurs passages à l'acte hétéro agressifs liés à une recrudescence délirante elle-même liée à l'arrêt d'un traitement médicamenteux* ». La Cour de cassation a censuré un point en particulier du raisonnement des juridictions du fond. Ces dernières n'avaient pas à exiger un acte de l'intéressé « *de nature à compromettre la sûreté des personnes ou à porter atteinte de façon grave à l'ordre public, ni qu'il présente un danger pour autrui* ». Même si le refus de traitement est susceptible d'avoir une incidence directe quant au risque d'atteinte à l'ordre public par la personne suivie, l'absence de référence

explicite désormais à ce critère de dangerosité risque de faciliter les réadmissions en hospitalisation complète.

- 25 Cette analyse de la Cour de cassation ne va pas dans le sens de la position adoptée par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012¹⁷.
- 26 En effet, dans le cadre du contrôle de constitutionnalité de l'article 3211-2-1 du code de la santé publique, le Conseil a estimé que ces dispositions étaient conformes à la Constitution pour les raisons suivantes.
- 27 D'une part, les personnes suivies sous programme de soins « *ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduites ou maintenues de force pour accomplir les séjours en établissement* » prévus par ledit programme.
- 28 D'autre part, le Conseil précise : « *il résulte de la combinaison de l'article L. 3211-2-1 et des articles L. 3212-1 et L. 3213-1 qu'une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être soumise sans son consentement à des soins dispensés par un établissement psychiatrique, même sans hospitalisation complète, que lorsque « ses troubles mentaux rendent impossible son consentement » à des soins alors que « son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante » ou lorsque ces troubles « nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».*
- 29 Dans ces conditions, l'une des garanties permettant de considérer que l'article 3211-2-1 du code de la santé publique était conforme à la constitution résidait notamment dans le fait que les troubles mentaux de la personne faisant l'objet de soins sans hospitalisation complète (sur décision préfectorale) portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ou compromettent la sûreté des personnes. Le Conseil se réfère explicitement à l'ordre public : « *qu'en adoptant ces dispositions, le législateur a assuré, entre la protection de la santé et la protection de l'ordre public, d'une part, et la liberté personnelle, protégée par les articles 2 et 4 de la Déclaration de 1789, d'autre part, une conciliation qui n'est pas manifestement déséquilibrée* ». En d'autres termes, l'ordre public est un élément à prendre en considération pour la mise en place de soins ambulatoires en application du programme de soins. A fortiori, lors d'une ré-hospitalisation à temps complet (qui demeure plus attentatoire aux droits fondamentaux de la personne que les soins ambulatoires), cet élément de l'ordre public doit être caractérisé.
- 30 La Cour de cassation prend le contrepied de cette analyse dans cet arrêt du 15 octobre 2014. Cette jurisprudence de la Cour de cassation applique à la lettre les dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 et paraît conforme selon certains auteurs à l'esprit de la loi¹⁸.
- 31 Cependant, cette décision paraît quelque peu surprenante car une personne internée initialement en raison de l'atteinte grave à l'ordre public et bénéficiant par la suite de soins ambulatoires pourra être ré-hospitalisée sur la base de considérations purement médicales. Ainsi, ce pourra être le cas de l'absence de compliance aux soins, comme dans le cadre de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ou de péril imminent (SPPI). En effet, dans ces dernières hypothèses, le critère essentiel demeure « *l'absence de consentement* »¹⁹ en raison des troubles mentaux. Le régime juridique introduit par la loi du 5 juillet 2011 a donc effacé dans le cadre d'un ré-internement d'une personne faisant l'objet de soins forcés à l'initiative du Préfet, la notion de l'ordre public (et la sûreté des personnes) pour ne conserver qu'un élément médical, l'hypothèse de l'« *inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé* »²⁰.
- 32 A travers cette législation des soins forcés et de son application prétorienne, sans doute se rapproche-t-on du standard européen puisque l'atteinte grave à l'ordre public n'est pas

nécessaire pour justifier un internement. En effet, la Cour européenne ne subordonne pas l'hospitalisation forcée (et sa prolongation) d'une personne à une atteinte grave à l'ordre public ou à des faits compromettant la sureté des personnes mais simplement à une aliénation caractérisée d'une ampleur suffisante²¹.

*

33 **Cass. Civ. 1^{ère}, 15 octobre 2014, n° 13-12220**

*

Les Lettres « Actualités Droits-Libertés » (ADL) du CREDOF (pour s'y abonner) sont accessibles sur le site de la Revue des Droits de l'Homme (RevDH) – Contact

NOTES

1. N° 13-12220, publié au bulletin.
2. V. sur la sanction du défaut de notification des droits, Cass. Civ 1^{ère}, 18 juin 2014, n°13-16887.
3. V. sur le décompte du délai de saisine du juge des libertés et de la détention à compter seulement de l'arrêté préfectoral et non à compter de l'éventuelle décision du maire, Cass. Civ 1^{ère}, 5 février 2014, n°11-28564, publié au bulletin, Sophie GUIGUE, « Le délai de contrôle systématique du juge des libertés et de la détention dans le cadre de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat en urgence court à compter de l'arrêté préfectoral d'admission », *Revue droit et santé*, mai 2014, n°59, p. 1333 ; Eric PÉCHILLON, « Hospitalisation psychiatrique provisoire sans consentement à la demande du maire : la Cour de cassation complique encore un peu plus le dispositif de police administrative de soins sous contrainte », *La Semaine juridique, administrations et collectivités territoriales*, n°27, 7 juillet 2014, p.42.
4. Pour reprendre les termes d'Eric PÉCHILLON, « Le nouveau cadre juridique des soins sous contrainte en psychiatrie : une réforme polémique », *La Semaine juridique, administrations et collectivités territoriales*, n°37, septembre 2011, p. 23.
5. V. en ce sens, Valérie DOUMENG, « De l'hospitalisation sans consentement à l'admission en soins psychiatriques... La fin de la contrainte ? », *Revue générale de droit médical*, n°43, juin 2012, p. 386.
6. V. également sur ce point, Mélanie LOPEZ, « La loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques : genèse d'une réforme et incertitudes », *Revue générale de droit médical*, n°41, décembre 2011, p. 151.
7. V. à titre d'illustration, CAA Bordeaux, 12 octobre 2010, n°09BX02313.
8. V. en ce sens, Conseil d'Etat, 26 juillet 2014, n° 270302, inédit au recueil Lebon.
9. Civ 1^{ère}, 3 mai 2007, n°06-12235, non publié au bulletin.
10. Cour d'appel de Grenoble, 12 mai 2014, n°14/00014 ; Maxime DELOUVÉE, « Quelle folie cette procédure légale », *Revue droit et santé*, septembre 2014, n°61, p. 1590.
11. Civ. 1^{ère}, 22 mars 2005, n°03-18960, non publié au bulletin.

12. V. en ce sens, CA Limoges, 6 février 2014, n°14/00005 où la personne « souffre toujours de troubles mentaux ».
13. V. en ce sens, CAA Paris, 17 avril 2007, n°06PA01431 : « la motivation retenue par l'arrêté préfectoral attaqué contredit les dispositions de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique susvisée conditionnant le placement d'office au caractère actuel et certain du danger que doit présenter le patient pour l'ordre public ou la sécurité des personnes, et non à l'opinion que le patient se fait de lui-même ».
14. Cécile CASTAING, « Première censure de la loi du 5 juillet 2011 ... le législateur n'est pas quitte ! », *Droit administratif*, juin 2012, n° 6, p. 36-41 ; Ingrid MARIA, « Hospitalisation d'office : des dispositions encore insatisfaisante », *Droit de la famille*, juillet-août 2012, n° 7-8, p. 1-2 ; Eric PECHILLON, « Censure partielle de la loi du 5 juillet 2011 relative aux soins sous contrainte », *La semaine juridique. Administrations et collectivités territoriales*, 2 juillet 2012, p. 32-36) : « Si la personne ne coopère pas avec le service de soins pour suivre le traitement, se rendre ou demeurer dans l'établissement, il est possible que soit proposé un passage en hospitalisation complète (...) ».
15. Roseline Letteron, « QPC : les soins psychiatriques reviennent devant le Conseil constitutionnel », in LLC, 16 avril 2012.
16. V. avis contraire de Annabelle PENA qui estime qu' « il est difficile de se ranger à l'opinion selon laquelle l'hospitalisation partielle serait constitutive d'une restriction de liberté affectant exclusivement la liberté d'aller et venir du malade (...) », v. « Internement psychiatrique, liberté individuelle et dualisme juridictionnel : la nouvelle donne », *Revue française de droit administratif*, septembre-octobre 2011, p. 955.
17. V. références doctrinales précitées.
18. V. en ce sens, Eric PÉCHILLON, « Rupture de programme de soins et réintégration du patient en SDRE : la Cour de cassation précise les conditions d'une réadmission en hospitalisation complète », in *Prisons et hôpitaux psychiatriques*, 3 novembre 2014.
19. Art. L. 3212-1 I. du code de la santé publique.
20. Art. R. 3211-1 du code de la santé publique.
21. V. en ce sens Cour EDH, 3^e Sect. 19 mai 2004, RL. et MJD c. France, Req. n° 44568/98.
-

RÉSUMÉS

Par arrêt du 15 octobre 2014, la première chambre civile de la Cour de cassation a estimé qu'une personne faisant l'objet de soins ambulatoires dans le cadre d'une mesure préfectorale de soins forcés peut être ré-hospitalisée sans avoir égard au critère de l'ordre public et/ou de la sûreté des personnes. En effet, seule l'aggravation de l'état de santé de la personne résultant de l'inobservance du programme de soins est susceptible de justifier une ré-hospitalisation.

AUTEUR

LAURENT FRIOURET

Doctorant en droit public (Université de Paris Ouest Nanterre La Défense – CREDOF), avocat au Barreau de Castres (Tarn) et Chargé d'enseignement au Centre universitaire J.F. Champollion