

VD_GERICHTE E517.041700 vom 21. Dezember 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-12-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_E517.041700

FR: VD_GERICHTE E517.041700 du 21 décembre 2017

IT: VD_GERICHTE E517.041700 del 21 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

En raison d'une décompensation psychotique et d'importantes difficultés psychologiques, G._____ a été placé sous tutelle (art. 372 aCC) par décision de la justice de paix du 27 novembre 2001. Le 1er janvier 2013, après l'introduction du nouveau droit de la protection de l'adulte et de l'enfant, cette mesure tutélaire a été transformée de plein droit en une curatelle de portée générale à forme de l'art. 398 CC.

E. 1.1.1

Contre une telle décision, le recours de l'art. 450 CC est ouvert (Guillod, CommFam, Protection de l'adulte, Berne 2013, n. 9 ad art.

- 11 - 439 CC et les références, p. 783, n. 15 in fine ad art. 450 CC, p. 913 ; De Luze/Page/Stoudmann, Droit de la famille, Code annoté, Lausanne 2013, n. 1.1. in fine ad art. 439 CC et références, p. 748, n. 1.1, p. 777 ; circulaire n° 30 du Tribunal cantonal du 5 décembre 2012 sur les voies de droit en matière de protection de l'adulte et de l'enfant, ch. 4) 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, RSV 211.255] et 76 al. 2 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]), dans les dix jours dès la notification de la décision (art. 450b al. 2 CC). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile devant la juridiction compétente.

E. 1.1.2

Les personnes parties à la procédure, les proches de la personne concernée 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). La qualité pour recourir suppose un intérêt actuel et pratique à obtenir l'annulation de la décision attaquée (art. 59 al. 2 let. a CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 450f CC). Cet intérêt doit exister tant au moment du dépôt du recours qu'à celui où la décision est rendue (cf. ATF 137 II 40 c. 2; ATF 136 II 101 c. 1.1). A priori, il n'existe plus lorsqu'une personne recourant contre sa détention est libérée durant la période de recours. Ceci vaut tant pour la privation de liberté dans le domaine pénal (ATF 136 I 274 c. 1.3) qu'en matière administrative (ATF 137 I 23 c. 1.3; TF 2A.748/2006 du 18 janvier 2007 c. 2.2), ou encore pour la privation de liberté [civile] à des fins d'assistance (ATF 136 III 497 c. 1.1; TF 2C_745/2010 du 31 mai 2011 c. 4.2). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il convient toutefois de renoncer à l'exigence d'un intérêt actuel lorsque cette condition de recours fait obstacle au contrôle de la constitutionnalité d'un acte qui pourrait se reproduire en tout temps, dans des circonstances semblables, et qui, en raison de sa brève durée ou de ses effets limités dans le temps,

- 12 - échapperait ainsi toujours à la censure judiciaire (ATF 136 III 497 c. 1.1; TF 5A_656/2007 du 13 mars 2008 c. 1.2 non publié à l'ATF 134 I 209 et les arrêts cités). Il en va ainsi notamment lorsque le recourant, qui demeure placé à des fins d'assistance, conteste la licéité d'un placement en chambre fermée qui a déjà pris fin au moment du dépôt du recours, le recourant conservant un intérêt à faire contrôler la constitutionnalité et la licéité de la mesure de chambre fermée dont il a fait l'objet dès lors qu'elle est susceptible de se reproduire (TF 5A_656/2007 précité c. 1.2). Au regard de ce qui précède, le recourant a par conséquent un intérêt actuel au recours. 1. Le recours doit être interjeté par écrit, mais il 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, 2016, n. 1332, p. 642). En l'espèce, le recours a été déposé par écrit et contient une motivation étayée.

E. 1.2.1

La Chambre des curatelles 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 (Droit de la protection de l'adulte, Guide pratique COPMA, 2012 [ci-après : Guide pratique COPMA 2012], n. 12.34, p. 289). Notamment, elle établit les faits d'office (art. 446 al. 1 CC) et n'est pas liée par les conclusions des parties (art. 446 al. 3 CC ; Meier, op. cit., nn. 215 et 245, pp. 108 et 125).

1.3.2 Devant le juge de paix, le recourant a pris des conclusions tendant à la constatation du caractère illicite des traitements médicaux qui lui ont été administrés sans son consentement à partir du 21 janvier 2017, du caractère illicite des mesures limitatives de liberté qui lui

- 13 - auraient été imposées entre le 26 janvier et le 4 avril 2017 et de l'illégalité des mesures de placement en chambre fermée dont il aurait fait l'objet entre le 28 mai et le 2 juin 2017, ainsi que les 9 et 13 juin 2017, puis à partir du 13 juin 2017, pour une durée d'environ une semaine. Dans le cadre de la présente procédure, le recourant conclut à la constatation du caractère illicite des traitements médicaux qui lui ont été administrés lors de son hospitalisation entre le 26 janvier 2017 et le 28 août 2017 dans le cadre du placement à des fins d'assistance dont il fait l'objet et du caractère illicite du placement en chambre fermée qui lui aurait été imposé à partir du 28 mai 2017, pour une durée d'environ trois semaines. Les conclusions prises par le recourant dans le cadre de la présente procédure sont plus larges que celle qu'il a formulées précédemment. Toutefois, elles sont recevables dès lors que la Chambre des curatelles, qui applique la maxime d'office, n'est pas liée par les conclusions des parties. Répondant aux règles de forme légales, le recours est recevable. Les pièces qui y sont jointes le sont également. 2.

E. 2

Du fait de problèmes psychiatriques lourds et chroniques, résultant d'une schizophrénie indifférenciée associée à un retard mental léger, G. _____ a subi de nombreuses décompensations psychiques qui l'ont conduit à de multiples hospitalisations. Eprouvant des difficultés à adhérer durablement à la médication prescrite, G. _____ a bénéficié de mesures de protection plus importantes afin d'être pris en charge efficacement. A cette fin, des placements provisoires à des fins d'assistance, d'abord par décision médicale, puis par décision de l'autorité de protection, ont été ordonnés. Ainsi, entre le 26 janvier et le 4 avril 2017, G. _____ a séjourné essentiellement à la Clinique de Nant. A sa sortie de

l'établissement, les Drs S._____ et B._____, médecin chef et médecin assistante de la clinique, ont adressé un rapport au juge de paix le 13 avril 2017. Selon ce document, une probable non-compliance médicamenteuse du patient avait mené à une recrudescence de la symptomatologie

- 5 - psychotique et le cadre hospitalier ainsi que les traitements médicamenteux et ergothérapeutiques qui avaient été mis en place avaient permis une évolution favorable lente, de même que le prolongement du placement. En outre, vu la difficulté du patient à adhérer aux soins et sa désorganisation importante, source de mise en danger, des mesures limitatives de liberté avaient été nécessaires. Pour éviter une augmentation des symptômes, les médecins avaient maintenu une médication d'Haldol en concomitance avec un traitement d'Abilify et avaient laissé le soin aux thérapeutes externes de réévaluer la médication prescrite selon l'évolution clinique, préconisant une prudence extrême quant à la réduction de la médication. A la sortie du patient, du Nicotinell Force 1, de l'Abilify, de l'Haldol et du Temesta avaient été prescrits selon des quantités qui avaient été précisées pour chaque médicament. G._____ a également séjourné à la Clinique de Nant du 28 avril au 5 mai 2017, du 16 au 22 mai 2017, puis du 25 mai au 27 juillet 2017, toujours sous décision de placement de l'autorité de protection. Selon le rapport de sortie établi le 27 juillet 2017 par les médecins précités, l'évolution clinique était lente et nécessitait de multiples adaptations médicamenteuses. Malgré des doses élevées, la prise d'Haldol s'avérait peu efficace. En outre, on observait une meilleure réponse clinique avec le Clopixol, le traitement par benzodiazépine (Temesta) étant adapté. Vu l'importante agitation psychomotrice du patient et le risque hétéro-agressif qu'il présentait, des mesures de contrainte avaient été prises (fermeture de la porte de la chambre, fermeture de la porte du service et fermeture des armoires). Cela étant, en dépit de ces mesures, le patient avait fugué à de multiples reprises, parfois pendant plus d'une semaine. Enfin, le patient avait bénéficié d'un traitement stabilisateur de l'humeur (Dépakine) qu'il avait bien toléré. Le traitement prescrit à la sortie comportait du Clopixol dépôt, de la Depakine Chrono et du Clopixol dragée. En outre, G._____ a séjourné à la Clinique de Nant du 2 août au 28 août 2017, toujours sous placement de l'autorité de protection. D'après le rapport médical du Dr S._____ du 5 octobre 2017, G._____

- 6 - a reçu à ce moment-là un traitement médical composé de neuroleptiques et d'anxiolytiques comportant de la Depakine Chrono, du Clopixol Dépôt et de l'Akineton retard.

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 n'est pas affectée de vices d'ordre formel. Elle ne doit annuler une décision que s'il ne lui est pas possible de faire autrement, soit parce qu'elle est en présence d'une procédure informelle, soit parce qu'elle constate la violation d'une règle essentielle de la procédure à laquelle elle ne peut elle-même remédier et qui est de nature à exercer une influence sur la solution de l'affaire (Poudret/Haldy/Tappy, Procédure civile vaudoise, 3e éd., Lausanne 2002, nn. 3 et 4 ad art. 492 CPC-VD, p. 763, point de vue qui demeure valable sous l'empire du nouveau droit).

- 14 -

E. 2.1.1

Aux termes de l'art. 439 al. 1 CC, la personne concernée ou l'un de ses proches peut en appeler au juge en cas de placement ordonné par un médecin (ch. 1), de maintien par l'institution (ch. 2), de rejet d'une demande de libération par l'institution (ch. 3), de traitement de troubles psychiques sans le consentement de la personne concernée (ch. 4) ou d'application de mesures limitant la liberté de mouvement de la personne concernée (ch. 5). Le délai d'appel est de dix jours à compter de la notification de la décision ; pour les mesures limitant la liberté de mouvement, il peut en être appelé au juge en tout temps (art. 439 al. 2 CC). Toute requête d'un contrôle judiciaire doit être transmise immédiatement au juge compétent (art. 439 al. 4 CC), soit au juge de paix du domicile de la personne concernée ou à celui du lieu de l'établissement où la personne est placée ou libérée (art. 10 et 25 LVPAE).

E. 2.1.2

En l'espèce, le Juge de paix du district de la Riviera – Pays- d'Enhaut était compétent pour statuer sur l'appel formé par G._____, domicilié à Montreux – puis placé à l'EMS Alexandra, à Chernex – en application des art. 439 al. 1 ch. 3, 4 et 5 CC.

E. 2.1.3

Le juge de paix a rendu sa décision le 31 octobre 2017, après avoir procédé à l'audition du recourant le même jour. Le droit d'être entendu de la personne concernée a donc été respecté (art. 447 al. 1 CC). S'estimant suffisamment renseignée, la Chambre des curatelles n'a pas procédé à l'audition du recourant. Celui-ci a d'ailleurs indiqué ne pas solliciter son audition personnelle en application de l'art. 450e al. 4 CC, dans la mesure où il a déjà été entendu par la juridiction de première instance et que l'ensemble de ses griefs se fondent sur les pièces versées au dossier. 3. Le recourant fait valoir que l'exigence d'un plan de traitement écrit avec son consentement n'a pas été respectée et que l'ensemble des traitements médicaux qui lui ont été administrés sans qu'il y ait clairement consenti seraient ainsi illicites.

- 15 -

E. 3

Durant ses séjours en clinique, G._____ a fait l'objet de deux plans de traitement. Celui du 31 mai 2017, de la Dresse Q._____, fait état d'objectifs de stabilisation de l'état psychique du patient, de la réintroduction d'une médication neuroleptique et comporte la mention suivante : « initialement, cadre contenant avec mesures limitatives de liberté au vu du risque hétéroagressif ». A titre de mesures thérapeutiques, le plan prévoit des entretiens médico-infirmiers et des réunions de réseau. Il précise aussi que la personne concernée a été informée des modalités de l'hospitalisation et de ses droits, qu'elle a accepté le plan de traitement et qu'elle a été renseignée sur la médication et les éventuels effets indésirables de celle-ci. Ce plan de traitement ne porte pas la signature de la personne concernée, ni celle du médecin. Le plan de traitement établi le 14 juin 2017 par le même médecin indique comme objectifs de traitement ce qui suit : « patient qui présente un état de décompensation psychotique aiguë évoluant depuis plusieurs mois avec agitation psychomotrice, persécution et risque hétéro-agressif élevé avec nécessité d'administration d'un traitement par voie intra-musculaire et mesures limitatives de liberté. Risque de fugue élevé. Adaptation du traitement médicamenteux et ouverture progressive du cadre. Rencontre de réseau organisée ». Le plan de traitement mentionne que le patient a été informé sur les modalités de son hospitalisation et de ses droits, qu'il a été renseigné sur la médication et

ses éventuels effets indésirables, mais qu'il ne l'accepte pas. Le plan de traitement ne comporte ni la signature du patient ni celle du médecin.

- 7 -

E. 3.1.1

Selon l'art. 433 CC, lorsqu'une personne est placée dans une institution pour y subir un traitement en raison de troubles psychiques, le médecin traitant établit un plan de traitement écrit avec elle et, le cas échéant, sa personne de confiance (al. 1). Le médecin traitant renseigne la personne concernée et sa personne de confiance sur tous les éléments essentiels du traitement médical envisagé ; l'information porte en particulier sur les raisons, le but, la nature, les modalités, les risques et les effets secondaires du traitement, ainsi que sur les conséquences d'un défaut de soins et sur l'existence d'autres traitements (al. 2). Le plan de traitement est soumis au consentement de la personne concernée. Si elle est incapable de discernement, le médecin traitant prend en considération d'éventuelles directives anticipées (al. 3). Le plan de traitement est adapté à l'évolution de la médecine et à l'état de la personne concernée (al. 4). Le médecin devra renseigner l'intéressé sur tous les éléments essentiels de la thérapie envisagée, mais il devra aussi l'informer sur les examens passés ou encore prévus, le diagnostic posé, les thérapies envisagées, les risques, les inconvénients, les avantages qu'elles comportent, leur pronostic (Guillod, Commentaire du droit de la famille [ci- après cité : CommFam], Protection de l'adulte, Berne 2013, n. 15 ad art. 433 CC, p. 742), ainsi que sur les conséquences d'un défaut de soins et l'existence d'autres traitements (art. 433 al. 2, p. 738 ; Guide pratique COPMA 2012, n. 10.34 ad art. 433 CC, p. 257). Le plan de traitement devra aussi correspondre à l'état actuel de la science médicale et, brièvement, justifier l'approche thérapeutique proposée (Guillod, op. cit., n. 15 ad art. 433 CC, p. 743). N'étant pas un document immuable, il devra être adapté à l'évolution de la médecine et à l'état de la personne concernée (art. 433 al. 4 CC ; Guillod, op. cit., n. 16 ad art. 433 CC, p. 743). En outre, il devra être établi par le médecin chef du service concerné, la doctrine précisant que le praticien en cause devra être au bénéfice d'un titre de médecin spécialiste FMH et qu'il devra avoir la responsabilité de l'ensemble de la clinique ou, tout du moins, de la division concernée (Geiser/Etzensberger,

- 16 - Basler Kommentar, nn. 32 ss. ad art. 434 CC, pp. 2483 ss. ; Guillod, op. cit., n. 29 ad art. 434 CC, p. 755).

E. 3.1.2

Le document établissant le plan de traitement écrit doit être signé uniquement par le médecin qui l'établit, mais pas par la personne concernée (Guillod, op. cit., n. 18 ad art 433 CC). Si la personne concernée est capable de discernement et qu'elle accepte le plan, ce qui devrait être mentionné dans le document, la mise en œuvre du plan peut démarrer immédiatement. Si la personne concernée n'est pas d'accord avec le plan (ou incapable de se prononcer), elle ne peut en bloquer l'achèvement ; le plan mentionnera simplement que le patient n'a pas pu ou voulu l'accepter et sa mise en œuvre dépendra de la réalisation des conditions prévues par l'art. 434 CC (Guillod, op. cit., n. 25 ad art. 433 CC).

E. 3.1.3

Le plan de traitement comme tel n'est pas susceptible de faire l'objet d'un appel au juge (Guillod, op. cit., n. 32 ad art. 433 CC ; Geiser/Etzensberger, op. cit, n. 21 ad art. 433 CC).

E. 3.1.4

Pour être licite, tout traitement médical doit en principe s'appuyer sur le consentement libre et éclairé de la personne concernée, capable de discernement. Un traitement sans consentement constitue généralement une atteinte à la personnalité en droit privé (art. 28 CC) et une restriction à la liberté personnelle en droit public (art. 10 Cst. féd. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101]). Pour être appliqué, il doit répondre aux conditions de restriction des droits fondamentaux prévues par l'art. 36 Cst. féd., c'est-à-dire être fondé sur une base légale, être justifié par un intérêt public ou par la protection d'un droit fondamental d'autrui et être proportionné au but visé (Guillod, op. cit., nn. 1 et 2 ad art. 434 CC et références, p. 748 ; TF 5A_66/2009 du 6 avril 2009).

E. 3.1.5

Par l'introduction du nouvel article 434 CC, le droit fédéral impose depuis le 1er janvier 2013 un régime juridique uniforme et exhaustif valable dans tous les cantons (Guillod, op. cit., n. 5 ad art. 434 CC et références, p. 749). Le champ d'application de cette norme se limite

- 17 - exclusivement aux patients placés à des fins d'assistance en raison de troubles psychiques et ne concerne pas les personnes placées et atteintes de déficience mentale ou souffrant de troubles psychiques nécessitant uniquement un traitement somatique (cf. Guillod, op. cit. n. 5 ad art. 434 CC et réf. citées, p. 749 ; nn. 3 et 8 à 11 ad art. 433 CC et références, pp. 740-741).

E. 3.1.6

Selon le dictionnaire de français Larousse, dans sa version électronique, le terme « traitement » se définit comme l'ensemble des méthodes qui sont employées pour lutter contre une maladie et qui visent à la guérir. Pour le Littré, autre dictionnaire de la langue française en ligne, il consiste en la manière de conduire une maladie, à l'effet soit de la guérir, d'en diminuer le danger, de calmer les souffrances qu'elle cause, d'atténuer ou de dissiper les suites qu'elle peut entraîner. Le traitement forcé, dans le cadre du placement à des fins d'assistance, pourra ainsi se comprendre comme l'ensemble des mesures thérapeutiques nécessaires au traitement des troubles psychiques du patient qui sont à l'origine de son placement. C'est l'interprétation qui résulte en substance de l'avis exprimé par Geiser dans le commentaire bâlois précité (éd. 2014, n. 27 ad art. 434/435 CC, p. 2482), qui a été récemment suivi par le Tribunal fédéral (TF 5A_255/2017 du 18 août 2017 consid. 2.4.3. Tout d'abord, l'auteur constate que la loi ne règlemente pas précisément ce qu'il convient d'entendre par plan de traitement et qu'en particulier, elle n'indique pas si celui-ci peut se comprendre comme comportant un ensemble d'interventions thérapeutiques propres à soigner le patient durant un temps donné – par exemple, une série d'injections –, ou si un nouveau plan doit être établi à chaque nouvelle étape du traitement. Bien que considérant comme préférable qu'à chaque nouvelle étape d'une thérapie, dont la nécessité médicale sera reconnue, l'on s'efforce d'obtenir le consentement du patient afin d'éviter de le contraindre et d'obliger le médecin responsable à rendre, pour l'autorisation de chaque nouvelle étape, une décision formelle, il estime ensuite que le traitement devra être considéré comme un tout et qu'il devra pouvoir être ordonné, pour un laps de temps donné, par une seule et même décision. Geiser précise encore qu'à l'instar de ce que prévoit l'art. 431 CC, pour le placement à des fins

- 18 - d'assistance, le plan de traitement ne devra pas, en principe, excéder six mois, sans qu'une nouvelle décision ne soit rendue. Par ailleurs, le traitement sera considéré comme

contraint non seulement lorsque des médicaments seront administrés par la force physique, mais également lorsque le patient sera amené à y consentir à la suite d'une menace d'administration forcée (TF 5A_666/2013, du 7 octobre 2013 ; TF 5P_366/2002, du 26 novembre 2012, JdT 2016 III 149).

E. 3.1.7

Au regard de l'art. 434 CC, plusieurs conditions doivent être réunies pour qu'un traitement forcé puisse être administré. Outre que la personne concernée ne doit pas y avoir consenti, un plan de traitement visant à soigner les troubles psychiques à l'origine du placement doit avoir été établi (Guillod, op. cit., nn. 8 et 9 ad art. 434 al. 1 C, p. 750). L'art. 433 CC, auquel renvoie l'art. 434 al. 1 CC, définit à cet égard les modalités d'établissement d'un tel plan et l'on peut renvoyer à ce qui a été dit ci-dessus consid. 3b. Le traitement sans consentement (l'arrêt JdT 2016 III 149 mentionne à tort qu'il s'agit du plan de traitement, celui-ci ne pouvant faire l'objet d'un appel au juge, cf. consid. 3b ci-dessus) devra aussi faire l'objet d'une décision écrite qui devra être notifiée à la personne concernée et qui devra indiquer les voies de recours, soit la possibilité de faire appel au juge, dans les dix jours suivant sa notification (art. 439 al. 1 ch. 4 CC ; Guillod, op. cit., n 30 CC ad art. 434 CC, p. 75).

E. 3.1.8

Outre les conditions formelles décrites ci-dessus, le traitement sans consentement d'une personne en institution requiert également la réalisation de trois conditions matérielles. En premier lieu, l'absence de traitement doit mettre « gravement en danger la santé de la personne concernée ou la vie ou l'intégrité corporelle d'autrui », notions qui doivent être interprétées restrictivement (Guillod, op. cit., nn. 12 et 13 ad art. 434 CC et références, p. 751). La décision du médecin-chef du service concerné ne doit pas aller au-delà de cet objectif. En particulier, ne peuvent pas être prévues dans le plan de traitement, sans le consentement de l'intéressé, des mesures simplement souhaitables d'un point de vue médical visant à améliorer son

- 19 - état de santé et son bien-être mais qui ne permettront pas d'éviter les risques de préjudices mentionnés par la loi (Guide pratique COPMA 2012, n. 10.44 ad art. 434 CC, p. 259). La commodité institutionnelle ou le souci d'éviter une perturbation de la vie communautaire ne peuvent pas non plus justifier un traitement sans consentement (Guillod, op. cit., n. 12 ad art. 434 CC et références, p. 751). En outre, le pronostic relatif au danger grave pour la santé de la personne concernée ou pour la vie ou l'intégrité d'autres personnes doit être posé à l'aide de critères professionnels médicaux et doit, si nécessaire, être motivé (Guide pratique COPMA 2012, n. 10.44, p. 259). En deuxième lieu, la personne concernée ne doit pas avoir le discernement requis pour saisir la nécessité du traitement (art. 434 al. 1 ch. 2 CC). La capacité de discernement doit s'apprécier in concreto, c'est-à-dire par rapport à la nécessité du traitement dans un cas donné. En particulier, seront notamment considérés comme n'ayant pas leur discernement les patients qui n'auront pas la capacité de jugement nécessaire, notamment en raison de démence, d'une déficience grave de l'intelligence ou de troubles de la personnalité, et qui ne pourront donc exprimer ni leur consentement ni le rejet de la mesure. Il pourra également s'agir de patients souffrant d'une maladie comme, par exemple, la schizophrénie, affection de nature à perturber leur perception ou qui les rendra incapables de prendre une décision, en particulier, dans le cas d'une dépendance. Bien que comprenant de quoi il s'agit, ces patients ne seront pas en mesure de consentir à un traitement approprié et exprimeront leur opposition verbalement ou même physiquement,

parce qu'ils ne seront pas à même d'évaluer raisonnablement leur situation en raison d'un état de faiblesse affectant leur condition personnelle (cf. de Luze/Page/Stoudmann, op. cit., n. 1.3 ad art. 434 CC, p. 741 ; Guillod, op. cit., n. 18 ad art. 434 CC, p. 752). En troisième lieu, l'inapplication de mesures appropriées moins rigoureuses doit rendre impérative l'administration du traitement forcé. Cette troisième condition, qui revient à faire application du principe de proportionnalité, doit s'apprécier par rapport à la cause du placement et à

- 20 - l'état de la science médicale. Elle porte à la fois sur la nature du traitement, ses modalités et sa durée (Guillod, op. cit., n. 24 ad art. 434 CC, p. 754). Le traitement imposé doit nécessairement avoir un but thérapeutique, doit reposer sur de solides connaissances médicales et doit produire le moins possible d'effets secondaires pénibles ou de séquelles durables (Guillod, op. cit., n. 25 ad art. 434 CC, p. 754). Le principe de proportionnalité doit aussi guider les modalités d'application du traitement qui devra être le plus respectueux possible de la dignité, de l'intégrité physique et psychique ainsi que de la sphère privée de la personne concernée (Guillod, op. cit., n. 27 ad art. 434 CC, pp. 754 et 755). Enfin, il commandera de n'être appliqué que pour une durée limitée, la plus courte possible, d'être surveillé et réévalué à intervalle régulier (Guillod, op. cit., n. 28 ad art. 434 CC et références, p. 755 ; sur le tout, JdT 2016 III 149).

E. 3.2.1

En l'espèce, selon les avis médicaux et expertise psychiatrique figurant au dossier, le recourant présente de longue date une schizophrénie indifférenciée et un retard mental léger. Il ne parvient pas à reconnaître les troubles sévères dont il souffre, ce qui l'empêche de se soigner de manière adaptée. Sa totale anosognosie à propos de ses difficultés psychiques rend toute collaboration à la prise d'un traitement ou à un projet de vie adapté difficile et l'a conduit à de multiples reprises à vivre des décompensations qui ont régulièrement nécessité son hospitalisation. Afin d'être pris en charge efficacement, le recourant a été placé en institution. Son manque de compliance aux soins et sa désorganisation importante pouvant le mettre en danger, des mesures de contrainte ont été mises en place. Selon les périodes, le recourant a ainsi fait l'objet de plans de traitement afin de recevoir les soins adéquats et de mesures limitatives de liberté en raison de son importante agitation psychomotrice et du risque hétéro-agressif qu'il présentait.

E. 3.2.2.1

Depuis qu'il se trouve en institution, le recourant a fait l'objet de deux plans de traitement les 31 mai et 14 juin 2017. Ces plans indiquent les objectifs thérapeutiques visés, les mesures de soins à mettre

- 21 - en place et mentionnent que le patient a été informé sur les modalités de son hospitalisation, ses droits, la médication administrée et les éventuels effets indésirables. Le premier plan indique que le patient accepte les modalités du traitement fixées ; le second, son refus. Les plans ne comportent ni la signature du médecin ni celle du recourant.

E. 3.2.2.2

En tant qu'ils n'ont pas été signés par le médecin qui les a établis et que ce dernier n'avait apparemment pas le titre de médecin-chef, les plans de traitement litigieux sont formellement viciés. En revanche, puisqu'elle n'est pas légalement requise, la signature du recourant n'était pas nécessaire. Le recourant a reçu communication des plans, a adhéré au

traitement dans un cas et l'a refusé dans l'autre. Si les plans sont sommaires sur la nature du traitement envisagé (médication et injection neuroleptiques), ils ne sont pas lacunaires, le traitement devant être adapté à l'évolution du patient, souvent très rapide, en fonction des circonstances, si bien que les médicaments prescrits ne devaient pas nécessairement être indiqués avec précision. Par ailleurs, le recourant a été informé sur la médication et ses éventuels effets indésirables. Matériellement, ces plans de traitement apparaissent donc suffisants. Toutefois, ils n'ont pas été établis en début d'hospitalisation, ce qui aurait dû être normalement le cas. Quoi qu'il en soit, comme l'a relevé le juge de paix, la loi ne sanctionne pas comme tel un plan de traitement lacunaire, voire l'absence de plan de traitement. La sanction ne peut qu'être indirecte, en ce sens qu'un traitement forcé ne peut intervenir que dans le cadre de ce qui est prévu dans le plan de traitement. D'éventuels vices dans les plans de traitement ne sauraient à eux seuls rendre illicite toute la médication prodiguée, de sorte que la conclusion du recourant tendant à la constatation de l'illicéité de l'ensemble du traitement doit être rejetée.

E. 3.2.2.3

Le recourant ne s'est pas opposé de manière générale aux traitements qui lui ont été prodigués. S'il ressort du dossier qu'il est anosognosique et que sa collaboration à la prise d'un traitement ou à un projet de vie adapté apparaissait peu fiable en dehors d'un cadre

- 22 - contenant, on retient a contrario qu'il était en principe en mesure d'adhérer à un tel traitement dans le cadre donné et qu'il disposait de la capacité de discernement suffisante à cet effet. Il a d'ailleurs adhéré au premier plan de traitement. Le consentement qu'il a donné est ainsi opérant. En revanche, lorsque la personne concernée est dépourvue de toute capacité de discernement – ce qui n'est pas le cas en l'espèce – ou qu'elle s'oppose au traitement, celui-ci ne peut être prescrit qu'aux conditions de l'art. 434 al. 1 CC et doit faire l'objet d'une décision communiquée par écrit selon l'art. 434 al. 2 CC, indiquant les voies de droit. A cet égard, on note que le seul fait que le recourant n'a pas adhéré au second plan de traitement ne signifie pas nécessairement un défaut de consentement aux traitements qui ont concrètement pu lui être proposés par la suite. Le juge de paix a retenu qu'il résultait des plans de traitement qu'une injection neuroleptique avait été effectuée sans le consentement du patient. Ceci est corroboré par les déclarations du recourant à l'audience du 31 octobre 2017, qui a indiqué se souvenir d'une injection réalisée sans son consentement, ainsi que d'une injection dépôt à laquelle il a donné son accord. Il n'est pas établi que d'autres médicaments auraient été administrés contre sa volonté. C'est dès lors à juste titre que le juge de paix a constaté que le traitement sans consentement administré au recourant le 28 mai 2017 l'avait été en violation des conditions formelles posées par les art. 433 et 434 CC, étant par ailleurs établi que les conditions matérielles étaient réalisées, ce qui n'est pas contesté en recours. Le moyen est infondé. 4. Le recourant conclut à la constatation du caractère illicite du placement en chambre fermée qui lui aurait été imposé à partir du 28 mai 2017 pour une durée d'environ trois semaines.

- 23 -

E. 4

Durant ses séjours en clinique, G._____ a également fait l'objet de mesures d'isolation en chambre fermée. Selon les protocoles de mesures de contrainte qui figurent au dossier, les restrictions posées à la liberté de mouvement de G._____ ont été les suivantes : - Porte de la chambre fermée durant un certain nombre d'heures du 27 janvier au 13 février

2017 en raison d'une décompensation psychotique et d'un risque auto et hétéro-agressif. Les noms du médecin et de l'infirmier sont indiqués. - Porte de service fermée du 23 février à 15 heures au 24 février à 17 heures en raison d'un risque de fugue. Les noms du médecin et de l'infirmier sont mentionnés. - Porte de service fermée du 28 avril 2017 à 9 heures au 4 mai 2017 à 16 heures 10 en raison d'un état de décompensation psychotique. Le protocole comporte les signatures du médecin et de l'infirmier responsable. - Porte de service fermée du 16 mai à 18 heures au 18 mai à 12 heures en raison d'un risque de fugue. Les signatures du médecin et de l'infirmier responsable sont indiquées. - Porte de service fermée du 2 août 2017 à 13 heures au 3 août 2017 à 10 heures en raison d'un risque auto et hétéro-agressif. Ce protocole porte les signatures du médecin et de l'infirmier responsable. Dans son courrier du 13 juin 2017, G. _____ a indiqué au surplus avoir été placé en chambre fermée entre le 28 mai et le 2 juin 2017, de même qu'à partir du 9 juin 2017.

E. 4.1

Selon l'art. 438 CC, les règles sur les mesures limitant la liberté de mouvement d'une personne résidant dans une institution s'appliquent par analogie aux mesures limitant la liberté de mouvement de la personne placée dans une institution à des fins d'assistance; la possibilité d'en appeler au juge (cf. art. 439 al. 1 ch. 5 CC) est réservée. Aux termes de l'art. 383 al. 1 CC, l'institution ne peut restreindre la liberté de mouvement de la personne concernée que si des mesures moins rigoureuses ont échoué ou apparaissent a priori insuffisantes et que cette restriction vise à prévenir un grave danger menaçant la vie ou l'intégrité corporelle de la personne concernée ou d'un tiers (ch. 1) ou à faire cesser une grave perturbation de la vie communautaire (ch. 2). La personne concernée doit être informée au préalable de la nature de la mesure, de ses raisons, de sa durée probable, ainsi que du nom de la personne qui prendra soin d'elle durant cette période; le cas d'urgence est réservé (art. 383 al. 2 CC). La mesure doit être levée dès que possible ; dans tous les cas, sa justification sera reconsidérée à intervalles réguliers (art. 383 al. 3 CC). Toute mesure limitant la liberté de mouvement fait l'objet d'un protocole. Celui-ci contient notamment le nom de la personne ayant décidé la mesure, ainsi que le but, le type et la durée de la mesure (art. 384 al. 1 CC).

E. 4.2

En l'espèce, le dossier contient un certain nombre de protocoles de mesures de contraintes qui ne portent pas sur la période litigieuse. Il résulte du dossier que la Fondation de Nant note scrupuleusement les mesures de l'art. 383 CC. Le juge de paix n'a pas admis l'existence de mesures de contraintes durant la période visée par le recours. Celles-ci ne sont d'ailleurs pas établies par le courrier de l'avocat du recourant du 13 juin 2017, qui faisait état des propos de son client, lequel se plaignait d'une mesure d'isolation en chambre fermée entre le 28 mai et le 2 juin 2017 et depuis le 9 juin 2017. Elles ne le sont pas non plus par le rapport de sortie du 27 juillet 2017, dont se prévaut le recourant, qui porte sur les hospitalisations du 28 avril au 5 mai 2017, du 16 au 22 mai 2017 et du 25 mai au 27 juillet 2017. Ce rapport mentionne certes que des mesures de contrainte (fermeture de la porte de la chambre, notamment) ont été nécessaires au vu d'une importante

- 24 - agitation psychomotrice et d'un risque hétéro-agressif, mais sans en préciser la période, étant relevé que des protocoles de mesures de contrainte ont été dûment établis dans ces périodes d'hospitalisation, soit du 28 avril au 4 mai et du 16 mai au 18 mai. Au demeurant, il apparaît que, ainsi que cela ressort de son audition du 31 octobre 2017, le

recourant a été incapable de dire quand il a dû demeurer dans sa chambre fermée à clé et que, pour lui, il n'y a pas de différence entre les notions de porte de chambre fermée et porte de service fermée, même s'il parvient à expliquer la différence entre la porte de chambre et la porte de service, ce qui rend ses propos peu crédibles. Le recourant a d'ailleurs été en mesure de faire appel à un avocat, qui aurait pu faire appel au juge dès le 13 juin 2017, à un moment où le recourant était prétendument l'objet de mesures de contrainte. Le moyen est infondé. 5. Le recourant prétend à des dépens de première instance. Sauf règle cantonale contraire, il n'est pas arbitraire de considérer que des dépens ne peuvent être mis à charge de l'autorité de protection, que ce soit sur la base de l'art. 106 CPC à titre de droit cantonal supplétif, l'autorité de protection n'ayant pas la qualité de partie, ou sur la base de l'art. 107 al. 2 CPC, qui ne vise que les frais judiciaires et non les dépens (ATF 140 III 385, JdT 2015 II 128 ; TF 5A_11/2017 du 27 avril 2017 consid. 3). Dans le canton de Vaud, les dépens ne peuvent être mis à charge de l'autorité de protection (CCUR 24 novembre 2014/287). Le moyen est infondé. 6. Selon l'art. 117 CPC, une personne a droit à l'assistance judiciaire aux conditions cumulatives qu'elle ne dispose pas de ressources suffisantes (let. a) et que sa cause ne paraisse pas dépourvue de toute chance de succès (let. b). La requête d'assistance judiciaire peut être présentée avant ou pendant la litispendance (art. 119 al. 1 CPC). L'assistance judiciaire doit faire l'objet d'une nouvelle requête pour la procédure de recours (art. 119 al. 5 CPC).

- 25 -

E. 5

Le 27 septembre 2017, G._____ a interjeté appel auprès de l'autorité de protection pour faire constater l'illicéité des traitements

- 8 - médicaux qui lui avaient été administrés sans son consentement ainsi que le caractère illicite des mesures d'isolement en chambre fermée prises à son égard à diverses périodes. Les 26 et 31 octobre 2017, G._____ a précisé ses conclusions, contestant la licéité du traitement médical administré le 28 mai 2017 dans le cadre de son placement à des fins d'assistance à la Fondation de Nant ; il a en outre conclu à la constatation du caractère illicite de son placement en chambre fermée, ordonné à partir du 9 juin 2017 pour environ deux semaines.

E. 6

Le 10 octobre 2017, le Dr R._____, médecin adjoint et « MER Clinique » au Centre d'expertises du Département de psychiatrie du CHUV, Site de Cery, à Prilly, mandaté comme expert par le juge de paix, s'est déterminé sur les points de contestations soulevés par l'appelant. L'expert a relevé en particulier que la capacité de compréhension du recourant quant à la réalité de son trouble et de ses conséquences n'était que très partielle et qu'il n'était pas aisé de se faire une idée de la manière dont les choses avaient pu se passer durant les hospitalisations dont il avait été l'objet, sur la base de ses seuls dires. Au vu des quelques éléments dont il disposait - les plans de traitement ne lui ayant pas été soumis - l'expert avait estimé que des mesures de contrainte (mise en chambre de soins intensifs, injections de neuroleptiques) avaient pu s'avérer nécessaires à certains moments de la prise en charge du patient, mais qu'il ne pouvait se prononcer sur les modalités de ces mesures.

E. 6.1

Les conditions de l'art. 117 CPC étant remplies, il y a lieu d'accorder à G._____ le bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours et de désigner Me Blaise Krähenbühl en qualité de conseil d'office. Dans sa "note de frais" du 11 décembre 2017, l'avocat précité indique avoir consacré 6 heures 30 à l'exécution de son mandat et allègue avoir supporté 52 fr. de débours. Cette note peut être admise. Compte tenu d'un tarif horaire de 180 fr. hors TVA (art. 2 al. 1 let. a RAJ [Règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), les honoraires de Me Blaise Krähenbühl doivent être arrêtés à 1'170 fr. (6 h 30 x 180 fr.), auxquels doivent s'ajouter 52 fr. de débours. L'indemnité d'office du conseil précité doit ainsi s'élever à 1'222 fr. (1'170 fr. + 52 fr.) ; elle n'est pas soumise à la TVA, l'avocat ayant indiqué ne pas y être astreint. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement de l'indemnité à son conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

E. 6.2

L'arrêt est rendu sans frais judiciaires (art. 74a al. 4 TFJC [tarif du 28 septembre 2010 des frais judiciaires civils ; RSV 270.11.5]) ni dépens de deuxième instance. 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.

- 26 - III. La requête d'assistance judiciaire du recourant G._____ est admise, Me Blaise Krähenbühl étant désigné comme conseil d'office pour la procédure de recours, et aucune franchise n'étant mise à la charge du recourant. IV. L'indemnité d'office de Me Blaise Krähenbühl est arrêtée au montant de 1'222 fr. (mille deux cent vingt deux francs). V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement de l'indemnité à son conseil d'office mise à la charge de l'Etat. VI. L'arrêt est rendu sans frais judiciaires ni dépens de deuxième instance. VII. L'arrêt motivé est exécutoire. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Blaise Krähenbühl (pour G._____), - M._____, Office des curatelles et tutelles professionnelles, et communiqué à : - Juge de paix du district de la Riviera – Pays-d'Enhaut, - Fondation de Nant, Dr S._____,

- 27 - 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. 7

Le 13 octobre 2017, le curateur de représentation ad hoc de G._____, l'avocat Blaise Krähenbühl, a produit en copie au juge de paix la lettre qu'il avait adressée le même jour à la Clinique de Nant, libellée comme suit : "Docteur, J'accuse réception de votre lettre du 5 octobre 2017, reçu le 9 octobre 2017, par laquelle vous m'avez fait parvenir une copie des documents suivants, en confirmant avoir été dûment déchargés du secret médical suite à mon courrier du 6 octobre 2017 :

- 9 - - Rapport médical du 13 avril 2017 adressé au Dr L._____ relatif au séjour à la Clinique de Nant du 26.01.2017 au 04.04.2017, - Rapport médical du 27 juillet 2017 adressé au Dr L._____ relatif aux séjours à la Clinique de Nant du 28.04.2017 au 05.05.2017, du 16.05.2017 au 22.05.2017 et du 25.05.2017 au 27.07.2017, - Rapport médical du 5 octobre 2017 adressé au Dr L._____ relatif au séjour à la Clinique de Nant

du 02.08.2017 au 28.08.2017. Bien que ces documents mentionnent que des mesures limitatives de liberté à l'intérieur de l'hôpital ont été nécessaires (rapport du 13 avril 2017, p. 2 et rapport du 27 juillet 2017, p. 2) et des injections intra- musculaires (rapport du 27 juillet 2017, p. 3), ils ne sauraient constituer une décision de traitement sans consentement ou un plan de traitement au sens des articles 433 et 434 du Code civil (CC), ni un protocole relatif aux mesures de limitation de la liberté de mouvement en institution au sens de l'article 384 CC. (...)"

E. 8

Dans un rapport d'expertise du 18 octobre 2017, les Drs [...] et [...], mandatés comme experts psychiatres par le juge de paix, ont exposé que G. _____ présentait de longue date un trouble du spectre de la schizophrénie ainsi qu'un retard mental léger, qu'il niait l'existence de ses troubles et que cela l'empêchait de se soigner d'une façon adaptée et de demander de l'aide par rapport aux difficultés que ces troubles sévères engendraient dans tous les domaines de la vie. En outre, la totale anosognosie que manifestait l'expertisé à propos de ses difficultés psychiques rendait toute collaboration à la prise d'un traitement ou à un projet de vie adapté peu fiable en dehors d'un cadre contenant. Selon les experts, en dehors d'un cadre contenant et structurant institutionnel, il existait d'importants risques que l'expertisé n'adhère pas au suivi et au traitement psychothérapeutique prescrits et qu'il mette en péril sa stabilité psychique et ses chances de rétablissement.

E. 9

Par déterminations du 26 octobre 2017, G. _____ a augmenté les conclusions de son appel afin de faire constater le caractère illicite des traitements médicaux qui lui avaient été administrés sans son consentement depuis le 26 janvier 2017, l'illicéité des mesures limitatives de liberté qui lui avaient été imposées entre le 26 janvier et le 4 avril 2017, ainsi que l'illégalité des mesures de placement en chambre fermée décidées à partir du 28 mai 2017.

- 10 -

E. 10

Le 31 octobre 2017, le juge de paix a procédé aux auditions de G. _____, qui était assisté de Me Blaise Krähenbühl, de la curatrice et du DrS. _____. Me Blaise Krähenbühl a indiqué que son client l'avait appelé à plusieurs reprises durant son hospitalisation pour se plaindre d'être enfermé dans sa chambre durant des périodes qui ne figuraient pas dans les protocoles qui avaient été versés au dossier par la Fondation de Nant. Il a confirmé les conclusions de l'appel du 27 septembre 2017, précédemment augmentées par écriture du 26 octobre 2017, contestant la licéité du traitement médical forcé du 28 mai 2017 ainsi que le caractère licite de la mesure qui avait limité la liberté de mouvement de son client et qui avait consisté en un placement en chambre fermée dès le 9 juin 2017, pour une durée d'environ deux semaines. Par ailleurs, G. _____ a expliqué que pour la période d'hospitalisation qui se situait entre le 27 janvier et le 27 juillet 2017, il ne pouvait dire quand il avait dû demeurer dans sa chambre fermée à clé et qu'il ne voyait pas de différence entre les notions de porte de chambre fermée et porte de service fermée, quand bien même il avait pu expliquer la différence entre la porte de chambre et la porte de service. En outre, G. _____ a dit se souvenir d'une injection réalisée sans son consentement et d'une injection dépôt à laquelle il avait donné son accord. En droit : 1. Le recours est dirigé contre une décision du juge de paix statuant sur un appel au sens de l'art. 439 al. 1 ch. 4 et 5

CC, formé par une personne faisant l'objet d'un traitement médical et de mesures limitant sa liberté de mouvement sans son consentement (art. 434 et 438 CC).

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