

VD_GERICHTE E224.056526 vom 28. April 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-04-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_E224.056526

FR: VD_GERICHTE E224.056526 du 28 avril 2025

IT: VD_GERICHTE E224.056526 del 28 aprile 2025

Erwägungen

E. 1

A. _____, né le [...] 1990, souffre d'une grave pathologie de type schizophrénique dont les symptômes négatifs sont notamment des idées délirantes et de persécution, des hallucinations acoustico-verbales et sensorielles, un repli social quasi-total, une perte du plaisir de vivre des idées suicidaires scénarisées et une incapacité à initier toute activité. En raison de son trouble psychique, il est au bénéfice d'une curatelle depuis 2016, d'abord de portée générale au sens de l'art. 398 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210) puis, dès 2019, de représentation et de gestion au sens des art. 394 al. 1 et 395 al. 1 CC.

- 4 - Il a également été placé des fins d'assistance à compter de 2018, après le constat d'échec des mesures ambulatoires prononcées en 2016, l'autorité de protection considérant en substance que son état psychique était demeuré instable, que ses idées délirantes étaient persistantes malgré un traitement neuroleptique, que l'intéressé refusait en outre de prendre ledit traitement par injection, étant anosognosique et peu enclin à adhérer au traitement dont il avait impérativement besoin, et que les risques auto- et hétéro agressifs en cas de décompensation étaient non négligeables. A. _____ a en outre nécessité de nombreuses hospitalisations en milieu psychiatrique aigu, de l'ordre d'une quinzaine entre 2016 et ce jour. Dans le cadre du placement à des fins d'assistance ordonné pour une durée indéterminée, l'intéressé a été placé au foyer du H. _____, puis a intégré en 2020 un appartement protégé du J. _____ avant de réintégrer en 2022 le foyer du H. _____. En 2023, hospitalisé en mars, il a rejoint en octobre un foyer de X. _____. A nouveau hospitalisé à Q. _____ en janvier 2024, il a ensuite séjourné une dizaine de jours en août 2024 à l'EPSM T. _____, avant que cet établissement résilie le contrat de prise en charge. Depuis le 16 août 2024, A. _____ est placé à Q. _____.

E. 1.1

Le recours est dirigé contre une décision de la justice de paix clôturant l'enquête en levée du placement à des fins d'assistance et maintenant, pour une durée indéterminée, la mesure précitée en faveur du recourant (art. 426 ss CC).

E. 1.2

- 15 -

E. 1.2.1

Contre telle une décision, le recours de l'art. 450 CC est ouvert à la Chambre des curatelles (art. 8 LVPAE [Loi du 29 mai 2012 d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant ; BLV 211.255] 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 ; cf. notamment CCUR 25 juillet 2024/165). 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., Genève/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).

E. 1.2.2

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/Steck, in : Geiser/Fountoulakis[édit.], Basler Kommentar, Zivilgesetzbuch I, Art. 1456 CC, 7e éd., Bâle 2022 [ci-après : BSK Zivilgesetzbuch I], n. 7 ad art. 450a CC, p. 2943 et les auteurs cités ; cf. 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 16 avril 2020/74 ; 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).

- 16 -

E. 1.3

Interjeté dans le délai légal, signé et exposant clairement le désaccord de la personne concernée avec la mesure de placement, le recours est recevable. Interpellée, l'autorité de protection a indiqué qu'elle renonçait à se déterminer et qu'elle se référait à la décision entreprise. 2.

E. 2

mars 2020, 22 mars 2021, 3 octobre 2022, 17 mai 2023, 17 novembre 2023 et CCUR 21 novembre 2022/197).

E. 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 LVP AE).

E. 2.2.1

L'autorité de protection de l'adulte, soit la justice de paix, est compétente pour ordonner le placement d'une personne ou sa libération (art. 428 al. 1 CC).

E. 2.2.2

La procédure devant l'autorité de protection est régie par les art. 443 ss CC. Conformément à l'art. 446 CC, l'autorité de protection établit les faits d'office (al. 1) et procède à la recherche et à l'administration des preuves nécessaires (al. 2) ; elle applique le droit d'office (al. 4). Aux termes de l'art. 447 al. 1 CC, la personne concernée doit être entendue personnellement, à moins que l'audition personnelle ne

- 17 - paraisse disproportionnée. Il découle de l'art. 447 al. 2 CC qu'en cas de placement à des fins d'assistance, la personne concernée doit en général être entendue par l'autorité de protection réunie en collège. Il en va également ainsi devant l'instance judiciaire de recours lorsqu'elle procède à l'audition de la personne concernée (art. 450e al. 4, 1re phr. CC ; ATF 139 III 257 consid. 4.3).

E. 2.2.3

En cas de troubles psychiques, la décision relative à un placement à des fins d'assistance doit être prise sur la base d'un rapport d'expertise (art. 450e al. 3 CC), dans lequel l'expert doit notamment se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et qui doit être actualisé. Cette disposition s'applique à toute procédure concernant un placement à des fins d'assistance, qu'il s'agisse d'un placement proprement dit, de l'examen périodique d'un placement ou encore d'une décision consécutive à une demande de libération présentée par la personne en institution, dès lors que le concours d'un expert est requis pour toute décision de placement, de maintien ou de levée de celui-ci, à n'importe quel stade de la procédure de la première autorité judiciaire compétente (ATF 148 I 1 consid. 8.2.1 ; ATF 140 III 101 consid. 6.2.2 ; ATF 140 III 105 consid. 2.4, JdT 2015 II 75 ; TF 5A_374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.2 ; JdT 2013 III 38). L'expert doit 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 ; Geiser, BSK Zivilgesetzbuch I, op. cit., n. 18 ad art. 450e CC, p. 2968 ; Guide pratique COPMA 2012, n. 12.21, p. 286). Il doit être indépendant et ne pas s'être déjà prononcé sur la maladie de l'intéressé dans une même procédure (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), ni être membre de l'instance décisionnelle (Guillod, Commentaire du droit de la famille, Protection de l'adulte, Berne 2013 [ci-après : CommFam], n. 40 ad art. 439 CC, p. 789).

- 18 -

E. 2.3

En l'espèce, le recourant a été entendu personnellement le 28 mars 2025 par la justice de paix et le 28 avril 2025 par la Chambre de céans, toutes deux réunies en collège, de sorte que son droit d'être entendu a été respecté. Par ailleurs, la justice de paix s'est fondée notamment sur le rapport d'expertise psychiatrique établi le 19 février 2025 par le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, disposant des connaissances requises et ayant exprimé son point de vue de manière indépendante, ce qui est conforme

aux requisits rappelés ci-avant. L'expertise précitée, qui complète du reste les différents rapports médicaux et précédentes expertises au dossier (cf. supra lettre C.3), fournit en particulier des éléments actuels et pertinents sur le recourant, sur son état de santé et sur les risques encourus en cas de levée de la mesure. Ainsi, la Chambre de céans peut valablement se prononcer sur la légitimité du placement ordonné. La décision étant formellement correcte, elle peut être examinée sur le fond. 3.

E. 2.3.1

; Meier, op. cit., n. 1203, p. 649).

E. 3

Divers expertises psychiatriques et rapports médicaux concernant la personne concernée ont été établis. Ainsi, notamment, dans le cadre d'une expertise du 28 mars 2022, dont l'objet était de se prononcer sur la décision d'application de mesures limitant la liberté de mouvement dans le cadre de l'hospitalisation, la Dre F. _____, cheffe de clinique au M. _____ du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) a exposé que l'altercation violente avec un autre patient traduisait la fragilité psychique d'A. _____, qui, lorsqu'il se sentait menacé, présentait une propension à la violence. Elle a relevé que l'adhésion aux soins restait fragile et fluctuait, considérant par ailleurs que le potentiel suicidaire ne pouvait pas être considéré comme absent dans le sens où l'expertisé présentait un vécu de danger, des antécédents auto-agressifs et de menaces permanentes suscitant de grandes angoisses.

- 6 - Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 22 août 2022, le Dr R. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à [...], a posé le diagnostic chez A. _____ de schizophrénie paranoïde, maladie qu'il a considérée comme continue, ajoutant que l'intéressé souffrait également de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis. Le médecin a souligné que pour pallier le risque où, dans un cadre moins contenant, A. _____ prenne irrégulièrement sa médication ou l'arrête, ce qui entraînait inmanquablement une décompensation et une nouvelle hospitalisation, et afin de permettre à celui-ci de retourner dans un appartement protégé, il fallait mettre en place une médication dépôt. Par rapport du 6 avril 2023, l'équipe du J. _____ a estimé que le placement à des fins d'assistance d'A. _____ demeurerait nécessaire. Elle a exposé qu'il avait été mis comme condition de retour d'A. _____ dans leur établissement l'acceptation par celui-ci d'une médication par voie orale et par injections, qu'il avait refusé ce cadre dès janvier 2023 et que son état s'était ensuite péjoré en ce sens qu'il avait présenté des signes d'hétéroagressivité verbale, s'était montré très envahissant et contrôlant vis-à-vis du personnel, avait refusé tout atelier thérapeutique et avait affiché progressivement des comportements dérangeants en société. Ainsi, la prise en charge en appartement supervisé n'était plus possible, ni un lieu de vie adapté pour lui, un transfert en EPSM étant préconisé. Le 31 octobre 2023, le Dr S. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à [...] et référant au foyer X. _____ qu'A. _____ venait d'intégrer, a décrit que la situation de celui-ci évoluait favorablement, que sa collaboration était bonne et que le placement à des fins d'assistance était encore indispensable car sans cette mesure, il quitterait vraisemblablement le foyer et serait à risque de décompensation psychotique, se montrant toujours opposé à une médication en forme dépôt. Par rapport du 24 janvier 2024, la Dre F. _____ a exposé qu'A. _____ avait été hospitalisé à la suite de l'interruption de son

- 7 - traitement médicamenteux lors d'un voyage en [...]. Elle a relevé qu'il présentait des troubles des perceptions olfactives et des idées de persécution, avec une « propension à devenir violent lorsque ses mécanismes d'adaptation [étaient] mis à mal ». Par rapport au tableau clinique du 28 mars 2022, la médecin a estimé qu'une suite de soins ambulatoires pourrait éventuellement être envisagée, après clarification des conditions de retour au foyer X._____ et après quelques jours d'observation clinique supplémentaires, ajoutant qu'une sortie définitive de Q._____ pourrait être organisée une fois seulement le recul clinique suffisant et la préparation du retour aux soins ambulatoires effectuée. Dans son rapport d'expertise du 15 février 2024, la Dre [...], cheffe de clinique au M. _____ du CHUV, a relevé que le tableau clinique d'A._____ se caractérisait par une symptomatologie psychotique, avec un délire à thématique de persécution, que l'adhésion au délire était totale, que l'adhésion aux soins restait fragile et fluctuante, l'état psychique actuel d'A._____ nécessitant la poursuite de soins et d'un encadrement en milieu hospitalier. Elle a relevé qu'en cas d'arrêt prématuré des mesures limitatives de liberté (chambre fermée notamment) prises à l'hôpital, le risque d'accentuation des symptômes psychiques et de troubles du comportement existait.

E. 3.1

Le recourant conteste « quelque rapports faits à [son] encontre » et demande la levée de son placement à des fins d'assistance pour pouvoir « continuer une vie convenable et confortable ». Il estime la décision injustifiée.

E. 3.2.1

En vertu de l'art. 426 CC, une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière (al. 1). Il y a lieu de tenir compte de la charge que la personne concernée représente pour ses proches et pour des tiers, ainsi que de leur protection

- 19 - (al. 2), et la personne concernée doit être libérée dès que les conditions du placement ne sont plus remplies (al. 3). 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_374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.1 et les références citées ; Meier, op. cit., n. 1191, p. 632). S'agissant de la « déficience mentale », il faut comprendre les déficiences de l'intelligence, congénitales ou acquises, de degrés divers (TF 5A_617/2014 du 1er décembre 2014 consid. 4.2 ; Message du Conseil fédéral du 28 juin 2006 concernant la révision du Code civil suisse [Protection des personnes, droit des personnes, et droit de la filiation] [ci-après : Message], FF 2006 p. 6635, spéc. p. 6677). Il y a « grave état d'abandon » lorsque la condition d'une personne est telle qu'il y aurait atteinte à sa dignité si elle n'était pas placée dans une institution afin de lui apporter l'assistance dont elle a besoin: la notion est plutôt la conséquence de troubles psychiques ou d'une dépendance (Message, FF 2006 p. 6635, spéc. p. 6695 ; ATF 148 I 1 consid. 8.1.2 et les références citées ; TF 5A_956/2021 du 20 décembre 2021 consid. 5.1). 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_374/2018 du 25 juin 2018 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

- 20 - forme d'un traitement médical, et qu'une protection au sens étroit lui soit assurée (ATF 134 III 289 consid. 4 ; TF 5A_374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.1 ; JdT 2009 I 156). 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 (ATF 140 III 101 consid. 6.2). Il s'agit là de l'application du principe de proportionnalité, qui exige que les actes étatiques soient propres à 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 du 20 décembre 2021 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_374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.1 et les références citées).

E. 3.2.2

Eu égard au principe de la proportionnalité, le fait que l'assistance ou le traitement nécessaires ne puissent pas être fournis d'une autre façon que par un internement ou une rétention dans un établissement constitue l'une des conditions légales au placement. Tel peut notamment être le cas lorsque la personne concernée n'a pas conscience de sa maladie et de son besoin de placement (ATF 140 III 101 consid. 6.2.3 et les références citées) ou que son bien-être nécessite un traitement stationnaire, qui ne peut être couronné de succès que s'il est assuré sans interruption (TF 5A_374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.1). Afin d'éviter que le placement à des fins d'assistance ne se prolonge trop longtemps, la loi pose le principe que la personne concernée doit être libérée dès que les conditions du placement ne sont plus réalisées (art. 426 al. 3 CC). A cet égard, le nouveau droit de protection de l'adulte est plus restrictif que l'ancienne réglementation : il ne suffit plus

- 21 - que l'état de la personne concernée lui permette de quitter l'institution, encore faut-il que son état se soit stabilisé et que l'encadrement nécessaire hors de l'institution ait pu être mis en place (Message, FF 2006 p. 6635, spéc. p. 6696). Cette règle a pour but d'éviter une libération qui nécessiterait immédiatement après un nouveau placement résultant en des allers-retours incessants de la personne entre l'établissement psychiatrique et le monde extérieur (Meier, op. cit., note de bas de page n. 2306, p. 663 ; Guillod, CommFam, op. cit., n. 78 ad art. 426 CC, p. 688). 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., in JdT 2017 III 75, p. 109). 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, s'agissant d'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 envisagé en application de l'art. 434 CC (TF 5A_341/2016 du 3 juin 2016 consid. 3.1).

E. 3.2.3

L'exigence d'une institution appropriée constitue un autre aspect de l'appréciation de la proportionnalité (Guillod, CommFam, op. cit., n. 67 ad art. 426 CC, p. 685). La notion d'institution doit être interprétée de manière large (Meier, op. cit., n. 1202, p. 639 ; Geiser/Etzensberger, BSK Zivilgesetzbuch I, op. cit., n. 35 ad art. 426 CC, p. 2612 ; Guide pratique COPMA 2012, n. 10.10, p. 246) et englobe ainsi les établissements fermés, mais aussi toutes les institutions, ouvertes ou mixtes, qui limitent la liberté de mouvement des personnes concernées, de par les mesures d'encadrement et de surveillance prévues (Meier, op. cit., n. 1203, p. 649 ; Guillod, CommFam, op. cit., n. 68 ad art. 426 CC, p. 685). L'institution doit fournir l'assistance et les soins dont la personne

- 22 - concernée a besoin ; elle est jugée appropriée si, par son organisation et le personnel dont elle dispose, elle permet de satisfaire les besoins essentiels de la personne placée, « appropriée » ne signifiant pas « idéale » ou « optimale » (TF 5A_212/2014 du 1er avril 2014 consid.

E. 3.3

En l'espèce, le recourant souffre d'une schizophrénie paranoïde, diagnostic posé par divers médecins psychiatres au fil de son histoire. Il présente également des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis. L'expert V. _____ a aussi mis en évidence un fonctionnement au seuil du profil dit « psychopathique mixte ». Il a relevé que la psychose du recourant altérerait l'intégration du vécu par des mécanismes de déni et que ses troubles altéreraient massivement l'appréciation de la réalité, les processus intellectuels, la gestion des pulsions, le système perceptif et les capacités d'intégration du vécu, la consommation de cannabis accentuant à ce titre les symptômes psychotiques. Le recourant a besoin d'un traitement médicamenteux neuroleptique pour stabiliser ses délires et comportements agressifs, afin d'éviter toute mise en danger de sa personne et des tiers. Son état est demeuré instable et a occasionné de nombreuses hospitalisations en milieu psychiatrique aigu. Or, le recourant n'est, du fait de sa pathologie, pas à même de comprendre et donc d'accepter cette nécessité. L'expérience montre qu'il n'est pas compliant, sauf s'il est contraint et forcé. Il refuse catégoriquement le traitement dépôt, ce qui permettrait pourtant d'envisager une meilleure intégration dans un foyer, voire qu'il bénéficie d'un appartement protégé. De même, le recourant ne prend le traitement oral quotidien que sous la supervision de l'équipe soignante, parfois après de longues négociations, dans le cadre contenant de l'hôpital. Dès qu'il sort de ce cadre, le recourant refuse et abandonne le traitement, dont il a pourtant impérativement besoin, ce qui entraîne très rapidement une nouvelle décompensation, grave, de nature psychotique. En effet, aux dires des professionnels, l'interruption du traitement médicamenteux occasionne chez lui une recrudescence des symptômes

- 23 - psychiques. Afin d'éviter ce risque d'interruption de son traitement qui doit être quotidien, les professionnels recommandent de mettre en place une médication dépôt, mais le recourant la rejette totalement. Le refus des injections a d'ailleurs conduit à la fin de son intégration au sein du J. _____ en 2023, puis aux difficultés rencontrées dans les autres

foyers ou EPSM. Dans ce contexte, il est évident, au vu des déclarations faites en première et en deuxième instances par le recourant, que des mesures ambulatoires sont en l'état vouées à l'échec, étant relevé qu'il s'oppose même au passage quotidien d'infirmiers comme préconisé. Ainsi, et comme le confirme l'expertise du 19 février 2025, il est nécessaire que le recourant reçoive des soins institutionnels. Un projet de soins ambulatoires, sans traitement neuroleptique de longue durée (dépôt) comporte un important et rapide risque de décompensation. Toute décompensation majore le risque que la maladie fait peser sur le recourant et sur autrui. D'après le Dr V. _____ toujours, sur le plan strictement médical, le milieu le plus à même de gérer les symptômes du recourant et ses comportements reste en l'état l'hôpital, même si la situation médicale devra être réévaluée, en ce qui concerne les possibilités d'autonomie, après une période de plusieurs semaines sous un traitement neuroleptique par dépôt. Et pour cause, il a été constaté que l'état de santé du recourant s'était en partie stabilisé et que son comportement s'améliorait significativement grâce au cadre hospitalier et à la reprise d'une médication neuroleptique, en dépit du fait que son délire n'était pas entièrement éradiqué par la médication. Les conditions de la cause et du besoin de protection pour maintenir un placement à des fins d'assistance étant réalisées, il y a lieu de confirmer cette mesure qui s'avère toujours justifiée et proportionnée. Aucune mesure moins incisive n'est à ce stade envisageable. Un placement en foyer n'étant, expérience faite, pas non plus une solution, Q. _____ demeure en l'état un établissement approprié. Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que la justice de paix a confirmé le placement à des fins d'assistance

- 24 - d'A. _____, respectivement rejeté la demande de l'intéressé de lever cette mesure. 4. En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. L'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. II. La décision est confirmée. III. L'arrêt est rendu sans frais judiciaires de deuxième instance. IV. L'arrêt est exécutoire. La présidente : La greffière : Du

- 25 - L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - M. A. _____, - SCTP, à l'att. de Mme I. _____, - Q. _____, à l'att. du médecin responsable, et communiqué à : - Mme la Juge de paix du district de la Riviera – Pays-d'Enhaut, 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 (Loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), 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 :

E. 4

La dernière – et présente – enquête devant la justice de paix a été ouverte à la fin de l'année 2024, sur requête d'A. _____ de lever son placement à des fins d'assistance, mais aussi des médecins qui demandaient une réévaluation de la situation. En effet, dans leur signalement du 17 octobre 2024, les médecins de Q. _____ ont relaté l'évolution de l'état clinique de la personne concernée et des difficultés qu'ils rencontraient dans le projet de placement. Ils ont exposé qu'A. _____ avait été placé dans leur unité dans un contexte de décompensation psychotique avec un épisode hétéro- agressif à l'EPSM T. _____ et que, depuis lors, son état s'était en partie stabilisé grâce au cadre hospitalier et à la reprise d'une médication

- 8 - neuroleptique orale par C. _____ ; sur le plan clinique, il persistait des éléments délirants résiduels (idées délirantes d'empoisonnement et de persécution) ainsi qu'une charge anxieuse avec tension interne. Les médecins ont par ailleurs relevé un épisode de comportement hétéro-agressif envers une autre patiente et des menaces hétéro-agressives à l'égard d'un soignant. Ils ont exposé qu'A. _____ se montrait en partie conscient de ses troubles psychiatriques, admettant avoir besoin d'un suivi psychiatrique mais qu'il était anosognosique des symptômes délirants et niait ses comportements hétéro-agressifs ; il refusait en outre la mise en place d'un traitement neuroleptique en dépôt qui était tout à fait indiqué dans sa situation. Les éléments cliniques justifiaient la poursuite de soins psychiatriques aigus en milieu hospitalier pour une durée n'allant pas au-delà de quelques semaines. Concernant le projet de placement, les médecins ont rappelé que l'intéressé était placé depuis septembre 2018 et qu'il avait effectué plus d'une quinzaine d'hospitalisations en milieu psychiatrique aigu depuis lors, qu'il avait par ailleurs été placé dans trois foyers, sans succès, ces placements s'étant tous terminés par l'expulsion d'A. _____ en raison de comportements hétéro-agressifs et antisociaux, en partie majorés lorsque sa pathologie psychiatrique n'était pas stabilisée en conséquence d'une mauvaise compliance médicamenteuse. Les différents échecs de placement de même que les discussions avec les différents directeurs des EPSM faisaient penser aux médecins que l'actuelle mesure de placement était difficilement applicable en ce sens que la vie en communauté ne semblait pas compatible avec le fonctionnement de la personne concernée, comme en attestaient les différents épisodes hétéro-agressifs. Dans ce contexte, les médecins de Q. _____ ont sollicité une réévaluation du placement à des fins d'assistance, ajoutant que le projet envisagé était l'intégration d'un appartement privé supervisé par des passages infirmiers à domicile et la mise en place d'un suivi psychiatrique, tout en précisant qu'au vu de la mauvaise compliance médicamenteuse, un traitement neuroleptique dépôt était indiqué.

- 9 -

E. 5

Le 7 novembre 2024, la juge de paix a interpellé les médecins de Q. _____ et a demandé qu'ils confirment que les conditions médicales étaient remplies pour lever le placement à des fins d'assistance, malgré l'expertise du 15 février 2024 récemment rendue. Dans son rapport du 28 novembre 2024, le Dr P. _____, chef de clinique adjoint auprès de Q. _____, a indiqué qu'A. _____ était hospitalisé à Q. _____ pour une décompensation psychotique à la suite d'une rupture de traitement, qu'il bénéficiait d'une médication neuroleptique per os qui lui permettait d'être relativement compensé sur le plan psychiatrique et qu'il acceptait difficilement toute adaptation/majoration du traitement, nécessitant un long travail de négociation. A. _____ refusait les prises de sang et électrocardiogrammes de contrôle en raison d'un sentiment de persécution. A long terme, ce médecin a estimé judicieux que la personne concernée puisse bénéficier d'une médication sous la forme d'un dépôt injectable pour faciliter la compliance et limiter le risque de rechute, relevant qu'à ce stade, des mesures ambulatoires permettraient à celui-ci de bénéficier d'un cadre juridique et médical précis, avec des conséquences claires en cas de rupture du traitement. Le Dr P. _____ a recommandé qu'A. _____ puisse bénéficier de passages réguliers d'infirmiers indépendants au domicile afin de s'assurer de la compliance médicamenteuse notamment, tout en précisant ne pas être opposé à une prise en charge institutionnelle en raison de la complexité de la situation, si la situation venait à se péjorer. Il a suggéré qu'A. _____, compte tenu des divers échecs de la vie en milieu

communautaire, puisse bénéficier d'un appartement à distance des milieux urbains à forte densité de population. Selon le médecin, l'intéressé ne présentait pas de risque pour lui-même ou autrui.

E. 6

Considérant qu'il n'était pas attesté que les conditions, d'un point de vue médical, étaient remplies pour lever le placement à des fins

- 10 - d'assistance, la justice de paix a mis en œuvre, le 10 décembre 2024, une nouvelle expertise psychiatrique à l'égard d'A._____.

E. 7

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 19 février 2025, le Dr V._____, psychiatre psychothérapeute FMH à [...], a confirmé le diagnostic de schizophrénie paranoïde, évolution continue, ainsi qu'une utilisation de cannabis nocive pour la santé. Il a exposé que l'évolution était caractérisée par de nombreuses hospitalisations, survenant dans un schéma récurrent de refus et d'abandon des soins, amenant des décompensations graves, de nature psychotique. Il a relevé la rapidité avec laquelle A._____ décompensait lorsqu'il se trouvait en rupture de prise de sa médication, expliquant ainsi le nombre élevé d'hospitalisations depuis 2018. L'expert a ajouté que le grave trouble psychiatrique altérait massivement l'appréciation de la réalité et infiltrait les processus intellectuels, la gestion des pulsions, le système perceptif et les capacités d'intégration du vécu ; de plus, la consommation de cannabis ne semblait pas continue actuellement mais constituait un point supplémentaire de fragilité chez A._____, dans le sens que lorsqu'elle était prise, cette substance accentuait des symptômes psychotiques déjà importants ; les symptômes récurrents comprenaient des hallucinations auditives et un délire mixte, caractérisé par un intense vécu de persécution, étant précisé que le délire comprenait des thématiques d'empoisonnement (nourriture, eau, médicaments), ce qui renforçait la difficulté à adhérer aux soins psychiatriques. Par ailleurs, l'expert a mis en évidence un fonctionnement au seuil du profil dit « psychopathique mixte », qui constituait un indice supplémentaire de gravité, et précisé que ce fonctionnement augmentait le risque de passage à l'acte hétéro-agressif et délictueux, au sens plus large. Selon l'expert, les récentes prises de position de Q._____ étonnaient et les potentialités violentes d'A._____ paraissaient nettement sous-estimées, alors que plusieurs comportements de cette nature étaient décrits dans les antécédents, y compris à l'extérieur de l'hôpital. L'expert a relevé qu'A._____ présentait un danger à la fois pour

- 11 - lui-même et pour autrui, que la situation clinique actuelle restait inquiétante, que la psychose altérait l'intégration du vécu par des mécanismes de déni, et que s'y ajoutaient des facteurs psychopathiques qui amenaient l'intéressé à réaménager la réalité, possiblement de façon consciente, pour donner l'illusion d'une maîtrise et d'une adhésion au traitement.

L'expert a constaté que le patient n'était pas en mesure d'assumer la participation personnelle dans la situation qui avait abouti à son placement à des fins d'assistance, qui était vécu exclusivement sur le mode de la persécution et qu'il n'était pas en mesure de comprendre la nécessité de bénéficier d'une médication neuroleptique en forme de dépôt. Les constatations cliniques montraient que si son délire n'était pas entièrement éradiqué par la médication, son comportement s'améliorait significativement lorsqu'une dose correcte était prise. Il a mentionné que l'intérêt des formes dépôt était démontré en psychiatrie, dès le moment où une schizophrénie était associée à un important risque de rupture de la

compliance médicamenteuse et de trouble du comportement. Selon l'expert, A. _____ présentait une autre caractéristique préoccupante, à savoir qu'il se verrouillait dans une attitude de toute-puissance, estimant ainsi qu'il suffisait de demander la levée du placement et de rechercher un appartement pour que cela soit une réalité et qu'il faisait notamment preuve de pression psychologique sur l'équipe de soins, dans un chantage à l'agressivité bien perçue dans le cadre de l'expertise au sujet de la modalité d'administration de sa médication neuroleptique. Au vu de la gravité du trouble, des nombreux échecs documentés de traitements administrés sur une base ambulatoire, de la rapidité avec laquelle l'intéressé décompensait lorsqu'il ne prenait plus son traitement, de la haute probabilité qu'il interrompe rapidement sa médication et les entretiens lorsqu'il ne serait plus contenu par un milieu hospitalier et finalement du risque que ce trouble comportait pour l'intéressé et pour autrui, l'expert a indiqué qu'il voyait difficilement comment il pourrait soutenir les chances de succès d'un traitement ambulatoire dans les conditions actuelles. Il apparaissait qu'en l'état, la

- 12 - structure la plus à même de contenir les symptômes psychiatriques d'A. _____ restait l'hôpital. Pour aller progressivement vers un élargissement du projet de soins, le Dr V. _____ a estimé que la condition minimale de stabilité serait l'instauration d'un neuroleptique de longue durée (dépôt) avec un recul suffisant de plusieurs semaines, répétant qu'en l'absence d'un tel traitement, il existait un risque important et rapide de décompensation ; il restait toutefois probable, selon l'expert, que même avec une médication en dépôt, que l'intéressé pouvait interrompre, son état psychique nécessite de nouvelles hospitalisations et qu'un cadre de vie en structure institutionnelle reste nécessaire, A. _____ ou des tiers courant un risque concret s'il n'était pas pris en charge dans une institution, risque par ailleurs également présent en milieu institutionnel, comme le passé le démontrait.

E. 8

Le 20 mars 2025, le directeur de l'EPSM T. _____ a indiqué qu'A. _____ s'était montré méprisant et menaçant envers l'équipe soignante et les autres résidents, qu'il avait été agressif et impulsif, qu'il avait refusé de prendre ses traitements et les soins et qu'une quinzaine de jours après son arrivée, il avait violemment molesté son voisin de chambre ce qui avait conduit à l'intervention de la police. Le 25 mars 2025, le directeur de X. _____ a indiqué que durant son séjour dans l'établissement, le comportement d'A. _____ avait été marqué par des attitudes provocatrices, celui-ci ne semblant pas mesurer l'impact de ses agissements sur les autres résidents. Le directeur a estimé que la vie en institution ne constituait pas une solution adaptée pour la personne concernée. Le 26 mars 2025, le directeur de [...] a exposé que, durant le court séjour d'A. _____ dans leur établissement, celui-ci avait rencontré des difficultés relationnelles récurrentes avec l'équipe soignante et les autres résidents et avait adopté des comportements dérangeants, en lien avec ses troubles psychiques, adoptant une attitude parfois intrusive, manipulatrice voire menaçante, ce engendrait un climat d'insécurité dans

- 13 - le groupe ; des conflits relationnels avaient régulièrement éclaté. Il a relevé que les troubles psychotiques, lorsqu'ils n'étaient pas modérés par une médication adaptée, provoquaient des comportements difficiles à gérer dans le milieu communautaire. Il a ajouté que la non-compliance pharmacologique était un élément central de la difficulté rencontrée tout au long de la prise en charge médico-sociale, que ce soit en hébergement ou en appartement supervisé. Il a encore rapporté que l'équipe soignante avait pu constater une

meilleure stabilité d'A._____ dans le quotidien lors de son séjour en appartement parce qu'il était moins exposé à la vie de groupe, de sorte que la vie en EPSM ne paraissait pas une option dans la durée sans risque pour l'entourage direct (résidents et/ou professionnels).

E. 9

A l'audience de la justice de paix du 28 mars 2025, la personne concernée, sa curatrice et la Dre G._____, médecin à Q._____, ont été entendues. A._____ a expliqué qu'il refusait le traitement dépôt par injection en raison des effets secondaires. Il a déclaré souhaiter pouvoir s'installer seul dans un appartement avec l'aide de son père et de son frère si besoin. Questionné sur le rapport du Dr V._____, il ne l'a pas remis en question tout en relevant que d'autres rapports médicaux contenus dans cette expertise étaient mensongers sur certains points. Concernant son suivi médical, il s'est dit d'accord avec la mise en place de mesures ambulatoires, précisant toutefois qu'il préférerait rester à l'hôpital plutôt que de devoir prendre sa médication sous forme injectable. En cas de suivi ambulatoire, en lien avec la prise de sa médication, il a également refusé qu'un passage journalier soit mis en place ou qu'il doive se rendre dans une pharmacie, estimant avoir d'autres choses à faire de ses journées. Il a enfin indiqué vouloir quitter la Suisse pour se rendre en [...] auprès de sa famille, les contraintes actuelles étant trop pesantes pour lui.

- 14 - I._____ a indiqué être consciente que l'hôpital n'était pas un lieu de vie pour A._____ mais être étonnée de ne pas avoir été impliquée dans le projet d'un éventuel retour à domicile avec mesures ambulatoires projeté par Q._____. La Dre G._____ a indiqué qu'A._____ avait changé d'unité en janvier 2025 et qu'au vu de l'échec des projets de placement en foyer, un projet de retour à domicile avait été construit avec l'intéressé. Concernant le rapport d'expertise, la médecin a précisé qu'il n'était pas aligné sur les symptômes actuels du patient, estimant qu'A._____ avait atteint une certaine stabilité depuis l'augmentation de la médication en janvier 2025, que son comportement s'était amélioré depuis son arrivée et qu'il acceptait sa médication per os, refusant toutefois toujours le traitement dépôt. Elle a précisé qu'il n'y avait pas de différence d'efficacité si un médicament était transmis par dépôt ou per os, expliquant qu'il n'existait pas de médication per os hebdomadaire, celle-ci devant être quotidienne. S'agissant du risque d'échec en cas de retour à domicile, ce qui avait été constaté par le passé, la médecin n'a pas su dire ce qui serait différent aujourd'hui. Selon la médecin, un passage journalier à domicile serait nécessaire afin de s'assurer que la médication soit bien prise ; une solution alternative serait que la personne concernée se rende tous les jours en pharmacie pour y chercher sa médication. En droit : 1.