

VD_GERICHTE QE88.000137 vom 25. Oktober 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-10-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_QE88.000137

FR: VD_GERICHTE QE88.000137 du 25 octobre 2022

IT: VD_GERICHTE QE88.000137 del 25 ottobre 2022

Erwägungen

E. 4

Le 5 janvier 2021, dans le cadre de l'examen périodique de la mesure de protection, l'autorité de protection a sollicité des professionnels entourant K._____ un rapport de situation le concernant. Dans leur rapport du 12 janvier 2021, J._____ et M._____, respectivement directrice et infirmier-chef auprès de l'A._____, ont indiqué que K._____ avait intégré leur établissement le 16 octobre 2021, qu'il faisait des efforts pour respecter le cadre et le personnel, mais qu'il exprimait une opposition verbale à sa prise en charge institutionnelle et à toutes démarches le concernant, qu'il restait par ailleurs dans un déni de ses troubles psychiques, lesquels provoquaient un déni de son identité civile qu'il compensait par la construction d'une identité alternative, cette construction mentale le rendant très irritable, insultant voire menaçant verbalement lorsqu'il était confronté à son identité réelle, particulièrement lorsqu'il n'était pas sous l'effet d'un traitement adapté. Selon eux, lorsque l'état de K._____ était stabilisé par la prise du traitement et que son identité n'était pas évoquée, le patient respectait le cadre et les intervenants. Toutefois, la situation restait fragile, car sans

- 7 - accompagnement par une équipe médicale, il pouvait facilement avoir recours à la violence ou prendre des décisions qui étaient néfastes à sa sécurité (par ex. : grosses dépenses d'argent). Dans son rapport du 25 janvier 2021, le Dr T._____, médecin FMH en psychiatrie et psychothérapie, et psychiatre traitant de K._____, a mentionné que, fin 2020, son patient avait présenté une décompensation psychotique ayant nécessité plusieurs hospitalisations au D._____, et que lors de cette période, la structure de soins ambulatoires R._____ avait décidé de mettre un terme au suivi dans l'apparement protégé qu'il occupait, de sorte qu'il avait ensuite été placé à l'U._____ à [...]. Le psychiatre traitant a relevé qu'il était désormais évident qu'un suivi ambulatoire simple ne correspondait plus aux besoins de soins de K._____. Il a indiqué que depuis le placement dans cet établissement, la situation restait fluctuante, que l'intéressé était toujours délirant, oppositionnel et qu'il était très difficile d'obtenir de lui une compliance minimale adéquate pour des soins psychiatriques malgré plusieurs adaptations de son traitement médicamenteux au D._____. Le Dr T._____ a encore mentionné qu'au regard de la situation actuelle, il ne pourrait plus assurer la prise en charge psychiatrique de l'intéressé. Par courrier du 15 février 2021, les intervenants du SCTP ont fait savoir que le suivi psychiatrique avait été repris par le Dr Y._____, médecin FMH en psychiatrie et psychothérapie, que K._____ désirait retourner dans son appartement à [...] et qu'il avait été tellement agressif qu'une rencontre avait dû être écourtée. Selon les informations reçues de ses référents médicaux, celui-ci était toujours dans ses délires identitaires et dans le déni de ses troubles psychiques, de sorte que l'obligation de traitement paraissait indispensable. Dans un courrier du 11 juin 2021, le Dr Y._____ a indiqué que K._____ souffrait

d'une « psychose chronique avec un état délirant et trouble de l'identité de longue date », qu'il s'était non seulement opposé à sa prise en charge institutionnelle, mais également à un suivi psychiatrique, qu'il était dans le déni total de sa maladie psychiatrique et

- 8 - qu'il refusait son identité. Selon le psychiatre, le patient n'avait plus sa capacité de discernement pour choisir son lieu de vie, de sorte que la poursuite d'une curatelle de portée générale et le maintien du placement à des fins d'assistance étaient indiqués pour assurer sa sécurité et pallier son incapacité de vivre de manière autonome. Par courrier du 15 juillet 2021, K._____ a notamment déclaré accepter son placement à l'U._____, mais contester la prise du traitement médicamenteux Z._____.

E. 4.1

Le recourant s'en prend au traitement antipsychotique qui lui est administré, considérant qu'il l'est sans son consentement et qu'il s'agit d'un poison.

E. 4.2.1

L'art. 433 al. 1 CC prévoit que lorsqu'une personne est placée dans une institution pour y subir un traitement en raison d'un trouble psychique, le médecin traitant doit établir un plan de traitement (ou d'assistance, si c'est de cela dont il s'agit) avec elle, les cas d'urgence étant réservés (art. 435 CC). Ce plan de traitement fait état des examens déjà intervenus, de ceux encore à faire, des traitements envisagés (avec leurs risques, effets secondaires, avantages escomptés) et du pronostic. Si plusieurs approches thérapeutiques sont envisagées, elles seront énumérées et les raisons du choix opéré exposées brièvement (Meier, op.

- 25 - cit., n. 1280, p. 677). La personne placée doit pouvoir participer à l'élaboration du plan, de même que sa personne de confiance (art. 433 al. 1 in fine CC), et celles-ci doivent à cet effet être renseignées par le médecin sur tous les éléments essentiels du traitement médical envisagé, en termes aussi clairs, intelligibles et complets que possible (Meier, op. cit., n. 1281, p. 677). La décision d'administrer des soins médicaux – à considérer comme un tout, chaque mesure du plan de traitement n'ayant pas à être ordonnée séparément – à une personne sans son consentement lui est communiquée par écrit, ainsi qu'à sa personne de confiance (art. 434 al. 2 CC). Elle doit indiquer les voies de droit (art. 439 al. 1 ch. 4 et al. 2 à 4 CC, par renvoi de l'art. 434 al. 2 CC), pouvant faire l'objet d'un recours, lequel n'aura en principe pas d'effet suspensif (Meier, op. cit., n. 1294, p. 685s. et les références citées).

E. 4.2.2

Lorsque la personne qui bénéficie d'un placement à des fins d'assistance pour troubles psychiques ne peut ou ne veut pas donner son consentement, le médecin-chef du service qui l'accueille (ou un autre médecin cadre sur délégation, mais non le médecin-traitant, ni non plus celui de l'institution en son entier) peut prescrire par écrit les soins médicaux prévus dans le plan de traitement (art. 434 al. 1 CC) (Meier, op. cit., n. 1287, p. 680 et note infrapaginale n. 2367, ainsi que les références citées). Un traitement sans consentement dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance constitue une atteinte grave à la liberté personnelle (art. 10 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), qui doit respecter les exigences de l'art. 36 Cst. Il touche au cœur même de la dignité de la personne concernée. C'est pourquoi il doit être considéré comme une ultima ratio et ne peut être ordonné (pour autant que prévu dans le plan de traitement établi selon

l'art. 433 CC) qu'aux conditions strictes et cumulatives de l'art. 434 al. 1 CC (Meier, op. cit., n. 1289, p. 681 et les références citées, en part. ATF 148 I 1 consid. 8.2.3). En premier lieu, le défaut de traitement doit mettre gravement en péril la santé de la personne concernée ou la vie et l'intégrité corporelle d'autrui (art. 434 al. 1 ch. 1 CC), notion à interpréter de façon

- 26 - restrictive. Les mesures thérapeutiques prévues doivent apparaître nécessaires au traitement des troubles psychiques du patient qui sont à l'origine du placement (des mesures médicales souhaitables mais sans lien direct avec les troubles psychiques traités ne peuvent être ordonnées sans le consentement de l'intéressé). En d'autres termes, le traitement forcé ne doit pas seulement tendre à améliorer le bien-être de la personne concernée, mais doit pallier un danger pour sa santé ou pour la vie ou l'intégrité corporelle d'autrui (Meier, op. cit., n. 1290, p. 682 et les références citées, en part. JdT 2016 III 149). Il faut ensuite que la personne concernée n'ait pas la capacité de discernement – au sens de l'art. 16 CC – requise pour saisir la nécessité du traitement dans un cas donné (art. 434 al. 1 ch. 2 CC) : un traitement forcé pourra intervenir lorsque l'intéressé n'a pas la capacité de comprendre (son état, le traitement proposé, les alternatives etc.) ou d'exprimer librement sa volonté à ce sujet (par ex. en cas de dépendance ou de pressions de tiers). Un traitement forcé est exclu lorsque la personne est capable de discernement par rapport à l'acte envisagé, même si sa décision apparaît déraisonnable d'un point de vue « objectif » (Meier, op. cit., nn. 1291 s., pp. 682 ss et les références citées, en part. TF 5A_1021/2021 du 17 décembre 2021 consid. 5). Enfin, il n'existe pas de mesures appropriées moins rigoureuses (art. 434 al. 1 ch. 3 CC), à savoir que le principe de proportionnalité a été respecté, qui régira également les modalités d'application du traitement choisi et sa durée, laquelle doit être limitée au strict minimum. Le traitement doit ainsi être proportionné à la cause du placement et conforme aux connaissances médicales les plus récentes, ce qui vise tant la prescription de médicaments, que le mode de vie ou encore l'alimentation forcée. Des mesures incertaines ou contestées, des mesures sans but thérapeutique mais à fonction disciplinaire ou de sanction, ainsi que des interventions chirurgicales, sont exclues (Meier, op. cit., n. 1293, pp. 684s.).

- 27 -

E. 4.3

En l'espèce, sous l'angle formel, et dès lors qu'il se trouve hospitalisé, le recourant a été informé à plusieurs reprises, notamment lors des réseaux des 1er février 2022 et 1er juin 2022, par la Dre N. _____, médecin cheffe de clinique du Département de psychiatrie au D. _____, des soins médicaux prescrits, soit du traitement par Z. _____. Il a en outre notamment reçu un plan de traitement le 23 juin 2022 (« Cadre de soins hospitalier »). Ce document indique les objectifs thérapeutiques visés et les mesures de soins à mettre en place ; il est signé par la médecin cheffe. Le plan de traitement établi respecte donc les exigences de forme prévues par l'art. 434 CC. Sous l'angle matériel, et d'après les médecins et experts, le recourant ne parvient pas à reconnaître qu'il souffre de schizophrénie paranoïde et rejette son traitement médicamenteux, en l'occurrence le Z. _____ par injection mensuelle, ce qui l'empêche de se soigner de manière adaptée. Or plusieurs raisons plaident en faveur d'une obligation de médication. Premièrement, le recourant n'est pas en mesure de consentir à un quelconque traitement, sa capacité de discernement sur ce point précis étant, selon le Dr S. _____, clairement altérée par ses idées délirantes et son anosognosie. Deuxièmement, il a été constaté, en 1996 déjà, que si le recourant n'était pas

contraint de se soigner, il risquait de se renfermer sur lui-même, de rompre tout contact avec les soignants, d'interrompre sa médication neuroleptique et de s'exposer ainsi à une aggravation de ses symptômes, ce qui pourrait entraîner des troubles du comportement et des réactions auto- ou hétéro-agressives. En 2021, les intervenants de l'U. _____ ont relevé que la situation du recourant restait fragile en ce sens que sans accompagnement par une équipe médicale au courant de ses troubles, il pouvait facilement avoir recours à la violence ou prendre des décisions qui étaient néfastes à sa sécurité. Troisièmement, le Dr S. _____ a préconisé de poursuivre une telle médication dans le cadre actuel, considérant qu'en l'absence de traitement, il était à craindre une possible exacerbation des idées délirantes et une augmentation des conduites hétéro-agressives. Il ressort en particulier de son expertise du 6 décembre 2021 que l'absence de traitement mettrait en danger le recourant si ses idées délirantes lui faisaient refuser des soins, entre

- 28 - autres cardio-pulmonaires, et qu'elle risquerait d'augmenter, si ce n'est aggraver, les troubles du comportement et notamment le risque hétéro- agressif qu'il présente, mettant en péril l'intégrité corporelle d'autrui, ces dangers étant en lien direct avec sa pathologie psychiatrique chronique à l'origine de la mesure de placement. Cet expert a aussi et surtout confirmé que le traitement neuroleptique litigieux était adapté aux connaissances médicales actuelles et à l'état du recourant. Quatrièmement, il a été relaté que la situation est devenue telle que le placement au foyer U. _____ ne suffisait plus à assurer la sécurité du recourant et celle de l'équipe soignante, de sorte que lors de la dernière hospitalisation, il avait été mis fin à son placement auprès de cet établissement. En effet, l'irritabilité du recourant s'était transformée en violence avec plusieurs événements graves, tels que des actes d'intimidations et de violences envers le personnel soignant, et qu'en tout état de cause, le déni du recourant à propos de ses difficultés psychiques rendait toute collaboration à la prise du traitement difficile. De plus, en raison de son important manque de compliance aux soins, le recourant a fait l'objet de plusieurs séjours – de courte ou longue durée – au D. _____ afin de recevoir les soins adéquats. Ainsi, les rapports au dossier, dont l'expertise du 6 décembre 2021, permettent de valider la médication forcée du recourant, dès lors que ce traitement permet que son état psychique ne s'aggrave pas, dans une mesure incompatible avec sa sécurité et celle des tiers. Aucune mesure moins incisive ne paraît envisageable. La médication par injection de Z. _____ s'avère au contraire nécessaire pour compenser les troubles psychiques et comportementaux, de même que pour diminuer la fréquence de l'administration du traitement, qui donne régulièrement lieu à une opposition de la part du recourant, avec de l'agressivité verbale mais aussi physique conséquente. Au demeurant, les médecins ont exclu un traitement alternatif en raison des risques liés à un changement d'administration. C'est dire, dans ces circonstances, qu'il y a pas d'autre choix que d'appliquer au recourant le traitement contesté. Son grief contre le traitement sans son consentement doit être rejeté.

- 29 - 5. 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, rendu sans frais judiciaire de deuxième instance, est exécutoire. La juge président : La greffière : Du

- 30 - L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - M. K. _____, dit H. _____, - SCPT, à l'attention de Mme O. _____, - D. _____, à

l'attention de la Dre N._____, cheffe de clinique, et communiqué à : - M. le Juge de paix du district du Jura-Nord vaudois, - Me G._____, 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. 5

Par décision du 19 août 2021, la justice de paix a maintenu, pour une durée indéterminée, le placement à des fins d'assistance de K._____ au sein de l'U._____. Elle a toutefois réservé la question du traitement médicamenteux, qui faisait l'objet d'une expertise visant à déterminer l'adéquation du traitement à l'état de santé de la personne concernée.

E. 6

Par courrier du 6 décembre 2021, les intervenants de l'U._____ ont exposé que K._____ faisait preuve de violence, ayant notamment donné un coup de poing au Dr Y._____. Ils ont rapporté que la gestion du traitement neuroleptique injectable mensuellement continuait d'être problématique, que la personne concernée se montrait systématiquement oppositionnelle et qu'en accord avec le D._____ et le psychiatre traitant, un protocole avait été mis en place afin de s'assurer qu'elle reçoive son injection, sans quoi les épisodes de violence se multipliaient. Ils ont précisé que la police avait dû intervenir à cinq reprises pour que K._____ accepte sa médication et que la situation n'était pas satisfaisante dès lors qu'ils craignaient un épisode agressif majeur.

E. 7

Dans son rapport d'expertise du 6 décembre 2021, le Dr S._____, médecin FMH en psychiatre et psychothérapie, et médecin

- 9 - adjoint au Département de psychiatrie du D._____, a retenu le diagnostic de schizophrénie paranoïde – ou paraphrénie expansive –, relevant que les conséquences de ce trouble sur l'expertisé étaient multiples, le conduisant à revendiquer à plusieurs niveaux une prise en compte de ses demandes délirantes (changement d'identité, rendu de sommes d'argent importantes, reconnaissance de liens de parenté, reconnaissance de titre anciens, etc.), que par ailleurs la capacité de jugement de K._____ était totalement abolie par les idées délirantes qui envahissaient l'ensemble de sa pensée, qu'il n'avait aucun "insight" et qu'on observait une anosognosie totale. L'expert a considéré que les idées délirantes ne l'empêcheraient pas formellement de gérer certaines activités de la vie quotidienne (soins d'hygiène, d'alimentation, vestimentaires, etc.). En revanche, la prise en charge institutionnelle permettait une surveillance de ses problèmes de santé, y compris non psychiatriques, qui s'aggravaient, notamment sur le plan cardio- pulmonaire. Pour l'expert, le risque hétéro-agressif était modéré, mais il existait, d'une part, des antécédents de violence et d'incarcération. D'autre part, l'irritabilité, la tension interne ainsi que l'anognosie conduisaient à de fréquents troubles du comportement et à des gestes hétéro-agressifs, dont la dangerosité restait certes faible, mais dont la fréquence était importante. Il a précisé que si K._____ avait pu vivre en appartement protégé par le passé, le vieillissement et les difficultés d'accès aux soins liées aux idées délirantes désignaient plutôt un foyer communautaire comme lieu de vie le plus adéquat, ajoutant qu'on pourrait craindre que ses pensées délirantes le conduisent à mal se soigner, voire à

refuser des soins, pouvant aboutir à une majoration symptomatique voire à son décès. Il a encore indiqué qu'en termes de soins, le traitement antipsychotique avait une efficacité limitée sur les idées délirantes, vu leur persistance depuis de nombreuses années, et que l'objectif du traitement était donc essentiellement celui du contrôle des troubles du comportement et la baisse du risque hétéro-agressif. Selon le Dr S. _____, en l'absence de traitement, il était à craindre une possible exacerbation des idées délirantes, le conduisant à des actes irrationnels, et une augmentation des conduites hétéro-agressives, de sorte qu'il

- 10 - convenait de poursuivre une telle médication dans le cadre actuel. Enfin, il a répondu aux questions posées de la manière suivante : « CONCLUSIONS a) L'expertisé présente-t-il une déficience mentale ou des troubles psychiques (notion comprenant notamment la dépendance aux produits stupéfiants, à l'alcool ou aux médicaments, les polytoxicomanies et autres dépendances) ? REPONSE : Oui, l'expertisé présente une schizophrénie paranoïde continue, ou paraphrénie expansive selon la classification des psychoses. Il ne présente pas de dépendance selon les éléments en notre possession. b) Quel est le plan de traitement mis en place en faveur de l'expertisé ? REPONSE : A notre connaissance, le plan de traitement actuel de l'expertisé sur le plan psychiatrique est une monothérapie antipsychotique par Z. _____ par voie intramusculaire tous les mois. c) Ce plan de traitement est-il adapté aux connaissances médicales actuelles et à l'état de la personne concernée ? REPONSE : Oui, ce traitement est adapté aux connaissances médicales actuelles et à l'état de la personne concernée. d) L'expertisé est-il en mesure de consentir à ce plan de traitement (capacité de discernement suffisante) ? REPONSE : Non, l'expertisé n'est pas en mesure de consentir à ce plan de traitement. Sa capacité de discernement sur ce point précis est clairement altérée par ses idées délirantes et son anosognosie. e) L'absence de traitement mettrait-elle gravement en péril la santé de la personne concernée ou la vie ou l'intégrité corporelle d'autrui ? REPONSE : L'absence de traitement ne mettrait probablement pas gravement en péril la santé de l'expertisé, sauf s'il refusait d'accéder à des soins (notamment cardio-pulmonaires) en raison de ses idées délirantes. En revanche, une absence de traitement risquerait d'augmenter les troubles du comportement, et donc mettrait en péril l'intégrité corporelle d'autrui. f) Une prise en charge institutionnelle est-elle nécessaire pour que ces soins et/ou traitements soient prodigués ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? REPONSE : Oui, une prise en charge institutionnelle est nécessaire pour que ces soins et traitements soient prodigués. Elle permet

- 11 - d'une part de s'assurer que des soins corrects soient prodigués à l'expertisé, ainsi qu'une surveillance médicale adéquate sur le plan psychiatrique, mais également sur le plan médical général. Elle permet d'autre part d'encadrer la prise médicamenteuse, qui reste très difficile actuellement du fait de l'opposition de l'expertisé. g) Y a-t-il une contre-indication médicale à l'audition de l'expertisé par l'autorité de protection compte tenu du diagnostic posé sous lettre a) (déficience mentale ou troubles psychiques) ? REPONSE : Non, il n'y a pas de contre-indication médicale à l'audition de l'expertisé, ce d'autant qu'en cas de refus de l'auditionner, cela aggraverait probablement les idées délirantes. En revanche, il faut attendre de l'audition qu'elle ne change pas quoi que ce soit aux convictions délirantes de l'expertisé. »

E. 8

Dans un courrier du 3 février 2022, les Drs N. _____ et [...], respectivement cheffe de clinique et médecin assistant auprès du D. _____, ont notamment exposé qu'un réseau avec les intervenants du foyer U. _____ avait été organisé le 1er février 2022 et qu'à

cette occasion, les médecins avaient maintenu le traitement par Z._____, réduisant l'intervalle entre les doses à trois semaines afin d'augmenter le taux sanguin dans la fourchette haute des valeurs recommandées. Ils ont ajouté avoir expliqué que le changement pour un autre traitement dépôt tel que le [...] avait été évoqué, mais qu'il serait associé à des risques « qui ne sont pas raisonnables de prendre avant d'avoir envisagé toutes les autres options » dès lors que la prise orale n'était pas possible en raison de la non-compliance du patient.

E. 9

Par courrier du 21 février 2022, K._____ a demandé que Me G._____ soit désignée comme sa curatrice de représentation afin d'entamer une procédure de changement d'identité, faisant valoir en substance que les expert et médecins en charge s'entendaient pour retenir qu'il souffrait de ne pas être reconnu sous l'identité de « H._____ » et qu'un changement de patronyme serait de nature à lui apporter une forme certaine d'apaisement.

- 12 -

E. 10

Un complément d'expertise a été ordonné sur la question de la problématique identitaire de K._____. Dans son rapport d'expertise complémentaire établi le 14 avril 2022, le Dr S._____ s'est déclaré plutôt favorable au changement d'identité sollicité. Il a relevé que le délire d'identité n'était qu'une facette du syndrome délirant présenté par K._____ dès lors que la tentative de l'appeler par l'identité qu'il revendiquait avait diminué l'hostilité des relations avec l'équipe de soins, mais n'avait pas diminué la symptomatologie délirante, laquelle restait très polymorphe. L'expert a conclu que, dans la balance bénéfices-risques concernant cette décision, il semblait qu'il n'y avait « guère de risque à accepter le changement de nom et que bien que les bénéfices attendus sur le plan clinique soient minces, on pourrait probablement observer une diminution de l'hétéro-agressivité ».

E. 11

Dans leur rapport du 7 juillet 2022, J._____ et M._____ de l'U._____ ont expliqué que la situation de K._____ demeurerait problématique. Ils ont souligné que son irritabilité s'était transformée en violence avec plusieurs événements graves, tels que des actes d'intimidation et de violence envers le personnel soignant, et que le placement à des fins d'assistance ne permettait plus de contenir la personne concernée de manière satisfaisante malgré la collaboration du D._____ et du médecin psychiatre traitant. Ils ont ainsi demandé que la mesure de protection soit adaptée afin que l'injection du traitement sous contrainte soit « ajoutée ».

E. 12

Dans son rapport du 17 juin 2022, la Dre [...], cheffe de clinique adjointe au D._____, a indiqué que K._____ avait été adressé à l'hôpital par les intervenants de l'U._____ pour l'administration de son traitement dépôt habituel, qu'au moment de l'injection, il s'était montré hétéro-agressif envers les éducateurs et le personnel soignant, de sorte

- 13 - qu'une hospitalisation avait été organisée. Elle a relevé qu'en début d'hospitalisation, le patient présentait des idées délirantes persistantes d'affiliation, de grandeur ainsi que mystiques, connues de longue date, et qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'une décompensation psychotique. Au niveau diagnostique, un état dépressif moyen à sévère était observé, de sorte qu'un traitement antidépresseur avait été mis en place, lequel avait

dans un premier temps été accepté, puis arrêté car refusé par K._____. Selon la médecin, la compliance au traitement médicamenteux restait fluctuante à cause de la pathologique psychiatrique. Concernant le traitement neuroleptique, le patient avait d'abord refusé sa médication, craignant des effets secondaires, puis avait accepté l'injection de Z._____ après que le cadre lui avait été rappelé. Lors de la période d'observation de trois semaines, K._____ ne s'était pas particulièrement montré agressif verbalement, ni physiquement. Un réseau avait été organisé le 1er juin 2022, au cours duquel les médecins l'avaient informé que le traitement était maintenu, expliquant en outre que des courtes hospitalisations de décharge avant l'injection dépôt allaient être organisées afin de faciliter le travail du foyer U._____ et soutenir les équipes. Enfin, la médecin a mentionné que ce foyer avait décidé de mettre fin à la prise en charge et que la recherche d'un nouveau lieu de vie était en cours.

E. 13

Interpellé sur la situation de K._____ en lien avec sa volonté d'entamer une procédure en changement de nom, le Dr B._____, médecin FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport médical du 19 juillet 2022. Il a considéré, s'agissant en particulier des comportements agressifs de la personne concernée, qu'ils n'étaient pas seulement liés à la problématique identitaire et que K._____ présentait un problème constant de compliance médicamenteuse. Il a retenu que les incidents lors de l'emploi de la médication psychotrope ciblée se multipliaient et se soldaient souvent par des menaces, injures et passages à l'acte hétéro-agressifs sur le personnel soignant du foyer. Selon lui, le risque d'acte hétéro-agressif avec issue hasardeuse était imminent, ayant été documenté depuis la première décompensation psychotique, ce qui

- 14 - rendait la vie en foyer très difficile, avec nécessité de multiples séjours hospitaliers.

E. 14

Dans leur rapport du 4 août 2022, les intervenants de l'U._____ ont exposé que la situation de la personne concernée se péjorait d'un point de vue somatique et relationnel, résumant les principaux événements des trois derniers mois, en particulier le fait que K._____ lançait régulièrement sa barquette de médication, qu'il avait frappé deux soignants lors d'une injection ainsi que tenté de frapper un infirmier – incidents qui avaient au demeurant nécessité le soutien de la police à trois reprises –, qu'il avait également crié et était devenu menaçant au moment de partir au D._____ pour son traitement, qu'il intimidait le personnel soignant et qu'il avait eu des remarques insultantes et sexuelles envers une accompagnante. Ils ont mentionné que leur résident continuait à revendiquer non seulement son changement d'identité, mais formulait des demandes délirantes (retour dans une maison privée, transfert immédiat dans un autre lieu, intoxication par la nourriture). Ils ont rappelé que son placement à des fins d'assistance au sein de l'U._____ ne suffisait plus à assurer sa sécurité et celle de l'équipe soignante, de sorte que lors de la dernière hospitalisation, il avait été mis fin à son placement auprès de leur établissement, K._____ étant désormais pris en charge par le D._____.

E. 15

Un second complément d'expertise a été établi le 24 août 2022 concernant la question d'un changement d'identité demandé par K._____ en lien avec les considérations du Dr B._____. Le Dr S._____ a à cet égard indiqué maintenir sa position sur le plan éthique et ne pas rejoindre les remarques de son confrère, compte tenu de la possibilité,

même faible, de diminuer par ce moyen les troubles du comportement chez la personne concernée.

- 15 -

E. 16

Lors de l'audience du 15 septembre 2022 devant la justice de paix, K. _____, assisté de son conseil, et O. _____, curatrice de la personne concernée, ont été entendus. K. _____ a confirmé résider au D. _____. Au sujet du traitement par Z. _____, il a indiqué qu'on « le bourre de médicaments qui lui occasionnent des troubles digestifs et des difficultés respirations, lui brouillent le cerveau et provoquent de la cataracte ». Il a également affirmé être opposé à cette médication car elle lui provoquerait notamment un cancer. Concernant sa situation personnelle, il a indiqué posséder un appartement à [...], au 14e étage, précisant bénéficiaire de l'entier de l'étage. Il a ajouté être à l'assurance-invalidité depuis 1994 à cause de ce cancer et qu'avant cette date, il était général de l'armée suisse et Président de la Confédération. Il a par ailleurs déclaré disposer d'une fortune de 50 millions à la [...] et que la curatrice devait l'aider afin qu'il puisse retirer cet argent. O. _____ a confirmé que la personne concernée bénéficiait toujours d'une rente AI et de prestations complémentaires, relevant que celle-ci était placée au D. _____ en attente d'une place en foyer et que l'assistante sociale de l'hôpital se chargeait des démarches en lien avec un tel placement.

E. 17

Il ressort d'un document intitulé « Cadre de soins hospitaliers » établi le 23 juin 2022 que K. _____ a produit à la justice de paix, que son plan de traitement, ordonné par la Dre N. _____, cheffe de clinique au D. _____, consiste en une injection de Z. _____ 150 mg tous les 21 jours. Ce document est signé par cette médecin cadre. Par ailleurs, il s'avère que, depuis 2020 et avant la résiliation de son contrat d'hébergement et de soins par l'U. _____, K. _____ avait été hospitalisé à répétitions reprises au D. _____, à savoir du 9 août 2020 au 16 octobre 2020, du 17 au 27 novembre 2020, du 27 août 2021 au 1er septembre 2021, du 30 septembre 2021 au 15 octobre 2021, du 18 au 30

- 16 - novembre 2022, du 24 décembre 2021 au 7 février 2022, du 10 mai 2022 au 7 juin 2022, du 21 au 23 juin 2022 et du 12 au 15 juillet 2022. En droit : 1. Le recours est dirigé contre une décision de l'autorité de protection de l'adulte laquelle, d'une part, maintient, pour une durée indéterminée, le placement à des fins d'assistance du recourant, dans le cadre de l'examen périodique (art. 426 et 431 CC), et, d'autre part, rejette l'appel formé par celui-ci concernant un traitement sans consentement (art. 434 et 439 al. 1 ch. 4 CC). 1.1 1.1.1 Contre une telle décision, le recours de l'art. 450 CC est ouvert à la Chambre des curatelles (art. 8 LVPPE [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 (450b al. 2 CC ; cf. CCUR 2 septembre 2022/153 ; CCUR 24 février 2022/36). 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 (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 ; Meier, Droit de la protection de

l'adulte, 2e éd., Genève/Zurich 2022, n. 276, p. 154, n. 1332 p. 704 et n. 1351 p. 713). 1.1.2 Conformément à l'art. 450d CC, la Chambre des curatelles donne à la justice de paix (art. 4 al. 1 LVPAE) l'occasion de prendre

- 17 - position (al. 1), cette autorité pouvant, au lieu de prendre position, reconsidérer sa décision (al. 2). 1.2 Interjeté dans le délai légal, signé et exposant clairement le désaccord de la personne concernée avec la mesure de placement, de même qu'avec le traitement médicamenteux, le recours est recevable. Interpellée, l'autorité de protection a indiqué qu'elle renonçait à se déterminer, se référant intégralement au contenu de la décision litigieuse. 2. 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). 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, Basler Kommentar, Zivilgesetzbuch I, Art. 1 - 456 CC, 7e éd., Bâle 2022, n. 7 ad art. 450a CC, p. 2943 et les auteurs cités ; voir également TF 5C_1/2018 du 8 mars 2019 consid. 5.1 et les références citées). En matière de protection de l'adulte

- 18 - 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). 2.2 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). Selon l'art. 431 CC, elle examine, dans les six mois qui suivent le placement, si les conditions du maintien de la mesure sont encore remplies et si l'institution est toujours appropriée (al. 1). Elle effectue un deuxième examen au cours des six mois qui suivent, puis aussi souvent que nécessaire, mais au moins une fois par an (al. 2). Aux termes de l'art. 439 al. 1 ch. 4 CC, la personne concernée ou l'un de ses proches peut en appeler par écrit au juge en cas de traitement de troubles psychiques sans son consentement. Dans le canton de Vaud, le juge de paix du domicile de la personne concernée ou celui du lieu de l'établissement où la personne est placée ou libérée connaît des appels au sens de l'art. 439 CC (cf. art. 10 et 25 LVPAE). 2.2.2 Il découle de l'art. 447 al. 2 CC que la personne concernée doit en général être entendue par l'autorité de protection réunie en collège, sauf si le droit cantonal attribue cette compétence à un juge unique de l'autorité de protection. Dans le cadre d'une procédure d'appel au juge – comme en l'espèce concernant la médication forcée –, la jurisprudence a admis que l'audition de la personne concernée pouvait avoir lieu par le juge unique compétent (JdT 2015 III 207 consid. 2.1 ; Meier, op. cit., n. 1351 et note de bas de page n. 2499, p. 713). L'instance judiciaire de recours, en règle générale réunie en collège, procède à l'audition de la personne concernée (art. 450e al. 4, 1re phr. CC ; ATF 139 III 257 consid. 4.3).

- 19 - 2.2.3 En cas de troubles psychiques, la décision relative à un placement à des fins d'assistance, a fortiori à un traitement sans consentement dans ce cadre, doit être prise sur la base d'un rapport d'expertise (art. 450e al. 3 CC, applicable par analogie par renvoi de l'art. 439 al. 3 CC au juge de l'art. 439 al. 1 CC et directement à l'instance judiciaire de recours ; ATF 140 III 105 consid. 2.7 ; Meier, op. cit., n. 1270 p. 671 et n. 1352 p. 714). Cette exigence ne vaut qu'à l'égard de la première autorité judiciaire compétente (JdT 2013 III 38). L'expert doit notamment se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée (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) et indiquer sur la base de quels éléments de fait le tribunal a retenu l'existence d'un état de faiblesse (« Schwächezustand ») 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, Basler Kommentar, 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 [ci-après : CommFam], Protection de l'adulte, Berne 2013, n. 40 ad art. 439 CC, p. 789). 2.3 En l'espèce, le recourant a été entendu par la justice de paix in corpore le 15 septembre 2022. Bien que régulièrement cité à comparaître, il ne s'est pas présenté, ni personne en son nom, à l'audience tenue par la Chambre de céans le 25 octobre 2022. Dès lors, son droit d'être entendu a été respecté.

- 20 - Par ailleurs, la décision entreprise se fonde sur le rapport d'expertise établi le 6 décembre 2021 par le Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que sur de nombreux rapports médicaux émanant des médecins du D. _____ ainsi que sur les rapports des intervenants de l'U. _____. Ces documents fournissent des éléments actuels et pertinents sur le recourant et émanent de spécialistes et intervenants à même d'apprécier valablement l'état de santé de celui-ci et les risques encourus si les mesures litigieuses n'étaient pas instituées. Conformément aux exigences requises, ces rapports permettent à la Chambre de céans de se prononcer sur la légitimité du placement et le traitement médicamenteux ordonnés. La décision est donc formellement correcte et peut être examinée sur le fond. 3. 3.1 Le recourant conteste la poursuite de son placement à des fins d'assistance, demandant à retourner vivre dans son appartement, dont il se dit propriétaire, et rejetant le diagnostic de schizophrénie. 3.2 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 (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.

- 21 - 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. 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. 6695 ; ATF 148 I 1 consid. 8.1.2 et les références citées). 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 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 1156 ; 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 inefficace (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

- 22 - du Code civil suisse [privation de liberté à des fins d'assistance], FF 1977 III pp. 28-29 ; cf. également art. 29 LVPAE pour le traitement ambulatoire). 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 (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 précité consid. 4.2.1 et les références citées). 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 précité 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 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. 6696).

- 23 - 3.3 Le recourant souffre de schizophrénie paranoïde continue ou panphrénie expansive. Ce diagnostic a été posé depuis de nombreuses années, à la suite d'expertises effectuées en 1996, 2009 et 2016, et est encore confirmé dans celle récemment diligentée le 6 août 2021 et dont les deux compléments datent respectivement des 14 avril et 24 août 2022. Il s'agit d'un trouble psychique sévère, se traduisant par des revendications à plusieurs niveaux (changement identitaire, restitution de sommes d'argent conséquentes, reconnaissance de titres et de liens de parenté anciens, etc.) qui, du fait qu'elles ne sont pas acceptées, peuvent donner lieu à de l'agressivité verbale et physique, ou à des tentatives, dans le passé, de s'introduire chez des tiers. Compte tenu de ces circonstances, il est dès lors constant que la personne concernée présente une cause de placement. Par ailleurs, selon le Dr S. _____, les idées délirantes n'empêchent pas totalement le recourant de gérer un certain nombre d'activités de la vie quotidienne tel les soins d'hygiène, d'alimentation ou vestimentaires, de sorte que sur ce plan, la prise en charge en foyer n'est pas essentielle. Elle l'est par contre au plan de la surveillance des problèmes de santé globale, y compris non psychiatriques. Toujours selon l'expert, il y a lieu particulièrement de redouter que ces pensées délirantes ne conduisent à des actes irrationnels pouvant comporter des dépenses inconsidérées, des prises de contact inadéquates avec des tiers ou encore des troubles du comportement à connotation agressive. Il est également à craindre qu'elles puissent conduire le recourant à mal se soigner, voire à un refus de soins, qui pourrait aboutir à une majoration symptomatique, voire à son décès. Autrement dit, une prise en charge institutionnelle est nécessaire afin que soins et traitement soient prodigués au recourant, tant au plan psychiatrique qu'au plan médical général. Elle permet aussi et surtout d'encadrer la prise médicamenteuse, qui reste très difficile du fait de l'opposition du recourant (cf. consid. 4 infra). Or, cette prise en charge a occasionné de nombreuses hospitalisations ainsi que des interventions de la police en raison des troubles du comportement du recourant. Il résulte au final de l'expertise du 6 août 2021, dont les compléments intervenus les 14 avril et 24 août

- 24 - 2022 ne remettent pas en cause les conclusions, mais les complètent au plan de la problématique identitaire et de l'opportunité d'un éventuel changement de nom, qu'en raison de sa pathologie psychique, le recourant a besoin d'être protégé. Aucune mesure moins incisive n'est en outre à même de pallier les risques pour la santé du recourant, ainsi que pour autrui, selon l'appréciation de l'expert, corroborée par l'aggravation de la symptomatologie du recourant et son besoin accru de séjours en milieu hospitalier. Enfin, le placement au sein du D. _____ – qui est une institution appropriée – permet d'apporter l'aide nécessaire au recourant et les soins dont il a besoin pour le moment, étant au demeurant précisé que, selon l'expert, un foyer communautaire (et non un appartement protégé) est le lieu de vie le plus adéquat pour celui-ci. Les conditions pour ordonner un placement à des fins d'assistance étant réalisées, le grief du recourant contre cette mesure doit être rejeté. 4.