



HAL
open science

Le maire et l'hospitalisation psychiatrique d'office

Caroline Lantero

► **To cite this version:**

Caroline Lantero. Le maire et l'hospitalisation psychiatrique d'office. Droit administratif, 2011. hal-01707528

HAL Id: hal-01707528

<https://uca.hal.science/hal-01707528v1>

Submitted on 12 Feb 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Le maire et l'hospitalisation d'office d'urgence

Note sous CC n° 2011-174 QPC du 6 octobre 2011 », *Droit administratif*, Décembre 2011, p. 37, comm. n°99.

Caroline Lantero

Dans une décision n° 2011-174 QPC du 06 octobre 2011, le Conseil constitutionnel a censuré la disposition du code de la santé publique permettant au maire, ou aux commissaires de police à Paris, d'admettre d'urgence une personne en soins psychiatriques.

Cette décision porte sur l'article L. 3213-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Dès lors, le présent article utilisera la sémantique antérieure à la loi du 5 juillet 2011, où il n'était pas question d' « admission en soin psychiatrique », mais d' « hospitalisation d'office » (HO) et d' « hospitalisation à la demande d'un tiers » (HDT).

Or et en dépit de son inscription dans le chapitre du code de la santé publique relatif à l'hospitalisation d'office la disposition censurée ne constitue pas véritablement un élément ou une étape classique de la procédure, et un bref rappel des règles gouvernant l'hospitalisation sous contrainte s'impose **(I)** pour comprendre l'intervention et le rôle du maire dans une situation d'urgence **(II)** et saisir la portée de la censure constitutionnelle **(III)**.

I) Les modalités classiques d'hospitalisations sous contrainte

Alors régie par la loi du 27 juin 1990 (articles L 3211-1 et suivants du code de la santé publique), l'hospitalisation sans consentement pour les malades présentant des troubles mentaux connaît trois modalités : l'hospitalisation à la demande d'un tiers, l'hospitalisation d'office et le cas particulier de l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux qui sera laissé de côté. Il convient de préciser et c'est l'un des intérêts de la décision commentée au regard de sa portée, que l'ensemble de ces éléments sont repris dans la rédaction du code de la santé publique telle qu'issue de la loi du 5 juillet 2011, vocabulaire mis à part. En effet, la procédure d'admission, bien qu'elle ait pu être critiquée, n'a jamais été au cœur des retentissantes QPC de la fin de l'année 2010, ni au cœur des débats parlementaires lors de l'adoption de la loi du 5 juillet 2011, ni n'a soulevé de problème lors du contrôle de constitutionnalité de cette loi par le CC.

Encadrée par les articles L. 3212-1 à L. 3212-12 du code de la santé publique, l'hospitalisation à la demande d'un tiers n'est prononcée qu'à la double condition que les troubles du patient rendent impossible son consentement, et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. Elle est prononcée par le directeur de l'établissement de santé sur la foi de deux certificats médicaux circonstanciés et datant de moins de quinze jours, dont le premier est obligatoirement rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. La demande émane d'un membre de la famille ou d'une « personne susceptible d'agir dans l'intérêt » du patient (soit, aux termes de l'article L. 3212-2). Elle est manuscrite et signée. Elle comporte les noms, prénoms, profession, âge et domicile tant de la personne qui demande l'hospitalisation que de celle dont l'hospitalisation est demandée et la preuve du lien qui les unit (familial ou de tutelle).

Encadrée par les articles L 3213-1 à L 3213-10 du code de la santé publique, l'hospitalisation d'office est prononcée par le préfet au vu d'un certificat médical circonstancié émanant d'un psychiatre extérieur à l'établissement d'accueil du malade. Les conditions de fond posées par la loi sont l'existence de troubles mentaux, la nécessité de soins, le fait de compromettre la sûreté des personnes ou de porter atteinte de façon grave à l'ordre public. Ces conditions de nécessité de la mesure sont contrôlées par le juge judiciaire. Les conditions de forme ont trait à la régularité, à la motivation et à la notification des mesures d'hospitalisation. L'hospitalisation d'office doit être motivée en droit et en fait, la motivation pouvant être contenue dans l'arrêté lui-même ou dans le certificat médical qui justifie l'hospitalisation d'office, à condition de joindre ledit certificat et non pas seulement de le viser dans l'arrêté (CE, 9 novembre 2001, Deslandes, n° 235247; Circulaire DGS/SD 6 C n° 2001-603 du 10 décembre 2001 relative à la motivation des arrêtés préfectoraux d'hospitalisation d'office). La personne concernée doit être informée le plus rapidement possible (CE sect., 1er avr. 2005, n° 264627). Ces conditions sont contrôlées par le juge administratif. On note cependant que dans une procédure de référé liberté demandant la suspension d'une décision d'hospitalisation d'office fondée sur l'atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale, le juge administratif est normalement compétent pour se prononcer sur une irrégularité, quelle qu'elle soit, susceptible de porter atteinte à une liberté fondamentale et de nature à nécessiter le prononcé de la suspension de la décision d'hospitalisation d'office. Solution qui peut paraître assez proche d'un contrôle de la nécessité de la mesure, autrement dit du bien-fondé de l'hospitalisation, mais qui relève des compétences du juge des référés administratif comme l'a confirmé le Conseil d'Etat (CE 1e et 6e sous-sect., 1er avril 2010, Sarabia, n° 335753). Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au préfet et à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

II) Les pouvoirs et le rôle du maire dans l'hospitalisation sous contrainte d'urgence

L'article L. 3213-2 du code de la santé publique impose au maire d'intervenir en vertu de ses pouvoirs de police et lui permet d'ordonner toutes les mesures provisoires nécessaires, y compris l'admission en urgence, à condition d'en référer dans les 24h au préfet pour que cette mesure provisoire soit le cas échéant suivie par une hospitalisation d'office dûment ordonnée par le représentant de l'Etat. Historiquement, ce pouvoir est inscrit dans la législation relative aux personnes atteintes de troubles mentaux depuis les origines de cette législation (article 19 de loi n° 7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés), et il a survécu jusqu'à la loi du 5 juillet 2011 qui n'a encore une fois que substitué le terme d'admission en soin psychiatrique au terme d'hospitalisation d'office. Ainsi et aux termes de l'article L. 3213-2 dans sa rédaction en vigueur avant la loi du 5 juillet 2011 : « *En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'État dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'État, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures* ».

On en retrouve le principe dans le code général des collectivités territoriales (CGCT), sans véritable mesures d'application. Aux termes de l'article L. 2212-1, le maire est chargé de la

police municipale et aux termes de l'article L. 2212-2, la « *police municipale a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publiques. Elle comprend notamment (...) 6° Le soin de prendre provisoirement les mesures nécessaires contre les personnes atteintes de troubles mentaux dont l'état pourrait compromettre la morale publique, la sécurité des personnes ou la conservation des propriétés* » (Sur la compétence du maire, voir CE 16 novembre 1984, Leoni, n°28208 et voir Chavrier, BJCL, n°5/05 p.286).

Il s'agit d'une mesure conservatoire justifiée par un danger imminent pour la sûreté des personnes, dont l'article L. 3213-2 du code de la santé publique précise qu'il peut être attesté par un avis médical (et non pas un certificat) ou par la notoriété publique, et devient caduque après 48h si le préfet n'est pas intervenu. Avant de se pencher sur la notion de notoriété publique, objet de la censure du conseil constitutionnel, il faut relever que la présence de cette disposition dans le code de la santé publique au sein du titre relatif à l'hospitalisation d'office, a pu soulever question sur le rôle du dispositif municipal dans cette procédure. Ainsi le tribunal administratif de Paris a jugé un temps jugé qu'il ne s'agissait pas d'une hospitalisation d'office : TA Paris, 30 octobre 2002, n° 006413, Groupe Information Asiles, AJDA 2003, IR p. 254 : « *Considérant, (...) que la rétention provisoire susévoquée, si elle constitue une privation temporaire de la liberté d'aller et venir décidée par une autorité administrative dans les conditions prévues par une loi, (...), elle ne constitue pas pour autant une hospitalisation d'office au sens de l'article L 342 du code de la santé publique [devenu article L. 3213-1], mais une mesure provisoire destinée à protéger préventivement les personnes concernées et les tiers* »

Mais par un arrêt du 20 novembre 2009 (CE 20 novembre 2009, Préfet de Police, n° 313598, AJDA 2009, p. 2202 ; AJ pénal 2010, p. 197, obs. E. Péchillon ; RDSS 2010, p. 160, obs. O. Renaudie), le seul mettant en scène l'article L. 3212-3 du code de la santé publique devant la Haute juridiction, le Conseil d'Etat a jugé que cette mesure, bien que provisoire et de courte durée participait bien d'une mesure d'hospitalisation sans consentement. Dans cette affaire, l'article L. 3213-2 du code de la santé publique était en jeu dans sa particularité parisienne, puisqu'il existe à Paris une « infirmerie psychiatrique de la préfecture de police » alors que dans la plupart des autres communes, le lieu concerné par la mesure est généralement un service d'urgences psychiatriques au sein d'un établissement de santé (voir S. Theron, « *Réflexions autour d'une institution singulière : l'infirmerie psychiatrique de la Préfecture de police de Paris* », RDSS 2009, p. 1061). A cette occasion le Conseil d'Etat a d'une part précisé que l'autorité administrative visée par l'article L. 3213-2 agissait dans le cadre de sa compétence de police municipale et que les commissaires placés sous l'autorité du Préfet de police agissaient donc dans le cadre de cette compétence et non dans celle de l'Etat. Il a d'autre part jugé que ce pouvoir municipal relevait du régime de l'hospitalisation d'office : « *Considérant, en premier lieu, qu'alors même que la conduite à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police est une mesure de police administrative à caractère provisoire et de très courte durée, destinée principalement à l'observation des personnes souffrant de troubles mentaux manifestes et à leur protection ainsi qu'à celle des tiers, et que ce service ne relève pas des établissements de soins mentionnés aux articles L. 3214-1 et L. 3222-1 du code de la santé publique au sein desquels sont accueillis et soignés les malades faisant l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'office en application, respectivement, des articles L. 3212-1 et L. 3213-1 de ce code, l'admission et la rétention dans cette structure doivent être regardées comme une hospitalisation sans consentement de la personne intéressée au sens et pour l'application des dispositions de l'article L. 3211-3* ». S'agissant de l'appartenance de ce pouvoir d'initiative municipale – qui entraîne nécessairement une mesure privative de liberté – au régime général de l'hospitalisation sans consentement et à la lecture des conclusions du

rapporteur public, il s'avère que la question n'était pas forcément évidente : « *L'article L. 3213-2, qui définit le régime du placement temporaire préalable à une hospitalisation éventuelle, est situé dans l'un des chapitres visés par l'article L. 3211-3 précité. Reste à déterminer si le placement temporaire à l'IPPP en application de l'art. L. 3213-2 est bien une « hospitalisation sans consentement » au sens de l'art. L. 3211-3. Il nous semble que oui.* » (Conclusion L. Derepas).

Ainsi, cette procédure mise à la disposition du maire en cas de danger imminent concourt bel et bien à la procédure hospitalisation d'office tout en étant dérogatoire du droit commun de l'hospitalisation d'office. Elle fait d'ailleurs l'objet d'une application très fréquente et en augmentation puisque plus de deux tiers des hospitalisations d'office sont précédées de la mesure provisoire mise en œuvre par le maire (63% en 2005 selon le rapport d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques pour 2005, 68% en 2007 selon l'étude d'impact accompagnant le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, et 70% en 2010 selon les travaux parlementaires du projet de loi du 5 juillet 2011 et notamment l'avis n° 477 de M. J.-R. Lecerf, fait au nom de la commission des lois, déposé le 27 avril 2011). Dans la pratique, l'initiative municipale de l'hospitalisation d'office d'urgence est donc statistiquement beaucoup plus importante que l'initiative préfectorale d'hospitalisation d'office de droit commun. Il convient cependant de préciser que le dispositif de l'article L. 3213-2 ne constitue en aucun cas un préalable obligatoire à la procédure de droit commun, ce que le Conseil d'Etat a précisé dans un arrêt Lavalley du 9 juin 2010, n° 321506 : « *Considérant, en deuxième lieu, que la mesure d'hospitalisation d'office provisoire que peut prendre un maire, en cas de danger imminent, en application de l'article L. 3213-2 du code de la santé publique, ne constitue pas un préalable nécessaire à l'intervention de l'arrêté préfectoral prévu à l'article L. 3213-1 du même code* » (voir JCP A 2011, p. 2045, obs. E. Pechillon).

III) Obsolescence et censure de la notion de « notoriété publique »

Le deuxième problème soulevé par cet article L. 3212-3 du code de la santé publique a trait à la dimension sanitaire-sécuritaire de l'intervention municipale dans l'hospitalisation d'office, notamment en ce que le dispositif ne vise que la sécurité d'autrui, et non celle de la personne atteinte des troubles mentaux. Le débat a été relancé, à la fois lors de la discussion parlementaire ayant abouti à la loi du 5 juillet 2011, mais aussi antérieurement lorsque fut déposé le projet de loi ayant abouti à la loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance qui avait eu pour ambition de donner au maire la compétence de droit commun des préfets en matière d'hospitalisation d'office (article 21 du projet de loi, texte n° 433, présenté et déposé par N. Sarkozy sur le bureau du Sénat le 28 juin 2006). Bien cet objectif n'ait pas été concrétisé, la dimension policière et sécuritaire de l'article L. 3213-2 du code de la santé publique n'en est pas moins problématique (à ce sujet lire K. Lucas, « L'initiative de l'hospitalisation d'office : un pouvoir partagé au service d'un contrôle sanitaire et social renforcé », RDSS 2010, p. 1077).

L'hospitalisation d'urgence, fondée sur le « *danger imminent pour la sûreté des personnes* » renvoie à la figure du fou dangereux, historiquement présente dès l'arrêté du 12 Messidor an VIII (1^{er} juillet 1800), qui règle les attributions du préfet de police y compris en matière de police municipale sur le fondement de laquelle et aux termes de l'article 22, il « *empêchera qu'on [...] laisse vaguer [sur la voie publique] des furieux, des insensés, des animaux*

malfaisants ou dangereux ». En dépit d'un constant changement sémantique, cette figure du furieux susceptible de présenter un danger imminent a été reprise dans la loi de 1838 (« *personnes atteintes d'aliénation mentale* »), et a survécu à toutes les évolutions législatives subséquentes, sous la dénomination de « *personnes révélant des troubles mentaux* » (loi n° 90-527 du 27 juin 1990), ou désormais sous la dénomination de « *personnes faisant l'objet de soins psychiatriques* » (loi n°2011-843 du 5 juillet 2011).

Et si de nombreuses sciences se sont saisies de cette figure du furieux, de l'insensé, de l'aliéné, de la personne atteinte de troubles mentaux ou de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques (criminologie, sciences politiques, sociologie, anthropologie, médecine), le droit l'appréhende fatalement avec difficulté en renvoyant aux débats d'experts (voir le Rapport sur la mission parlementaire confiée par le premier ministre à Monsieur J.-P. Garraud, député de la Gironde, sur la dangerosité et la Prise en charge des individus dangereux, 2006, 193 p.) le soin d'identifier les éléments déclencheurs de l'intervention des autorités et du juge qui, elles, sont bien présentes dans le droit positif (enfermement préventif, soins sous contrainte, rétention de sûreté, etc.). La question n'est pas réglée. Mais à défaut de réponse juridique sur la notion même de « *danger imminent pour la sûreté des personnes* » dans l'application du dispositif de l'article L. 3213-2 du code de la santé publique, l'intervention du conseil constitutionnel aura au moins permis d'évacuer une seconde difficulté posée par le fait qu'un tel danger puisse être attesté par la « *notoriété publique* ».

En effet, s'il a rappelé ou précisé que la procédure d'hospitalisation d'urgence n'était pas inconstitutionnelle en ce qu'elle met en œuvre une mesure privative de liberté (cons. 7), ni en ce qu'elle est prise sans l'intervention préalable de l'autorité judiciaire gardienne des libertés (cons. 8), ni en ce qu'elle se fonde sur un seul avis médical (cons. 9), le juge constitutionnel a en revanche considéré que le fondement de la seule notoriété publique ne permettait pas à la mesure d'urgence d'être « *adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état du malade ainsi qu'à la sûreté des personnes ou la préservation de l'ordre public* ». Rappelant incidemment que l'état du malade doit faire partie des considérations pour la mise en œuvre de l'article L. 3213-2 du code de la santé publique, le Conseil constitutionnel met enfin un terme à cette obscure référence à la notoriété publique, présente de façon discontinue dans le droit depuis 1838.

Présente dans la jurisprudence civile pour établir un concubinage, une relation adultérine, une filiation ou une succession, la qualification de comportement notoire se retrouve également dans les articles 378-1 et 464 du code civil, respectivement relatifs au retrait de l'autorité parentale pour « *inconduite notoire* » vis-à-vis de l'enfant et à l'atténuation des effets des obligations contractées par un majeur protégé. Au-delà de ces éléments, la notion de notoriété publique ne trouve pas d'autre application que dans l'article L.3213-2 du code de la santé publique. Il n'existe pas de définition, ni de théorie, ni de consensus juridique autour de la notoriété publique. Ainsi et pour les mesures d'hospitalisation d'office d'urgence, les juges sont finalement les seuls à manier le concept, et tranchent au cas par cas (sur la persistance d'un vocabulaire imprécis emportant dégénérescence des concepts à ce sujet, voir C. Castaing, « *Le droit fou des soins psychiatriques sans consentement* », LPA 2010, n°236, p. 6).

Manifestement obsolète en 2011, si tant est qu'elle fut pertinente en 1838 au regard peut-être de la configuration et de la démographie des villes et des villages, il convient de relever que le maintien de la « *notoriété publique* » dans le dispositif d'hospitalisation d'office d'urgence ne relève pas d'une faute d'inattention du législateur, mais bien d'une volonté – en l'occurrence du gouvernement – de conserver le concept. Dans le cadre des travaux parlementaires de la loi

du 5 juillet 2011 (Avis n° 477 (2010-2011) de M. J.-R. Lecerf, fait au nom de la commission des lois, déposé le 27 avril 2011), on trouve des précisions émanant du ministère de l'intérieur quant à la notion de notoriété publique qui pouvait, « *par exemple, recouvrir les situations dans lesquelles un passant empêche une personne de se jeter d'un pont ou sous les rails d'un train ; ce peut également être une personne conduite à l'hôpital par les pompiers alors qu'elle errait dans les rues en tenant des propos incohérents* ». A ces éléments très factuels, le ministère de Santé précisait en élargissant la question « *que cette notion n'était pas la rumeur publique qui peut résulter de la propagation de bruits confus dans une population mais la connaissance fondée sur des témoignages convergents de faits et de comportements révélant des troubles mentaux manifestes. Il peut s'agir par exemple de doléances réitérées adressées au maire par ses administrés sur le comportement d'une personne.* » Et de citer deux jugements de tribunaux administratifs de 1987 non référencés dans lesquels le juge aurait admis « *diverses attestations d'habitants* » (TA Clermont-Ferrand, 15 décembre 1987) ou l'existence d'un danger attesté par « *la notoriété publique, de nombreux incidents étant déjà survenus entre le requérant et les époux X* » (TA Paris, 10 décembre 1987).

S'il est vrai que les cas d'espèce où l'absence de certificat médical devait renvoyer à l'utilisation du concept de notoriété publique ont été rares, on relève néanmoins quelques applications de la notion, dans des jurisprudences plus récentes et émanant pour la plupart du Conseil d'Etat. Nous les relevons très brièvement pour illustration dans la mesure où l'inconstitutionnalité à effet immédiat frappant l'article L.3213-2 du code de la santé publique prive d'intérêt un recensement exhaustif de la jurisprudence. Ainsi le juge administratif a-t-il admis que qu'un procès-verbal faisant état de menaces proférées et réitérées au sein même des locaux de police et d'un comportement pouvant faire craindre que l'individu ne mette ces menaces à exécution permettaient d'attester les faits par la notoriété publique (CE 11 mars 1996, A, n° 130549). De même pour un PV indiquant que l'intéressée était connue des services, avait déjà fait l'objet d'un rapport et s'était présentée « *à la suite d'une violente altercation avec des voisins, avec une attitude agressive et de "violence contenue"* » (CE 3 juin 1998, Mme B., n° 124281). Ici, la notion d'antériorité du comportement est intéressante et rend la notoriété publique plus tangible. Dans un arrêt plus récent, la Cour administrative d'appel a jugé sans les énoncés que les « *faits rappelés par la décision attaquée établiss[ai]ent la notoriété du danger* » sur laquelle la mesure prise en application de l'article L. 3213-2 du code de la santé publique était fondée (CAA Paris 22 octobre 2009, Préfet de Police c/ Mme J., n° 08PA02364). En l'espèce, les faits étaient les suivants : « *un rapport de l'unité de police du quartier faisant état de cris et jets de débris sur les véhicules stationnant dans la cour de l'immeuble, incidents relevés les 9 et 10 octobre et dont les agents n'ont pas été les témoins, et une enquête auprès des parents de l'intéressée confirmant qu'elle souffre de troubles psychologiques, et d'autre part une interpellation de l'intéressée le 28 octobre suite à une plainte de la gardienne de l'immeuble relative à des hurlements à la fenêtre* » (TA Paris, 12 mars 2008, Mme J., n° 0617316). Là encore, l'antériorité et la réitération du comportement a permis d'établir qu'il était notoire. En revanche, le juge administratif a logiquement annulé, sur le fondement du défaut de motivation, un arrêté du maire ordonnant une hospitalisation d'office à titre provisoire qui se bornait à indiquer « *qu'il est de notoriété publique que cette personne, par son comportement qui révèle des troubles mentaux, présente un danger pour la sûreté des personnes et pour elle-même* » (CAA Bordeaux, 12 octobre 2010, Hermes c. Préfet de la Dordogne, n° 09BX02313). Il ressort de ces jurisprudences que la notoriété publique a été régulièrement considérée comme établie aux moyens d'attestations et de procès-verbaux qui, sans que soit remis en cause la véracité, ne remplissaient pas fatalement les critères de la notoriété publique telle qu'on l'appréhende dans son sens commun, ou même telle que la

définit le juge judiciaire et qui « *s'entend d'une notoriété générale et publique* » (Cass. 3^e civ., 10 février 2010, n^o 07-19228.).

Enfin, on peut également saluer la disparition de ce critère dès lors que la possibilité d'engager la responsabilité du maire pour ne pas avoir pris une mesure hospitalisation d'office d'urgence aurait pu être soulevée si la « notoriété publique » avait été démontrée. A contrario, le Conseil d'Etat a écarté cette responsabilité dès lors que le comportement de l'intéressé n'était pas prévisible : « *Considérant qu'il résulte de l'instruction que le comportement de M. A. depuis son installation dans la commune du Palais, était normal et que rien ne laissait prévoir le geste meurtrier que l'intéressé a commis le 1er décembre 1979 et qui devait coûter la vie à M. François Berguerand ; que, par suite, en n'usant pas des pouvoirs de police qu'il tient des dispositions précitées en cas de danger imminent, le maire du Palais n'a pas commis une faute lourde qui seule eût été de nature à engager la responsabilité de la commune* » (CE 21 janvier 1991, Berguerand et autres, n^o 77259).