

VD_GERICHTE E125.029275 vom 18. März 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-03-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_E125.029275

FR: VD_GERICHTE E125.029275 du 18 mars 2026

IT: VD_GERICHTE E125.029275 del 18 marzo 2026

Erwägungen

E. 8

Par courrier du 20 novembre 2025, J._____ a informé la justice de paix que le bail de F._____ avait été résilié pour le 30 novembre 2025 et que celle-ci ne semblait pas avoir de solution de relogement, de sorte que la curatrice jugeait impossible un maintien à domicile, au vu des mises en échec passées. Dans un rapport établi le 12 décembre 2025, le Major A._____, de la Police du W***, a fait part de ses inquiétudes face aux comportements de F._____, témoignant d'une instabilité marquée ainsi que de nuisances récurrentes signalées tant par des tiers que des intervenants professionnels, laissant craindre une dégradation de la situation de l'intéressée, susceptible de compromettre sa sécurité personnelle ainsi que la tranquillité du voisinage.

E. 9

Un rapport d'expertise a été établi le 22 décembre 2025 par les Drs E._____ et M._____, respectivement médecin adjointe et médecin assistant auprès du secteur Expertise de C._____. Ces médecins ont exposé que F._____ avait fait l'objet d'un placement à des fins d'assistance ordonné par un médecin le 18 décembre 2025. Les experts ont retenu que l'intéressée présentait des troubles psychiques, principalement un trouble schizo-affectif de type, avec des comorbidités addictologiques, à savoir un syndrome de dépendance à 15J001

- 9 - l'alcool, aux sédatifs/hypnotiques et au cannabis. Une consommation de cocaïne était en outre documentée. En lien avec ces atteintes, l'expertisée présentait une altération notable, fluctuante mais significative, de la faculté d'agir raisonnablement dans plusieurs domaines, en particulier concernant l'adhésion aux soins et à la médication, l'organisation de rendez-vous, la gestion du logement et de l'hygiène domestique ainsi que la coordination avec le réseau et la curatrice. Il s'agissait d'un trouble chronique évoluant par épisodes, pouvant s'améliorer en quelques semaines sous traitement et cadre thérapeutique structuré, mais avec un risque de rechute élevé en cas d'arrêt de traitement, de rupture de suivi ou de consommations. Ces dernières aggravaient la désorganisation, favorisaient l'agitation et les troubles du comportement, augmentant le risque de décompensation et compromettant la compliance. Sur le plan somatique, l'intéressée présentait des comorbidités (broncho-pneumopathie chronique obstructive [BPCO], hypertension artérielle et antécédent de thrombose veineuse profonde) nécessitant un traitement régulier, au risque de complications respiratoires et vasculaires en cas d'inobservation. Les experts ont relevé que l'expertisée ne se considérait pas comme malade, mais plutôt comme victime des institutions et de son entourage, qu'elle remettait en question les diagnostics psychiatriques, minimisait la gravité de ses troubles, banalisait ses décompensations et leurs conséquences, attribuant ses difficultés principalement à sa curatrice, à certains médecins, à la police et aux services sociaux. En outre, l'expertisée minimisait ou niait ses consommations d'alcool,

alors que le dossier documentait des épisodes d'intoxication aiguë et des dépendances ; elle ne semblait pas mesurer le lien entre ces consommations, les ruptures de traitement et les décompensations. L'expertise était vécue comme une intrusion et les enjeux concrets de la démarche (évaluation de ses capacités d'autonomie avec risque de placement) étaient peu intégrés. Le rapport à la curatrice était fortement teinté de persécution et de clivage : l'expertisée la désignait comme principale responsable de ses difficultés financières, de sa problématique de logement et refusait que des informations lui soient transmises. A l'inverse, elle idéalisait certains intervenants passés 15J001

- 10 - (psychiatre, infirmière), ce qui illustre une dynamique relationnelle instable, faite d'alternances entre idéalisation et déception. Le psychiatre traitant, le Dr K. _____, a rapporté aux experts qu'il n'avait pu rencontrer l'expertisée que six fois depuis la reprise du suivi en 2024, les rendez-vous étant régulièrement manqués ou annulés et l'intéressée se présentant principalement pour obtenir une prescription de benzodiazépines. Les traitements somatiques n'étaient pas régulièrement pris et la prise des psychotropes était également très irrégulière ; l'adhésion initiale au traitement de neuroleptique avait été brève, suivie d'un désinvestissement de la prise en charge psychothérapeutique. Le CMS n'avait pas pu instaurer un suivi à domicile, les tentatives d'intervention s'étant heurtées soit à l'impossibilité d'entrer dans le logement, soit à un accueil oppositionnel. Le psychiatre a estimé que seules des mesures ambulatoires permettraient de réduire le risque de survenue d'une décompensation thymique ou psychotique tout en facilitant le maintien d'une fonctionnalité suffisante dans le quotidien pour permettre à l'expertisée de rester à domicile, comme cela fut le cas de 2016 à 2021. Selon les experts, l'intéressée présentait une anosognosie importante et une minimisation marquée de ses troubles. La conscience de la nécessité de soins était faible et l'adhésion instable ; elle s'opposait souvent au cadre et minimisait ses difficultés. Concernant les soins, son discours oscillait entre rejet, méfiance et reconnaissance partielle des bénéfices. Elle affirmait souvent ne pas avoir besoin d'aide, refusant l'idée d'un foyer ou d'un encadrement trop visible, mais admettait que certains traitements, en particulier l'Abilify et, par le passé, le Clonixol dépôt, l'avaient aidée à se stabiliser. Lorsque les experts lui avaient rappelé la période d'application des mesures ambulatoires de 2016 à 2021 durant laquelle l'expertisée allait mieux tout en vivant dans son propre logement, celle-ci devenait progressivement plus ambivalente, pouvant reconnaître partiellement les bénéfices obtenus des traitements. Au terme du second entretien expertal, l'expertisée disait pouvoir imaginer à nouveau de revoir son psychiatre à H***, de reprendre un traitement antipsychotique, possiblement sous forme dépôt, et d'accepter un suivi infirmier, à condition 15J001

- 11 - que les intervenants soient clairement identifiés et stables. En l'absence de suivi et de traitement, les experts ont mis en exergue un risque de mise en danger de l'expertisée elle-même de manière indirecte par désorganisation, auto-négligence, non-observance, rupture du suivi, polyconsommation, survenue de complications somatiques et dégradation de ses conditions de vie avec risque de perte de son logement. Un danger pour autrui existait de façon contextuelle et momentanée (nuisances, conflits de voisinage et menaces verbales). En définitive, les experts ont estimé qu'il était nécessaire que l'expertisée bénéficie d'un suivi psychiatrique régulier par le biais de mesures ambulatoires contraignantes, avec la prise d'une médication dont la délivrance serait organisée et assurée par un infirmier en santé mentale ainsi qu'une prise en charge addictologique en vue d'entamer un travail de réduction des risques, une coordination avec la curatelle et un

soutien concret pour les tâches au quotidien au domicile. Selon eux, une prise en charge institutionnelle n'était pas nécessaire à ce stade si les mesures ambulatoires pouvaient être mises en place de façon effective, précisant toutefois qu'une nouvelle évaluation serait nécessaire si l'expertisée entravait durablement l'accès aux soins (refus d'accès, absence aux rendez-vous, arrêt de la médication) malgré l'astreinte au traitement et que les mesures ambulatoires étaient rendues inopérantes. Dans un tel cas, les experts ont relevé qu'une structure psychiatrique de type établissement psychosocial médicalisé (ci-après : EPSM) serait la plus appropriée, une institution fermée n'étant pas nécessaire. Ils ont mis en évidence qu'en l'absence de prise en charge ambulatoire soutenue, les risques concrets étaient la survenance de décompensations maniaques avec hospitalisations, l'aggravation des consommations, des troubles du comportement nécessitant une intervention policière, la survenue de complications somatiques par non-observance de la médication, la perte du logement et la majoration des nuisances et conflits liés à l'état du domicile.

E. 10

Le 14 janvier 2026, une audience s'est tenue devant la juge de paix, en présence de F._____, dans le cadre de l'appel au juge formé le 18 décembre 2025 par la précitée contre son placement médical ordonné 15J001

- 12 - le même jour. Lors de cette audience, F._____ a déclaré qu'elle avait terminé « sa cure de sommeil », que les médecins lui avaient dit qu'elle allait bien et qu'elle était retournée dans son appartement à Q*** ; elle disposait de six semaines pour retrouver un logement. La juge de paix lui a rappelé l'audience prévue le lendemain – en lui remettant une copie de la citation à comparaître correspondante dès lors que l'intéressée n'avait pas conservé l'exemplaire qui lui avait été envoyé par courrier – et a constaté que la cause en appel contre le placement médical était devenue sans objet.

E. 11

Le 15 janvier 2026, la justice de paix a tenu une audience dans le cadre de l'enquête en placement à des fins d'assistance. F._____, bien que régulièrement assignée, n'a pas comparu. Sa curatrice J._____ était présente et a exposé que sa protégée se plaignait régulièrement de tout. Au niveau du logement, la curatrice a expliqué qu'un dossier avait été constitué, mais qu'elle n'avait pas de nouvelles, sous réserve du fait que, selon les soignants, que F._____ serait allée visiter des appartements, mais elle ignorait si cela était réellement le cas. Par rapport au placement, J._____ a dit qu'elle restait inquiète, pensant que F._____ n'avait pas la capacité de rester à domicile, rappelant que celle-ci était toujours en conflit avec les voisins et la gérance. La curatrice a estimé que les seuls moments où l'intéressée allait bien étaient lors des hospitalisations, marquées par un accord pour tout, puis, quand celle-ci sortait, elle refusait tout et les choses se passaient mal. Selon la curatrice, un EPSM serait plus adapté. Elle estimait que des mesures ambulatoires seraient vouées à l'échec, rappelant par ailleurs que sa protégée n'avait plus de médecin traitant, de sorte qu'il conviendrait, le cas échéant, d'indiquer C._____ en référé pour les mesures ambulatoires, via le D._____.

E. 12

Par courrier du 9 mars 2026, J._____ a notamment informé la justice de paix du fait que sa protégée avait été expulsée de son appartement le 3 mars précédent et que la commune avait refusé de lui octroyer un logement d'urgence. L'intéressée avait indiqué à sa curatrice pouvoir être hébergée temporairement chez une amie à R*** et avait par ailleurs donné son

accord pour une inscription en EPSM ; des démarches avaient donc été entreprises en ce sens. 15J001

- 13 - En droit : 1. 1.1 Le recours est dirigé contre une décision de la justice de paix mettant fin à l'enquête en placement à des fins d'assistance et instituant des mesures ambulatoires, en application des art. 437 CC et 29 LVP AE (loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant ; BLV 211.255). 1.2 Contre telle une décision, le recours de l'art. 450 CC est ouvert à la Chambre des curatelles (art. 8 LVP AE et 76 al. 2 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; BLV 173.01]), dans les dix jours dès la notification de la décision (art. 450b al. 2 CC), dès lors que les dispositions du droit fédéral de la protection de l'adulte relatives au placement à des fins d'assistance s'appliquent aux mesures ambulatoires de l'art. 29 LVP AE à titre de droit cantonal supplétif (CCUR 11 janvier 2024/5 ; CCUR 29 juin 2023/122 ; CCUR 15 octobre 2020/207, cf. JdT 2021 III 98). La personne concernée, les proches et les personnes qui ont un intérêt juridique à l'annulation ou à la modification de la décision attaquée ont qualité pour recourir (art. 450 al. 2 CC). Le recours doit être interjeté par écrit, mais n'a pas besoin d'être motivé (art. 450 al. 3 et 450e al. 1 CC). Il suffit que le recourant manifeste par écrit son désaccord avec la mesure prise (Meier, Droit de la protection de l'adulte, 2e éd., Zurich 2022, n. 276, p. 154 ; Droit de la protection de l'adulte, Guide pratique COPMA, Zurich/Saint-Gall 2012 [ci-après : Guide pratique COPMA 2012], nn. 12.18 et 12.19, p. 285). L'art. 446 al. 1 CC prévoit que l'autorité de protection établit les faits d'office. Compte tenu du renvoi de l'art. 450f CC aux règles du CPC (Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272), l'art. 229 al. 3 CPC est applicable devant cette autorité, de sorte que les faits et moyens de preuve nouveaux sont admis jusqu'aux délibérations. Cela vaut aussi en deuxième instance (Droese, Basler Kommentar, Zivilgesetzbuch I, Art. 1- 456 ZGB, 7e éd., Bâle 2022, n. 7 ad art. 450a CC, p. 2943 et les auteurs cités 15J001

- 14 - ; voir également TF 5C_1/2018 du 8 mars 2019 consid. 5.1 et les références citées). En matière de protection de l'adulte et de l'enfant, la maxime inquisitoire illimitée est applicable, de sorte que les restrictions posées par l'art. 317 CPC pour l'introduction de faits ou moyens de preuve nouveaux sont inapplicables (CCUR 8 mai 2025/86 ; cf. JdT 2011 III 43). Conformément à l'art. 450d CC, la Chambre des curatelles donne à la justice de paix (art. 4 al. 1 LVP AE) l'occasion de prendre position (al. 1), cette autorité pouvant, au lieu de prendre position, reconsidérer sa décision (al. 2). 1.3 En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile par la personne concernée, partie à la procédure. Elle mentionne explicitement son désaccord avec un placement à des fins d'assistance. La décision n'ordonne pas un tel placement, mais des mesures ambulatoires (traitement ambulatoire, sous la forme d'un suivi psychiatrique et addictologique avec la prise d'une médication). On doit néanmoins considérer, faute d'avoir pu expliciter ce point avec l'intéressée dès lors que celle-ci ne s'est pas présentée à l'audience, que son opposition vise également le traitement ambulatoire ordonné. Le recours est donc recevable en tant qu'il concerne les mesures ambulatoires. S'agissant de la conclusion de la recourante tendant au « déboutement » de sa curatrice, par quoi il faut comprendre un changement de curateur, celle-ci excède l'objet de la décision attaquée (cf. ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 et TF 5A_588/2019 du 30 juillet 2019 consid. 5.2 rendus par le Tribunal fédéral en application de la LTF [loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110], mais dont le principe vaut également à l'aune du CPC), qui ne concerne pas la curatelle. Cette conclusion est donc irrecevable dans le cadre du présent recours. 2. 15J001

- 15 - 2.1 La Chambre des curatelles, qui n'est pas tenue par les moyens et les conclusions des parties, examine d'office si la décision est affectée de vices d'ordre formel. Elle doit procéder à un examen complet de la décision attaquée, en fait, en droit et en opportunité (art. 450a CC), conformément à la maxime d'office et à la maxime inquisitoire, puisque ces principes de la procédure de première instance s'appliquent aussi devant l'instance judiciaire de recours (Guide pratique COPMA 2012, n. 12.34, p. 289). Elle peut confirmer ou modifier la décision attaquée devant elle. Dans des circonstances exceptionnelles, elle peut aussi l'annuler et renvoyer l'affaire à l'autorité de protection, par exemple pour compléter l'état de fait sur des points essentiels (art. 318 al. 1 let. c ch. 2 CPC, applicable par renvoi des art. 450f CC et 20 LVPAE). 2.2 2.2.1 L'autorité de protection de l'adulte, soit la justice de paix, est compétente pour ordonner des mesures ambulatoires (art. 437 al. 2 CC et 29 LVPAE). La procédure devant l'autorité de protection de l'adulte est régie par les art. 443 ss CC. La personne concernée doit être entendue personnellement, à moins que l'audition personnelle ne paraisse disproportionnée (art. 447 al. 1 CC). En cas de mesures ambulatoires contraignantes, la personne concernée doit en général être entendue par l'autorité de protection réunie en collège. Il en est de même lorsque l'autorité de recours, en l'occurrence la Chambre des curatelles, est saisie de la contestation de la personne concernée contre de telles mesures (art. 447 al. 2 et 450e al. 4, 1ère phr. CC ; ATF 139 III 257 consid. 4.3). 2.2.2 En cas de troubles psychiques, la décision relative à un placement à des fins d'assistance, et par analogie à des mesures ambulatoires (cf. CCUR 29 juin 2023/122), doit être prise sur la base d'un rapport d'expertise (art. 450e al. 3 CC). L'expert doit notamment se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée (ATF 148 I 1 consid. 15J001

- 16 - 8.2.1 ; 140 III 101 consid. 6.2.2 ; 140 III 105 consid. 2.4, JdT 2015 II 75 ; TF 5A_374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.2) et indiquer sur la base de quels éléments de fait le tribunal a retenu l'existence d'un état de faiblesse au sens de l'art. 426 al. 1 CC (ATF 140 III 101 consid. 6.2.3). Il doit disposer des connaissances requises en psychiatrie et psychothérapie, mais il n'est pas nécessaire qu'il soit médecin spécialiste dans ces disciplines (TF 5A_374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.2 et les références citées). Il doit être indépendant et ne pas s'être déjà prononcé sur la maladie de l'intéressé dans une même procédure (ATF 148 III I consid. 2.3.3 ; Kühnlein, Le placement à des fins d'assistance au regard de la pratique vaudoise : principes généraux et questions choisies, in JdT 2017 III 75, p. 86 ; JdT 2015 III 207 consid. 2.2). Si l'autorité de protection a déjà demandé une expertise indépendante, l'instance judiciaire de recours peut se fonder sur celle-ci (ATF 139 III 257 consid. 4.3 in fine et la référence citée). 2.3 En l'espèce, bien que régulièrement citée à comparaître à l'audience de la justice de paix du 15 janvier 2026 – et alors que ce rendez-vous lui avait été rappelé lors de son audition de la veille par la juge de paix – la recourante n'a pas comparu à cette audience. Dès lors que l'intéressée a dû quitter son précédent domicile à Q*** en raison de la résiliation de son bail, la citation à comparaître à l'audience de la Chambre des curatelles du 18 mars 2026, à 9 heures, lui a été adressée le 16 mars 2026 par courriel. Il ressort du retour de courriel de la recourante du même jour qu'elle a pris connaissance de la tenue de cette audience et a transmis au greffe, comme requis, une adresse postale pour l'envoi d'une citation écrite. Une citation à comparaître lui a ainsi été envoyée le 17 mars 2026 à l'adresse indiquée. La recourante s'étant excusée pour l'audience, elle a ce faisant confirmé qu'elle savait qu'une audience était appointée. La recourante a donc été valablement assignée à comparaître. Le matin de l'audience du 18 mars 2026, F. _____ a indiqué, par courriel, qu'elle ne pourrait pas se présenter en raison

du fait qu'elle était alitée à la suite d'une chute ayant eu pour conséquence un bassin déplacé et une douleur à la jambe. Or, elle n'a fourni aucun certificat médical permettant d'attester de son impossibilité à se rendre, 15J001

- 17 - respectivement à participer à l'audience. On doit dès lors retenir qu'elle a renoncé à son audition par la Chambre de céans, de sorte qu'il ne se justifie pas de fixer une nouvelle audience, la citation à comparaître adressée à la recourante mentionnant par ailleurs clairement qu'en cas de défaut de comparution à l'audience devant l'instance de recours, la procédure suivrait néanmoins son cours. Il résulte de ce qui précède que le droit d'être entendue de la recourante doit être considéré comme respecté. Pour le surplus, la décision entreprise renonce implicitement à ordonner un placement à des fins d'assistance pour astreindre la recourante à des mesures ambulatoires. Cette décision se fonde sur l'expertise psychiatrique établie le 22 décembre 2025 par deux médecins de C._____. Ce rapport fournit des éléments actuels et pertinents sur la situation de la recourante, constatés par des médecins spécialistes à même d'apprécier valablement l'état de santé de celle-ci et les risques encourus si la mesure litigieuse n'était pas instituée, permettant à la Chambre de céans de se prononcer sur la légitimité des mesures ambulatoires ordonnées. Formellement correcte, la décision incriminée peut être examinée sur le fond. 3. 3.1 La recourante critique de manière générale, et sans expliciter son grief, « le PLFA », par quoi il faut vraisemblablement comprendre l'obligation de se soumettre à des mesures ambulatoires, estimant probablement ne pas avoir besoin d'aide ou d'assistance. 3.2 3.2.1 Conformément à l'art. 437 CC, les autorités cantonales sont habilitées à régler la prise en charge d'une personne sortant d'une institution (al. 1) et à prévoir des mesures ambulatoires en sa faveur (al. 2). 15J001

- 18 - Dans le canton de Vaud, les conditions auxquelles la pratique de soins sous la forme ambulatoire peut être autorisée, les diverses modalités de ceux-ci et l'organisation du suivi du patient relèvent de l'art. 29 LVPPE. Selon cette norme, lorsqu'une cause de placement à des fins d'assistance existe, mais que les soins requis par la personne concernée peuvent encore être pratiqués sous forme ambulatoire, le médecin autorisé selon l'art. 9 LVPPE ou l'autorité de protection peut prescrire un tel traitement ambulatoire et les modalités de contrôle de son suivi (ch. 1) ; la décision désigne le médecin chargé du traitement et fixe le cadre du suivi de la personne concernée (ch. 2) ; la même procédure s'applique lorsqu'il se justifie de prévoir des mesures ambulatoires à la sortie d'une personne placée en établissement à des fins d'assistance (ch. 3) ; si la personne concernée se soustrait aux contrôles prévus ou compromet de toute autre façon le traitement ambulatoire, le médecin chargé du traitement avise l'autorité de protection, qui statue le cas échéant sur le placement ou la réintégration du bénéficiaire (ch. 4). La prise en charge évoquée à l'art. 437 al. 2 CC suppose l'acceptation du patient ou tout du moins sa coopération (JdT 2015 III 203 et les références citées). D'un point de vue systématique, le fait que la réserve attributive en faveur du droit cantonal prenne place dans le chapitre III du Titre onzième du Code civil concernant le placement à des fins d'assistance signifie que les mesures ambulatoires doivent être considérées comme un « sous-placement à des fins d'assistance » et que les règles de procédure du placement à des fins d'assistance s'appliquent mutatis mutandis (Kühnlein, op. cit., JdT 2017 III 75). Il existe ainsi deux conditions pour que des mesures ambulatoires soient ordonnées. Il faut d'une part la réalisation d'une cause de placement à des fins d'assistance et d'autre part la possibilité d'une prise en charge de la personne concernée en dehors d'une institution (ibidem). 3.2.2 Les causes de placement à des fins

d'assistance sont définies à l'art. 426 al. 1 CC, lequel prévoit qu'une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une 15J001

- 19 - déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière. La notion de « troubles psychiques » englobe toutes les pathologies mentales reconnues en psychiatrie, à savoir les psychoses et les psychopathies ayant des causes physiques ou non, les démences, ainsi que les dépendances, notamment l'alcoolisme, la toxicomanie ou la pharmacodépendance (TF 5A_956/2021 du 20 décembre 2021 consid. 5.1 ; 5A_374/2018 précité consid. 4.2.1 et les références citées ; Meier, op. cit., n. 1191, p. 632). L'art. 426 CC exige la réalisation de trois conditions cumulatives, à savoir une cause de placement (troubles psychiques, déficience mentale ou grave état d'abandon), un besoin d'assistance ou de traitement ne pouvant être fourni autrement et l'existence d'une institution appropriée permettant de satisfaire les besoins d'assistance de la personne placée ou de lui apporter le traitement nécessaire (TF 5A_956/2021 précité consid. 5.1 ; 5A_374/2018 précité consid. 4.2.1 et la référence citée ; Meier, op. cit., n. 1189, p. 631). Ainsi, le placement à des fins d'assistance ne peut être décidé que si, en raison de l'une des causes mentionnées de manière exhaustive à l'art. 426 CC, l'intéressé a besoin d'une assistance personnelle, c'est-à-dire présente un état qui exige qu'une aide lui soit fournie, souvent sous la forme d'un traitement médical, que des soins lui soient donnés et qu'une protection au sens étroit lui soit assurée (ATF 134 III 289 consid. 4, JdT 2009 I 156 ; Steinauer/Fountoulakis, Droit des personnes physiques et protection de l'adulte, Berne 2014, n. 1365, p. 596). Il faut encore que la protection nécessaire ne puisse être réalisée autrement que par une mesure de placement à des fins d'assistance, c'est-à-dire que d'autres mesures, telles que l'aide de l'entourage, l'aide sociale ou un traitement ambulatoire, aient été ou paraissent d'emblée inefficaces (Steinauer/Fountoulakis, op. cit., n. 1366, p. 596 ; JdT 2005 III 51 consid. 3a ; Message du Conseil fédéral du 17 août 1977 à l'appui de la révision du Code civil suisse [privation de liberté à des fins d'assistance], FF 1977 III pp. 28 et 29 ; cf. également art. 29 LVP AE pour le traitement ambulatoire). Il s'agit là de l'application du principe de proportionnalité, qui exige que les actes étatiques soient propres à 15J001

- 20 - atteindre le but visé, justifiés par un intérêt public prépondérant, et qu'ils soient à la fois nécessaires et raisonnables pour les personnes concernées. La mesure doit être considérée comme une ultima ratio, toutes les mesures alternatives portant une atteinte moins importante à la situation juridique de l'intéressé devant être examinées (TF 5A_956/2021 précité consid. 5.1 ; Meier, op. cit., n. 1199, p. 637). Une mesure restrictive est notamment disproportionnée si une mesure plus douce est à même de produire le résultat escompté. L'atteinte, dans ses aspects matériel, spatial et temporel, ne doit pas être plus rigoureuse que nécessaire (TF 5A_956/2021 précité consid. 5.1 ; 5A_374/2018 précité consid. 4.2.1 et les références citées). 3.2.3 Les mesures ambulatoires visées (thérapeutiques, mais aussi préventives et d'assistance sociale) tendent à traiter, stabiliser ou encadrer des troubles psychiques. Portant atteinte aux droits fondamentaux, elles doivent se conformer aux principes de proportionnalité et de subsidiarité, le placement à des fins d'assistance et le traitement en institution qui lui font suite devant être considérées comme une ultima ratio (Meier, op. cit., nn. 1313 ss, pp. 695 ss). Une prise en charge ambulatoire suppose en outre l'acceptation de la personne concernée, ou du moins un minimum de coopération de sa part (JdT 2015 III 203 et les références citées ; Kühnlein, op. cit., p. 109 ;

Guillod, Commentaire du droit de la famille, Protection de l'adulte, Berne 2013 [ci-après : CommFam], n. 12 ad art. 437 CC, p. 771). Le Tribunal fédéral a eu l'occasion d'examiner la base légale neuchâteloise permettant de prononcer des mesures ambulatoires. Dans ce cadre, il a indiqué que, concernant une disposition qui avait exactement la même teneur que l'art. 29 al. 4 LVPAE, il s'agissait en d'autres termes de mesures acceptées par le patient ou du moins prévues pour un patient coopératif, le non-respect de celles-ci n'aboutissant pas strictement à une médication administrée de force, mais à un réexamen de l'opportunité d'ordonner un nouveau placement à des fins d'assistance (aux conditions de l'art. 426 CC), dans le cadre duquel un traitement sans consentement pourrait être alors au besoin 15J001

- 21 - envisagé en application de l'art. 434 CC (TF 5A_341/2016 du 3 juin 2016 consid.

3.1). A titre de mesures ambulatoires envisageables, la doctrine mentionne par exemple la prise de médicaments sous surveillance, les soins à domicile, la fréquentation d'une clinique de jour ou de nuit, les visites périodiques chez un médecin, un rendez-vous hebdomadaire auprès d'un service médico-social et la participation à des séances de psychothérapie ou de thérapie comportementale (Ducor, in Pichonnaz/Foëx/Fountoulakis [éd.], Code civil I, Art. 1-456 CC, 2e éd., Bâle 2024, n. 4 ad art. 437 CC, p. 3105 ; Guillod, CommFam, op. cit., n. 7 ad art. 437 et les références citées ; Meier, op. cit., n. 1318 pp. 696-697). Ce type de mesures avait déjà été admis sous l'ancien droit (Guillod, CommFam, op. cit., n. 9 ad art. 437, qui cite les arrêts TF 5A_256/2010 du 9 avril 2010 et 5A_177/2011 du 28 mars 2011).

3.3 En l'espèce, il est incontestable que la recourante souffre de troubles psychiques, à savoir un trouble chronique schizo-affectif, de type maniaque, corrélé à des addictions (polyconsommation depuis l'adolescence), avec des comorbidités somatiques qui mettent en danger la vie de l'intéressée. Le déni rapporté ne permet pas de laisser la personne concernée gérer son traitement et son suivi en toute autonomie. Les experts estiment pour ce motif qu'elle a besoin d'un encadrement structurant pour être correctement prise en charge. La personne concernée a déjà été hospitalisée à plusieurs reprises en 2021, en 2023, à l'automne-hiver 2024 puis en été 2025 et en dernier lieu en décembre 2025. Des mesures ambulatoires avaient été ordonnées en 2016, après l'obtention d'une stabilisation de l'état de santé de l'intéressée dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance au sein d'une institution, mesures qui avaient été levées en 2021 en raison d'une évolution jugée favorable par l'équipe soignante. Selon le rapport médical du 18 juin 2025, le risque de décompensation est accru lorsque la patiente ne s'engage pas dans le 15J001

- 22 - traitement intégré. A ce stade, les médecins ont renoncé à se prononcer sur un éventuel placement. Le rapport d'expertise du 22 décembre 2025 relève une rupture progressive du suivi depuis 2024, et depuis mai 2025 et il est constaté l'absence de prise du traitement. Les experts ont retenu que, malgré une anosognosie marquée, un mode défensif projectif caractérisé et un discours initialement très oppositional, F. _____ avait fini, au terme des deux rencontres avec les experts, par approuver le principe de mesures ambulatoires associant un suivi psychiatrique régulier, une médication à délivrance régulière (éventuellement administrée sous une forme dépôt) et un accompagnement infirmier, tout en continuant à minimiser la nécessité de ce dispositif et à en négocier les modalités. La cause d'un placement à des fins d'assistance est ainsi acquise. La condition du besoin de protection paraît également remplie dès lors qu'en l'absence de tout traitement, la recourante présente un danger principalement pour elle-même (par désorganisation, décompensations, troubles du comportement, auto-négligence, survenue de complications somatiques et dégradation des conditions de vie), mais également, par

extension, aux tiers (insalubrité du logement, de l'immeuble, puis du quartier). Se pose cependant la question de la structure cadrante permettant d'être efficace et suffisante, sans enfreindre le principe de proportionnalité. La situation de F. _____ est marquée par une récurrence des hospitalisations et une anosognosie importante. Il ressort du dernier rapport des experts qu'une prise en charge institutionnelle n'est pas nécessaire si un dispositif ambulatoire renforcé, structuré et réellement opérant peut être mis en œuvre puis maintenu au moyen d'une astreinte à un traitement ambulatoire. Les experts ont précisé que si l'intéressée refusait concrètement l'accès au domicile, n'honorait pas les rendez-vous de suivi, interrompait la médication et empêchait la mise en place des mesures, le dispositif ambulatoire deviendrait inopérant et le risque de rechute et de désorganisation redeviendrait élevé, partant l'indication d'une admission au sein d'un établissement de type EPSM serait à envisager. 15J001

- 23 - Il est vrai que la réalité de la mise en œuvre et du maintien au long cours des mesures ambulatoires reste à observer. La curatrice a émis des doutes à cet égard, posant en parallèle la question du logement. Toutefois, les experts ont retenu que l'intéressée pouvait reconnaître, à tout le moins partiellement, les bénéfices d'un suivi et d'une médication. Ainsi, au regard des principes de proportionnalité et de subsidiarité, il convient de tenter, dans un premier temps, la mise en place d'un traitement ambulatoire et de laisser à la recourante une ultime chance de prendre conscience de son besoin d'aide, de se conformer au suivi prescrit et d'adhérer à son traitement, ce qui lui permettrait – dans l'idéal – de retrouver une période de stabilité, telle que cela fut le cas lorsqu'elle bénéficiait de mesures ambulatoires de 2016 à 2021. Compte tenu de l'ambivalence et de l'anosognosie présentées par l'intéressée, ce traitement doit néanmoins être imposé pour en assurer le respect, ce qui permettra par ailleurs à l'autorité de protection d'être avisée par les intervenants si les mesures ambulatoires devaient finalement être mises en échec. En définitive, les conditions pour le prononcé de mesures ambulatoires apparaissent remplies. La décision entreprise est donc bien fondée, de sorte que le recours doit être rejeté. La recourante est néanmoins rendue attentive au fait qu'en cas de non-respect ou de mise en échec des mesures ambulatoires prescrites, l'opportunité de prononcer un placement à des fins d'assistance sera réévaluée par l'autorité de protection. Pour le surplus, on précisera que la demande de la recourante visant le « déboulement » de sa curatrice – irrecevable dans le cadre du présent recours – vaut requête de changement de curateur, laquelle peut, sous réserve du principe de la bonne foi, être faite en tout temps par la personne concernée (art. 423 al. 2 CC) et est en l'occurrence de la compétence de l'autorité de protection dans le cadre du suivi de la mesure (cf. notamment CCUR 15 septembre 2025/174 ; CCUR 29 juillet 2024/167 consid. 3.2 et les références citées). Celle-ci est invitée à traiter cette requête dès la réception du dossier. 15J001

- 24 - 4. En conclusion, le recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision entreprise confirmée. Le présent arrêt peut être rendu sans frais judiciaires de deuxième instance (art. 74a al. 4 TFJC [tarif du 28 septembre 2010 des frais judiciaires civils ; BLV 270.11.5]). Par ces motifs, la Chambre des curatelles du Tribunal cantonal, statuant à huis clos, prononce : I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable. II. La décision est confirmée. III. L'arrêt, rendu sans frais judiciaires de deuxième instance, est exécutoire. La présidente : La greffière : Du 15J001

- 25 - L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Mme B. _____, - Mme J. _____, curatrice, Service des curatelles et tutelles

professionnelles, - D._____, C._____, et communiqué à : - Mme la Juge de paix du district d'Aigle, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 ss LTF, cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière : 15J001

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.