

CHAMBRE DES CURATELLES

Arrêt du 9 juin 2026

Composition : Mme CHOLLET, présidente

MM. Oulevey et Krieger, juges

Greffière : Mme Aellen

Art. 426, 439 al. 1 ch. 1 et 450 CC

La Chambre des curatelles du Tribunal cantonal prend séance pour statuer sur le recours interjeté par **B.** _____, à Q***, contre la décision rendue le 22 mai 2026 par la Juge de paix du district de Nyon dans la cause le concernant.

Délibérant à huis clos, la Chambre voit :

En fait :

A. Par décision du 22 mai 2026, notifiée le 27 mai 2026, la Juge de paix du district de Nyon (ci-après : la juge de paix ou la première juge) a rejeté l'appel déposé le 13 mai 2026 par B._____ contre la décision de placement médical du 11 mai 2026 (I), et laissé les frais à la charge de l'Etat (II).

La juge de paix a retenu que B._____ était connu de longue date pour un trouble schizo-affectif et la consommation de multiples substances (alcool, cannabis, cocaïne et héroïne) et avait fait l'objet de nombreuses hospitalisations pour des décompensations aiguës de son trouble, les dernières hospitalisations datant du 3 au 19 mars 2026 puis du 20 mars au 14 avril 2026. Sur la base d'un rapport d'expertise du 8 mai 2026, la première juge a constaté que l'état de santé psychique actuel de B._____ demeurerait décompensé et non stabilisé, justifiant toujours un encadrement thérapeutique et des soins en milieu hospitalier. Le prénommé avait d'ailleurs reconnu la nécessité de son placement en milieu hospitalier en raison de son état de santé, précisant que son opposition portait, en particulier, sur son placement en chambre de soins intensifs, dont il était sorti depuis quelques jours. Considérant que toute sortie prématurée serait délétère à l'intéressé, risquerait d'aggraver ses troubles et de le conduire à une nouvelle hospitalisation, la juge de paix a retenu que le placement médical à des fins d'assistance demeurerait indispensable afin d'assurer la prise du traitement et d'en adapter la posologie, tout en permettant de stabiliser l'état de santé de l'intéressé. Au demeurant, l'Hôpital psychiatrique de S*** était une institution appropriée, permettant de protéger B._____ et de lui apporter l'encadrement et le suivi médical nécessaire.

B. Par courrier du 1^{er} juin 2026, B._____ (ci-après : le recourant) a fait « opposition » à cette décision, et a demandé à être entendu « *pour plusieurs PLAFAs frauduleux ces 5 dernières années (...)* ».

Interpellée, la juge de paix, par courrier du 4 juin 2026, s'est intégralement référée à sa décision.

C. La Chambre des curatelles retient les faits suivants :

1. B._____ est né le ***1971. Célibataire et sans enfant, il vit seul dans un appartement protégé rattaché au Centre d'accueil « T._____ ». Il est au bénéfice d'une rente AI depuis 1999.

Depuis 1997, il bénéficie d'une curatelle de portée générale, le mandat de curatrice ayant, en dernier lieu, été confié à C._____, responsable de mandats de protection auprès du Service des curatelles et tutelles professionnelles (SCTP).

2. Sur le plan somatique, B._____ est connu pour une hypertension essentielle bénigne avec mention de crises hypertensives. Il a des antécédents de pneumonie lobaire sans précision, un diabète de type 2 avec des problèmes hydroélectriques, notamment une hyperkaliémie qui a nécessité un passage en soins somatiques. Il présente également des œdèmes des membres inférieurs et des problèmes circulatoires. Il est connu aussi pour un antécédent de hernie discale impactant la jambe gauche.

3. Sur le plan psychiatrique, B._____ est connu depuis de nombreuses années pour un trouble affectif bipolaire - diagnostic changé en 2021 pour un trouble schizo-affectif -, ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples (cocaïne, héroïne, cannabis et alcool) et un tabagisme actif.

Il a été hospitalisé à de nombreuses reprises pour des décompensations aiguës de son trouble, notamment du 12 avril au 19 juillet 2024, du 6 au 19 mars 2026, puis du 20 mars au 14 avril 2026.

S'agissant en particulier des hospitalisations de 2026, le patient a été, dès son entrée à l'hôpital le 6 mars 2026, soumis à une médication à base de Clopin Eco, de Valium et de Depakine chrono. L'évolution du séjour a été marquée par une persistance des troubles thymiques et psychotiques avec une amélioration partielle sous traitement, mais une adhésion fluctuante et une difficulté à respecter le cadre institutionnel. Il a quitté l'hôpital le 19 mars en raison de ruptures du cadre répétées. Au moment de sa sortie, l'état général de B. _____ était globalement amélioré, malgré la persistance de certains éléments thymiques et psychotiques résiduels (thymie élevée, avec une réactivité affective accrue et une tonalité excessive par moments).

Le lendemain de sa sortie (le 20 mars 2026), il a été adressé à l'hôpital par la psychiatre de garde pour une hospitalisation dans un contexte de décompensation psychotique aiguë. Il avait alors été retrouvé par la police au bord du lac ; il tenait des propos incohérents et présentait un état d'hypothermie. A son arrivée, il présentait un discours logorrhéique, désorganisé, parfois incohérent, un sentiment de toute puissance, des idées délirantes de persécution envers un membre de l'équipe soignante, des idées délirantes mystiques et mégalomaniaques non critiquées, une thymie exaltée et une labilité émotionnelle. En raison de son comportement inadapté au cadre institutionnel (agitation et non-respect des consignes de prise en charge, se manifestant notamment par le fait de frapper de manière répétée les portes avec les pieds) et de son absence de collaboration aux soins (attitude oppositionnelle à la prise de traitement), B. _____ a été placé en chambre de soins aigus. Il a finalement quitté l'hôpital le 14 avril 2026, à nouveau sur une rupture du cadre (comportement intimidant, propos racistes et misogynes, uritox positif pour la cocaïne, etc.). Il aurait interrompu son traitement dès sa sortie de l'hôpital.

4. Le 8 mai 2026, il s'est présenté de manière volontaire à l'Hôpital psychiatrique de S***, où il a été hospitalisé.

5. Le 11 mai 2026, la Dre E._____, cheffe de clinique adjointe auprès du Service de psychiatrie de l'adulte [...], sous délégation du Dr F._____, a prononcé le placement médical à des fins d'assistance de B._____ en raison d'une décompensation maniaque. Le médecin retenait les motifs suivants : « *Patient connu pour trouble bipolaire, actuellement en décompensation maniaque sur rupture de traitements. Présente une humeur haute, forte tension interne, irritabilité sur délire de grandeur et attitude de toute puissance. Risque de comportements avec mise en danger, risque d'hétéro-agressivité. En refus du traitement. Anosognosique* ».

Le même jour, B._____ a été placé en chambre de soins intensifs (CSI).

6. Par courrier du 13 mai 2026, B._____ a formé appel contre cette décision, sollicitant la levée de son placement, dont il estimait qu'il avait été prononcé pour d'« *injustes motifs (incompétences, insuffisances médicales et mauvaise transmission)* ».

7. Un rapport d'expertise a été établi le 19 mai 2026 par la Dre K._____, psychiatre et psychothérapeute FMH à V***. Elle a constaté que le discours de B._____ était globalement cohérent, mais souvent évasif, flou, un peu décousu, quelques fois contradictoire et peu informatif sur certains sujets, l'humour étant présent. Le patient se plaignait essentiellement de sa prise en charge à l'Hôpital psychiatrique de S*** (« *c'est pas chez moi, ils me connaissent pas, c'est du grand n'importe quoi* »), l'intéressé ayant également des propos dénigrants envers le personnel soignant et des idées de persécution. Ainsi, interrogé sur une prise urinaire effectuée lors de sa précédente hospitalisation qui avait révélé un taux élevé de cocaïne, B._____ déclarait qu'il n'avait pas pris de cocaïne depuis au moins 6 jours et que quelqu'un de l'équipe infirmière avait mis la substance dans son urine pour lui nuire. L'experte relevait au surplus des idées de grandeur (« *je suis quelqu'un de connu, toute la journée c'est un défilé devant ma fenêtre, je dois me planquer sinon c'est infernal... j'envie pas les stars en tous cas* »). Il expliquait qu'au terme de sa dernière hospitalisation, il était sorti, le 14 avril 2026, sans ordonnance,

qu'il n'avait donc plus de traitement, qu'il n'avait pas vu de médecin pendant trois semaines et ajoutait : « *je me suis fait coupé les vivres par la curatrice, tabassé par mon associé ... j'étais obligé de voler dans les magasins ou d'aller à l'hôpital* ».

Depuis son retour à l'hôpital, l'expertisé bénéficiait d'un traitement médicamenteux consistant en de la Dépakine chrono (1500-0-2000 mg), du Risperidone (2-2-4 mg), du Bioflorin, de l'Irbésartan (150 mg) et du Temesta (1 mg le soir). Il était toujours en chambre de soins intensifs, mais un essai de sortie devait être effectué.

L'experte indiquait que l'équipe infirmière décrivait une légère amélioration clinique, tout en précisant que le patient restait dans la toute-puissance, voulant dicter son propre cadre de soins, négociant les traitements et étant intolérant à la frustration. Il était encore fragile. Le médecin assistant en charge du suivi décrivait un patient qui restait décompensé depuis son arrivée, mais qui présentait une légère amélioration sur le plan clinique depuis peu. Le traitement restait inchangé pour le moment. Les médecins envisageaient une réflexion sur un éventuel réseau ambulatoire ainsi que l'établissement d'un contrat de soins avec le patient au vu des nombreuses ruptures de cadre lors des hospitalisations précédentes.

Au vu de ces éléments, l'experte relevait que malgré le cadre hospitalier, celui d'une CSI, la réintroduction des traitements et leurs adaptations, ainsi que les entretiens médico-infirmiers, les soignants n'avaient finalement constaté qu'une amélioration clinique minime des symptômes de décompensation maniaque que présentait B._____ à son arrivée, notamment une humeur légèrement moins élevée et une pensée un peu plus organisée. Il présentait néanmoins encore des symptômes hypomanes et n'était pas stabilisé sur le plan psychique.

En conclusion, l'experte estimait que le prénommé nécessitait toujours des soins hospitaliers, précisant qu'une sortie prématurée aurait pour conséquence une nouvelle péjoration rapide de ses symptômes, avec

un risque d'arrêt des suivis et traitements, ainsi qu'une majoration des risques auto et hétéro-agressifs en raison des troubles du cours de la pensée, de la désorganisation de celle-ci et des idées délirantes ainsi que de la tension interne, avec risque d'une nouvelle hospitalisation rapidement.

8. Entendu par la juge de paix le 22 mai 2026, B._____ a indiqué avoir contesté son placement en raison des conditions de celui-ci, à savoir son placement en chambre de soins intensifs, de l'obligation de prise d'une partie de son traitement et des problèmes d'hygiène constatés au sein de l'hôpital. Il a toutefois, reconnu avoir besoin d'un placement en milieu hospitalier et a exprimé sa volonté de rester hospitalisé à l'Hôpital psychiatrique de S***, précisant que depuis trois jours la situation se passait mieux puisqu'il n'était plus en chambre de soins intensifs et qu'il pouvait participer à différentes activités, ce qui lui était bénéfique.

9. Lors de son audition par la Chambre des curatelles le 4 juin 2026, B._____ a indiqué qu'il ne souhaitait pas rester à S***, mais être hospitalisé dans une clinique pour soigner ses nombreux problèmes somatiques (problèmes de dos en particulier). Il se dit conscient de la nécessité de bénéficier d'une assistance médicale, estimant toutefois que celle-ci pourrait être mise en place à la P._____. Il a expliqué que son médecin psychiatre s'était désolidarisé depuis sa dernière hospitalisation, mais qu'il devrait pouvoir en retrouver un. Il a déclaré contester le traitement qui lui était prescrit, expliquant que la médication était trop lourde et qu'il ne souhaitait pas prendre des médicaments toute la journée, notamment en raison des effets secondaires pénibles de ceux-ci. Il a admis souffrir de troubles maniaques et a indiqué que s'il sortait, il continuerait à prendre de la Dépakine, qui est un stabilisateur d'humeur qu'il juge efficace, ainsi que du Risperdal. Enfin, il a expliqué que, selon lui, les médicaments qui lui avaient été prescrits lors de ses dernières hospitalisations n'étaient pas encore assez efficaces au moment de sa sortie, ce qui expliquerait ses rechutes et les nouvelles hospitalisations rapides.

En droit :

1.

1.1. Le recours est dirigé contre une décision de la juge de paix statuant sur un appel au sens de l'art. 439 al. 1 CC, formé par la personne faisant l'objet d'un placement à des fins d'assistance ordonné par un médecin (art. 429 al. 1 CC).

1.2. Contre une telle décision, le recours de l'art. 450 CC est ouvert à la Chambre des curatelles (art. 8 LVPAE [loi du 29 mai 2012 d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant ; BLV 211.255] et 76 al. 2 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; BLV 173.01] ; Meier, Droit de la protection de l'adulte, 2^e éd., Genève/Zurich 2022, n. 166, p. 85, et n. 1349, p. 712) dans les dix jours dès la notification de la décision (art. 450b al. 2 CC, par renvoi de l'art. 439 al. 3 CC). La personne concernée, les proches et les personnes qui ont un intérêt juridique à l'annulation ou à la modification de la décision attaquée ont qualité pour recourir (art. 450 al. 2 CC). Le recours doit être interjeté par écrit, mais n'a pas besoin d'être motivé (art. 450 al. 3 et 450e al. 1 CC). Il suffit que le recourant manifeste par écrit son désaccord avec la mesure prise (Meier, *op. cit.*, n. 276, p. 154 ; Droit de la protection de l'adulte, Guide pratique COPMA, Zurich/Saint-Gall 2012 [ci-après : Guide pratique COPMA 2012], nn. 12.18 et 12.19, p. 285).

L'art. 446 al. 1 CC prévoit que l'autorité de protection établit les faits d'office. Compte tenu du renvoi de l'art. 450f CC aux règles du CPC (Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272), l'art. 229 al. 3 CPC est applicable devant cette autorité, de sorte que les faits et moyens de preuve nouveaux sont admis jusqu'aux délibérations. Cela vaut aussi en deuxième instance (Droese, Basler Kommentar, Zivilgesetzbuch I, Art. 1-456 ZGB, 7^e éd., Bâle 2022 [ci-après : BSK ZGB I], 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 et

de l'enfant, la maxime inquisitoire illimitée est applicable, de sorte que les restrictions posées par l'art. 317 CPC pour l'introduction de faits ou moyens de preuve nouveaux sont inapplicables (CCUR 16 avril 2020/74 ; cf. JdT 2011 III 43).

Conformément à l'art. 450d CC, la Chambre des curatelles donne à la justice de paix (art. 4 al. 1 LVPAE) l'occasion de prendre position (al. 1), cette autorité pouvant, au lieu de prendre position, reconsidérer sa décision (al. 2).

1.3. Formé en temps utile, par la personne concernée qui expose clairement son désaccord avec la mesure de placement (art. 450 al. 3 et 450e al. 1 CC), le présent recours est recevable.

Consultée, la juge de paix a indiqué, par courrier du 4 juin 2026, qu'elle se référerait intégralement à sa décision du 22 mai 2026.

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).

2.2.

2.2.1. Aux termes de l'art. 439 al. 1 ch. 1 CC, la personne concernée ou l'un de ses proches peut en appeler par écrit au juge, notamment en cas

de placement ordonné par un médecin (art. 429 al. 1 CC). 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 en tant que juge unique (art. 10 et 25 LVPAE ; Meier, *op. cit.*, n. 165, p. 85).

Dans le cadre d'un appel en cas de placement ordonné par un médecin, le juge appelé à statuer selon l'art. 439 al. 1 ch. 1, 2 et 3 CC doit examiner si les conditions du placement médical pour la durée légale de six semaines étaient bien réalisées, respectivement le sont toujours (TF 5A_825/2017 du 1^{er} novembre 2017 consid. 1.3.2 ; Delabays/Delaloye, *in* Pichonnaz/Foëx/Fountoulakis [éd.], Code civil I, Art. 1-456 CC, 2^e éd., Bâle 2024 [ci-après : CR CC I], n. 30 *ad* art. 439 CC, p. 3119).

2.2.2. Le juge désigné pour statuer sur les appels de l'art. 439 al. 1 CC doit entendre, en règle générale en collège, la personne concernée (art. 450e al. 4 1^{ère} phr. CC, applicable par analogie par renvoi de l'art. 439 al. 3 CC), sauf si le droit cantonal attribue cette compétence à un juge unique de l'autorité de protection. Dans ce cas, la jurisprudence a admis que l'audition de la personne concernée pouvait avoir lieu par ce juge unique (JdT 2015 III 207 consid. 2.1 ; CCUR 13 octobre 2022/177 ; 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 1^{ère} phr. CC ; ATF 139 III 257 consid. 4.3).

2.2.3. En cas de troubles psychiques, la décision relative à un placement à des fins d'assistance doit être prise sur la base d'un rapport d'expertise (art. 450e al. 3 CC, 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 [CCUR 13 octobre 2022/177]). L'expert doit notamment se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée (ATF 148 I 1 consid. 8.2.1 ; 140 III 101 consid. 6.2.2 ; 140 III 105 consid. 2.4, JdT 2015 II 75 ; TF 5A_374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.2) et indiquer

sur la base de quels éléments de fait le tribunal a retenu l'existence d'un état de faiblesse au sens de l'art. 426 al. 1 CC (ATF 140 III 101 consid. 6.2.3). Il doit disposer des connaissances requises en psychiatrie et psychothérapie, mais il n'est pas nécessaire qu'il soit médecin spécialiste dans ces disciplines (TF 5A_374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.2 et les références citées). Il doit être indépendant et ne pas s'être déjà prononcé sur la maladie de l'intéressé dans une même procédure (Kühnlein, Le placement à des fins d'assistance au regard de la pratique vaudoise : principes généraux et questions choisies, *in* JdT 2017 III 75, p. 86 ; JdT 2015 III 207 consid. 2.2). Si l'autorité de protection a déjà demandé une expertise indépendante, l'instance judiciaire de recours peut se fonder sur celle-ci (ATF 139 III 257 consid. 4.3 *in fine* et la référence citée).

2.3 En l'espèce, le recourant a été entendu par la juge de paix à l'audience du 22 mai 2026 et a également été auditionné par la Chambre de céans réunie en collège le 4 juin 2026. Son droit d'être entendu a ainsi été respecté.

Par ailleurs, pour rendre la décision entreprise, la première juge s'est fondée sur un rapport d'expertise établi le 19 mai 2026 par la Dre K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH. Ce rapport est complet et répond aux questions importantes pour l'appréciation de la cause ; il fournit des éléments actuels et pertinents sur la recourante, qui émanent d'une spécialiste dans le domaine de la psychiatrie, à même d'apprécier valablement l'état de santé de la personne concernée.

La décision entreprise répond donc aux réquisits légaux et peut être examinée sur le fond.

3.

3.1. Le recourant conteste son placement médical à des fins d'assistance, dont il demande implicitement la levée.

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. 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 1^{er} 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 ; TF 5A_956/2021 du 20 décembre 2021 consid. 5.1).

L'art. 426 CC exige la réalisation de trois conditions cumulatives, à savoir une cause de placement (troubles psychiques, déficience mentale ou grave état d'abandon), un besoin d'assistance ou de traitement ne pouvant être fourni autrement et l'existence d'une institution appropriée permettant de satisfaire les besoins d'assistance de la personne placée ou de lui apporter le traitement nécessaire (TF 5A_374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.1 et la référence citée ; Meier, *op. cit.*, n. 1189, p. 631).

Ainsi, le placement à des fins d'assistance ne peut être décidé que si, en raison de l'une des causes mentionnées de manière exhaustive à l'art. 426 CC, l'intéressé a besoin d'une assistance personnelle, c'est-à-dire présente un état qui exige qu'une aide lui soit fournie, souvent sous la forme d'un traitement médical, que des soins lui soient donnés et qu'une protection au sens étroit lui soit assurée (ATF 134 III 289 consid. 4, JdT 2009 I 156 ; Steinauer/Fountoulakis, Droit des personnes physiques et protection de l'adulte, Berne 2014, n. 1365, p. 596). Il faut encore que la protection nécessaire ne puisse être réalisée autrement que par une mesure de placement à des fins d'assistance, c'est-à-dire que d'autres mesures, telles que l'aide de l'entourage, l'aide sociale ou un traitement ambulatoire, aient été ou paraissent d'emblée inefficaces (Steinauer/Fountoulakis, *op. cit.*, n. 1366, p. 596 ; JdT 2005 III 51 consid. 3a ; Message du Conseil fédéral du 17 août 1977 à l'appui de la révision du Code civil suisse [privation de liberté à des fins d'assistance], FF 1977 III pp. 28 et 29 ; *cf.* également art. 29 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 ; TF 5A_956/2021 du 20 décembre 2021 consid. 5.1). Une mesure restrictive est notamment disproportionnée si une mesure plus douce est à même de produire le résultat escompté. L'atteinte, dans ses aspects matériel, spatial et temporel, ne doit pas être plus rigoureuse que nécessaire (TF 5A_374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.1 et les références citées).

Eu égard au principe de la proportionnalité, le fait que l'assistance ou le traitement nécessaires ne puissent pas être fournis d'une autre façon que par un internement ou une rétention dans un établissement constitue l'une des conditions légales au placement. Tel peut notamment être le cas lorsque la personne concernée n'a pas conscience de sa maladie et de son besoin de placement (ATF 140 III 101 consid. 6.2.3 et les références citées) ou que son bien-être nécessite un traitement

stationnaire, qui ne peut être couronné de succès que s'il est assuré sans interruption (TF 5A_374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.1).

Afin d'éviter que le placement à des fins d'assistance ne se prolonge trop longtemps, la loi pose le principe que la personne concernée doit être libérée dès que les conditions du placement ne sont plus réalisées (art. 426 al. 3 CC). A cet égard, le nouveau droit de protection de l'adulte est plus restrictif que l'ancienne réglementation : il ne suffit plus 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). Cette règle a pour but d'éviter une libération qui nécessiterait immédiatement après un nouveau placement résultant en des allers-retours incessants de la personne entre l'établissement psychiatrique et le monde extérieur (Meier, *op. cit.*, note de bas de page n. 2306, p. 663 ; Guillod, *CommFam, op. cit.*, n. 78 *ad art.* 426 CC, p. 688).

Le placement à des fins d'assistance ordonné par un médecin ne peut dépasser six semaines (art. 429 al. 1 CC et 9 LVPAE) et prend fin au plus tard au terme de ce délai, à moins que l'autorité de protection de l'adulte ne le prolonge par une mesure exécutoire (art. 429 al. 2 CC). La décision de libérer la personne placée appartient à l'institution (art. 429 al. 3 CC).

3.3. Le recourant souffre d'un trouble schizo-affectif associé à des troubles liés à l'usage de substances psychoactives multiples (cocaïne, héroïne, cannabis et alcool), ainsi qu'un tabagisme actif. A cela s'ajoutent de multiples pathologies somatiques (problèmes de dos, hypertension etc). Depuis plusieurs années, son parcours a été marqué par de nombreuses hospitalisations psychiatriques pour des décompensations aiguës, notamment en 2024 et à plusieurs reprises déjà depuis le début de l'année 2026.

Le dernier placement, qui fait l'objet de la présente procédure, a été prononcé le 11 mai 2026. Il est intervenu dans un contexte de nouvelle

décompensation maniaque ensuite d'une nouvelle rupture de traitement. Le patient présentait alors une humeur exaltée, une irritabilité importante, des idées délirantes de grandeur, une attitude de toute puissance et un refus des soins à mettre notamment en lien avec son anosognosie. Les médecins relevaient également un risque de mise en danger ainsi qu'un risque d'hétéro-agressivité, en raison duquel le recourant a été placé en chambre de soins intensifs lors des premiers jours de son placement.

L'expertise psychiatrique du 19 mai 2026 confirmait la persistance d'un état psychopathologique significatif malgré plusieurs jours d'hospitalisation et un traitement psychotrope conséquent. L'experte relevait notamment la présence persistante d'idées de persécution et de grandeur, une pensée encore insuffisamment organisée, une tendance à contester le cadre de soins et une faible tolérance à la frustration. Malgré l'hospitalisation, la chambre de soins intensifs et la réintroduction du traitement médicamenteux, l'amélioration clinique demeurait limitée et le patient n'était pas stabilisé sur le plan psychique.

Depuis le début de l'année 2026, le recourant en est déjà à son troisième placement à des fins d'assistance. Lors des deux précédentes sorties, B._____ a rapidement interrompu son traitement, ce qui a conduit à de nouvelles décompensations et a nécessité une réhospitalisation rapide.

Aujourd'hui, bien que B._____ reconnaisse partiellement souffrir de troubles maniaques et admette avoir besoin d'une assistance médicale, il continue de remettre en question une partie importante de sa prise en charge, notamment le traitement médicamenteux prescrit, qu'il juge excessif. Son historique récent démontre pourtant que l'absence de traitement entraîne systématiquement une rechute rapide et une nouvelle hospitalisation. A ce stade, force est de constater, que, comme l'a relevé l'experte, la situation de B._____ ne paraît pas stabilisée. Or, une sortie prématurée exposerait l'intéressé à un risque élevé d'interruption de la médication et des suivis et, partant, de nouvelle décompensation, ainsi qu'à une augmentation des risques auto- et hétéro-agressifs en lien avec la persistance des symptômes psychotiques et thymiques. A cela s'ajoute que

le recourant n'a aujourd'hui plus de psychiatre traitant, dès lors que son ancien médecin s'est désolidarisé ensuite de sa dernière hospitalisation.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, il apparaît que le recourant souffre encore d'un trouble psychiatrique grave insuffisamment stabilisé, nécessitant des soins spécialisés en milieu hospitalier. Son absence partielle de conscience de la maladie, son adhésion thérapeutique fragile, ses nombreuses ruptures de traitement et de cadre institutionnel, ainsi que les risques de décompensation rapide et de comportements potentiellement dangereux pour lui-même ou pour autrui, justifient le maintien du placement médical à des fins d'assistance – qui n'a pas encore atteint les six semaines légales –, afin en particulier de permettre aux médecins de l'Hôpital psychiatrique de S***, de disposer du temps nécessaire pour stabiliser l'état de santé de l'intéressé et d'éviter un nouvel aller-retour de celui-ci entre l'établissement psychiatrique et le monde extérieur. En l'état, un traitement ambulatoire apparaît donc pour le moins prématuré.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de confirmer le placement médical à des fins d'assistance de B._____, lequel a encore besoin de soins qui ne peuvent, en l'état, être dispensés autrement qu'en milieu hospitalier. Pour le surplus, l'Hôpital psychiatrique de S*** constitue un établissement approprié. La décision attaquée s'avère dès lors bien fondée.

3.4. Enfin, le recourant a déclaré à l'audience de la Chambre des curatelles qu'il remettait en cause le traitement médicamenteux qui lui était administré, le jugeant trop lourd et expliquant qu'il en supportait mal les effets secondaires. Si l'on devait déduire de ces déclarations que le recourant conteste, devant la Chambre de céans, le plan de traitement mis en place – en s'opposant à la prise de tout ou partie de sa médication –, il faudrait alors constater que cette conclusion serait irrecevable. En effet, en l'état, le dossier ne contient pas de plan de traitement (art. 433 CC), de sorte qu'une telle conclusion excéderait manifestement l'objet de la contestation tel que défini par la décision querellée qui concerne uniquement le placement (ATF 142 1 155 consid. 4.4.2 ; TF 5A_588/2019 du

30 juillet 2019 consid. 5.2 ; CCUR 27 juillet 2023/144 consid. 1.4 et les références citées) et relèverait en conséquence de la compétence de l'autorité de protection (cf. art. 439 al. 1 ch. 4 CC). En l'état, il appartient donc, le cas échéant, au recourant de demander le plan de traitement mis en place et si nécessaire, de le contester.

4. En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

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

Par ces motifs,
la Chambre des curatelles du Tribunal cantonal,
statuant à huis clos,
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision est confirmée.
- III.** L'arrêt, rendu sans frais judiciaires de deuxième instance, est exécutoire.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- M. B. _____,
- Hôpital de S***,
- Service des curatelles et tutelles professionnelles, à l'att. de C. _____,

et communiqué à :

- Mme la Juge de paix du district de Nyon,

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 :