

CHAMBRE DES CURATELLES

Arrêt du 12 juillet 2024

Composition : Mme CHOLLET, présidente
Mmes Giroud Walther et Gauron-Carlin, juges
Greffier : M. Klay

Art. 426 et 445 al. 1 CC

La Chambre des curatelles du Tribunal cantonal prend séance pour statuer sur le recours interjeté par **T._____**, à [...], contre l'ordonnance de mesures provisionnelles rendue le 12 juin 2024 par la Justice de paix du district du Jura-Nord vaudois dans la cause le concernant.

Délibérant à huis clos, la Chambre voit :

En fait :

A. Par ordonnance de mesures provisionnelles du 12 juin 2024, motivée le 24 juin 2024, la Justice de paix du district du Jura-Nord vaudois (ci-après : la justice de paix ou les premiers juges) a confirmé le placement provisoire à des fins d'assistance de T._____ (ci-après : le recourant ou la personne concernée) au Centre R._____ (ci-après : le R._____) ou dans tout autre établissement approprié (I), invité les médecins de cet établissement à faire rapport sur l'évolution de la situation du prénommé et à formuler toute proposition utile quant à sa prise en charge, dans un délai de cinq mois dès notification de l'ordonnance (II), confirmé la modification, à titre provisoire, de la curatelle de représentation et de gestion instituée avec privation de la faculté d'accéder à certains biens, au sens des art. 394 al. 1 et 395 al. 3 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210), en faveur de l'intéressé, en une curatelle de portée générale provisoire au sens de l'art. 398 CC (III), maintenu G._____, assistant social auprès du Service des curatelles et tutelles professionnelles (ci-après : le SCTP), en qualité de curateur (IV), fixé les tâches du curateur (V à VII), poursuivi l'enquête en modification de la curatelle et en placement à des fins d'assistance de la personne concernée (VIII), dit que les frais de cette ordonnance suivaient le sort de la cause (IX) et déclaré l'ordonnance immédiatement exécutoire, nonobstant recours (X).

Les premiers juges ont considéré que selon l'appréciation du Dr U._____, expert, l'état de santé physique et mental de T._____, dont la polytoxicomanie évoluait depuis l'âge de 14 ans, était en dégradation « franche », que faute de soins adéquats, les chances de survie du prénommé étaient qualifiées de faibles, qu'il ressortait des résultats des analyses d'urine et des observations de l'expert que l'intéressé ne maîtrisait pas ce qu'il consommait, avec les risques que cela impliquait pour sa santé voire pour sa vie, que les événements survenus dans l'appartement de [...] démontraient que T._____ ne parvenait plus à gérer le quotidien, que cela pouvait le conduire à une issue grave,

malgré ce qu'il prétendait, et que l'état de son appartement s'était encore dégradé depuis le 28 août 2023, ce que la personne concernée avait minimisé. La justice de paix a également retenu que T._____ n'avait pas collaboré à la prise en charge ambulatoire, que les propos qu'il tenait à cet égard différaient de la réalité, que, dans ce cadre, l'expert expliquait que les troubles mentaux qui affectaient le prénommé l'empêchaient de prendre conscience du caractère morbide de son état, de demander des soins et de s'y soumettre, qu'il précisait que les fonctions exécutives de l'intéressé, telles que la planification et l'orientation des tâches, étaient perturbées, ce qui ne lui permettait pas de se conformer à des rendez-vous, que cet état de fait avait pu être observé à plusieurs reprises, que l'on ne pouvait dès lors que douter de la compliance de T._____ à un suivi si celui-ci devait être mis en œuvre de manière ambulatoire et que, par ailleurs, aucune proposition de suivi ambulatoire élaboré et construit n'avait été formulée par qui que ce soit. Selon les premiers juges, pour toutes ces raisons, seule la poursuite, dans l'immédiat, du placement de l'intéressé, lequel avait déjà déployé des effets positifs, permettrait de faire évoluer favorablement la situation de ce dernier, lui offrir la protection dont il avait besoin et éviter des situations de mises en danger de lui-même ainsi que d'autrui.

B. Par acte du 4 juillet 2024, T._____, représenté par Me Laurent Fischer, a interjeté recours contre cette ordonnance, concluant, avec suite de frais et dépens, à la réforme des chiffres I et II de son dispositif en ce sens que le placement à des fins d'assistant est levé avec effet immédiat. Il a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire et a produit un bordereau de cinq pièces. Le conseil du recourant a indiqué que ce dernier serait opéré de l'une de ses vertèbres le lendemain au Centre hospitalier H._____ (ci-après : le H._____) et qu'en conséquence, il ignorait quand son mandant pourrait être entendu par la Chambre de céans.

Par avis du 5 juillet 2024, une audience a été appointée le lundi 8 juillet 2024 devant la Chambre de céans.

Le même jour, Me Fischer a indiqué qu'il ne pourrait ni être présent ni se faire remplacer à cette audience et qu'il ne pouvait assurer que le recourant y serait présent, compte tenu de son opération susmentionnée. Après avoir été interpellé, Me Fischer a, le même jour encore, confirmé que le recourant renonçait à être entendu.

Interpellée, la justice de paix a, par courrier du 5 juillet 2024 également, renoncé à se déterminer sur le recours et s'est référée intégralement aux considérants de l'ordonnance entreprise.

Par efax du 8 juillet 2024, le curateur de la personne concernée, G._____, a indiqué qu'il ne pourrait pas être présent à l'audience du même jour et a exposé se rallier complétement à l'ordonnance entreprise.

Vu les circonstances, la Chambre de céans a renoncé à tenir l'audience fixée le 8 juillet 2024.

Le 11 juillet 2024, la justice de paix a transmis à la Chambre de céans un courrier du recourant du 5 juillet 2024, un rapport des médecins du R._____ du 8 juillet 2024 et des déterminations du curateur du 10 juillet 2024.

La Chambre de céans a délibéré le 12 juillet 2024.

C. La Chambre retient les faits suivants :

1. T._____, né le [...] 1978, est connu pour un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), ainsi que pour des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de plusieurs substance (opiacés, alors en substitution sous surveillance médicale, cannabis, cocaïne) de très longue date. Sa situation psycho-sociale est délicate depuis plusieurs années. L'intéressé a vécu dans diverses

structures (famille d'accueil à [...], Foyer [...] et hôtel, dont il a été mis à la porte), avant d'intégrer un appartement à [...] le 1^{er} mai 2023.

2. Le 8 avril 2016, la justice de paix a institué une mesure de curatelle de représentation et de gestion avec privation de la faculté d'accéder à certains biens, au sens des art. 394 al. 1 et 395 al. 3 CC, en faveur de T._____; G._____, assistant social au SCTP, a été nommé, en dernier lieu, en qualité de curateur.

3. Le 29 août 2023, L._____, précédente curatrice de T._____, a signalé la situation de celui-ci, faisant part de ses vives préoccupations s'agissant de la situation de ce dernier. Elle a indiqué que l'intéressé avait, deux jours auparavant, provoqué des dégâts d'eau importants dans son immeuble, laissant couler l'eau de son évier bouché durant de nombreuses heures durant le week-end, de sorte que le cabinet d'esthétique situé au rez-de-chaussée avait été complètement inondé, que « des pluies diluviennes » s'étaient ainsi écoulées du plafond et que l'électricité ne fonctionnait plus. Elle a exposé que lors de la visite des lieux par le propriétaire, venu constater les dégâts, T._____ avait été trouvé allongé sur son lit, dans un état second, avec de nombreuses bougies allumées sans surveillance, et que lorsqu'elle s'était rendue sur place le lendemain avec le médecin de garde, elle avait constaté que l'appartement de l'intéressé se trouvait dans un état déplorable, car jonché de débris à même le sol, que la personne concernée avait consommé de la cocaïne et qu'en outre, un individu, rencontré quelques jours plus tôt par T._____, était présent dans l'appartement et consommait également de la cocaïne. L._____ a précisé que le prénommé, lequel avait indiqué ignorer que de l'eau coulait et ne pas s'être alimenté correctement depuis plusieurs jours, avait été hospitalisé en mode volontaire au R._____ pour un court séjour, afin de lui permettre de dormir correctement pour un temps, de revoir son traitement et de préparer un retour convenable à domicile. Elle a ensuite fait part d'incertitudes quant au futur lieu de vie de T._____, exposant que l'appartement nécessitait l'intervention d'une entreprise de nettoyage, afin d'être remis en état, et que l'on s'orientait vers une

résiliation de bail par le propriétaire au vu de ces événements, de plaintes répétées du voisinage et de l'invitation de personnes consommatrices par la personne concernée dans son logement, ce qui inquiétait tout le monde. L._____ a également mentionné le refus de T._____ de bénéficier, dès sa sortie de l'hôpital, de passages à domicile d'un infirmier en santé mentale et d'un éducateur, au motif que ces mesures seraient trop intrusives. Elle a dès lors demander l'instauration de mesures ambulatoires afin de contraindre la personne concernée à accepter ces interventions à son domicile.

Lors d'une audience tenue par la Juge de paix du district du Jura-Nord vaudois (ci-après : la juge de paix) le 4 octobre 2023, L._____ s'est prononcée en faveur de l'intégration d'un appartement protégé par T._____, ce que l'intéressé a refusé estimant qu'il y aurait trop de contraintes pour lui et qu'il devrait sacrifier sa liberté, notamment renoncer à fumer dans son logement. Au cours de cette même audience, T._____ a, s'agissant du dégât des eaux, admis avoir laissé le robinet ouvert pour quelques heures, mais indiqué que ledit dégât avait été provoqué par le fait que le tuyau était endommagé, ajoutant qu'il ne s'était pas aperçu que le robinet était ouvert à cause des médicaments qu'il prenait pour dormir.

Par rapport d'expertise psychiatrique du 13 mars 2024, le Dr U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre de psychiatrie et psychothérapie X._____, a notamment indiqué qu'outre des échanges avec des tiers, il s'était entretenu avec T._____ le 12 février 2024 pendant 1 heure et 10 minutes et avait également visité l'appartement de celui-ci, en sa compagnie, pendant 35 minutes le même jour. Il a posé le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, avec comme complication un trouble psychotique d'allure schizophrénique, et a apprécié la situation de la personne concernée comme suit :

« L'état de santé de M. T. _____ est celui d'un individu souffrant de troubles mentaux invalidants et entraînant une anosognosie partielle (méconnaissance de son état de malade), ce qui empêche la prise de conscience du caractère morbide de son état, son corolaire qui est la demande de soins, et la compliance à ces derniers.

L'évolution est difficile à apprécier lors d'une expertise ponctuelle, mais en se basant sur les descriptions de son état clinique dans les documents dont nous avons eu copie, sur le témoignage du Dr P. _____ qui l'a reçu quelques fois à l'UTAd [Unité de traitement des addictions] lorsqu'elle y exerçait en 2016 - 2017, et au témoignage plus récent de sa curatrice, Mme L. _____, nous pouvons estimer qu'il existe une dégradation franche de son état de santé depuis environ cinq ans, l'évolution étant actuellement d'allure schizophrénique.

DIAGNOSTICS RETENUS SELON LES CRITERES DE LA CIM-10

ARGUMENTAIRE

Le diagnostic initial posé par les médecins lors des multiples hospitalisations en psychiatrie était celui d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type impulsif, associé à une dépendance à des drogues multiples. Le parcours de vie de M. T. _____ est émaillé de nombreux accidents physiques et psychiques, avec des périodes durant lesquelles il a vécu à la rue, d'autres en foyer, et depuis quelques temps dans un appartement qu'il n'est manifestement pas en capacité de maintenir en état de salubrité. Son cercle social, autrefois centré autour d'une relation de couple et de la présence de quelques amis, s'est aujourd'hui réduit à d'autres usagers de drogues ou d'alcool. Son état physique est aujourd'hui très altéré, tout comme son état mental.

En effet, le tableau clinique actuellement observé est celui d'un individu psychotique, dépendant de nombreuses substances psychoactives, en voie de clochardisation sans l'intervention régulière et la vigilance de sa curatrice. L'adhésion aux soins est très mauvaise, et la stratégie de substitution est en échec, comme le montre le dépistage urinaire, positif à de nombreuses drogues qu'il

affirme ne plus jamais consommer, comme la cocaïne. Le déni de la réalité est massif et l'agressivité sous-jacente perce lorsqu'il est confronté à la réalité.

Le seul diagnostic que l'on peut aujourd'hui retenir de façon certaine est celui de l'évolution psychotique d'allure schizophrénique d'un trouble lié à l'utilisation de drogues multiples et de substances psychoactives. En effet, selon la CIM-10, cette catégorie doit être utilisée quand au moins deux substances psychoactives sont utilisées, sans qu'il soit possible de déterminer laquelle est principalement en cause dans le trouble. Cette catégorie doit également être utilisée quand la nature exacte de certaines — voire de l'ensemble — des substances psychoactives utilisées est incertaine ou inconnue, de nombreux consommateurs de drogues multiples ne sachant pas exactement eux-mêmes ce qu'ils prennent, et ce qui est le cas de l'expertisé. La complication observée est un ensemble de phénomènes psychotiques survenant durant ou immédiatement après la consommation d'une substance psychoactive, qui ne peuvent être entièrement expliqués par une intoxication aiguë et qui n'entrent pas dans le cadre d'un syndrome de sevrage. Ce trouble se caractérise habituellement par la présence d'hallucinations (non observées dans le cas présent), d'une distorsion des perceptions, d'idées délirantes (souvent de type paranoïaque ou persécutoire, en partie observées chez M. T. _____), de perturbations psychomotrices (une agitation dans le cas présent) et d'un affect anormal, pouvant aller d'une peur intense à l'extase.

Les fonctions élémentaires ne sont habituellement pas touchées, mais il peut exister un certain degré d'obnubilation de la conscience, n'atteignant toutefois jamais le caractère d'une confusion grave, ce qui est le cas chez l'expertisé.

Nous n'avons pas retenu le diagnostic de THADA (perturbation de l'activité et de l'attention [...]) qui n'a pas été diagnostiqué durant l'enfance ni l'adolescence, et qui nous paraît actuellement impossible à diagnostiquer en raison des conséquences au long cours de l'utilisation de drogues multiples, qui modifient

considérablement le tableau clinique. Il serait nécessaire, pour évaluer la présence d'un THADA, d'observer l'évolution des symptômes durant une période de sevrage suffisamment longue, de l'ordre de plusieurs mois, aux différentes drogues.

[...]

REPONSES AUX QUESTIONS DU MANDAT

1. Diagnostic

a. L'expertisé présente-t-il une déficience mentale ou des troubles psychiques (notion comprenant la dépendance aux produits stupéfiants, à l'alcool ou aux médicaments, les polytoxicomanies ou autres dépendances ?)

A cette question nous répondons oui, l'expertisé présente un trouble psychique sévère, sous la forme de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, avec comme complication un trouble psychotique d'allure schizophrénique.

b. L'expertisé est-il, en raison des atteintes à sa santé, dénué de la faculté d'agir raisonnablement dans certains domaines spécifiques ou de manière générale ?

A cette question nous répondons oui, l'expertisé est dénué de la faculté d'agir raisonnablement de manière générale.

c. S'agit-il d'une affection momentanée, curable, et, cas échéant, dans quel laps de temps ?

Il s'agit d'une affection chronique mais curable, En effet, les symptômes observés et les signes relevés sont en rapport avec l'intoxication chronique à de nombreuses drogues et substances psychoactives. Un sevrage prolongé, supérieur à douze mois, devrait permettre la régression partielle des symptômes. Seul un sevrage total et persistant sur une période de plus de cinq ans pourrait lui permettre de recouvrer, le cas échéant, un état de santé mentale suffisant pour estimer qu'il ne souffre plus d'une atteinte à la santé altérant sa faculté d'agir raisonnablement.

d. L'expertisé paraît-il prendre conscience des atteintes à sa santé ?

A cette question nous répondons non. L'expertisé n'a qu'une conscience limitée des atteintes à sa santé. Il reconnaît présenter des troubles de l'équilibre et de la préhension qu'il met en rapport avec les multiples atteintes au niveau dorsal, et revendique l'existence d'un THADA, ce qui lui permet de justifier la prise de Ritaline achetée au marché noir.

e. En cas de dépendance, quelles répercussions de la consommation de substance a-t-elle sur la santé psychique de l'expertisé ? Avez-vous connaissance de répercussions sur la santé somatique de l'expertisé ?

La consommation de drogues multiples et de substance psychoactives en quantités importantes et de façon chronique altère la santé psychique de l'expertisé au point de générer un tableau clinique d'allure schizophrénique.

La santé somatique de l'expertisé a également souffert de cette consommation, comme cela est précisé dans les lettres de sortie dont nous avons eu copie : hépatite C chronique conséquence d'injections de drogues, spondylodiscite L5-S1 secondaire à une injection de matériel contaminé, épilepsie partielle attribuée à la toxicomanie, abcès multiples, et endocardite.

[...]

2. Assistance et traitement

a. L'expertisé présente-il, en raison de son état de santé, un danger pour lui-même ou pour autrui ?

A cette question nous répondons oui. Les troubles dont il souffre et leur méconnaissance constituent un danger pour lui-même et pour autrui, comme l'ont montré les risques pris lors de l'inondation involontaire de l'appartement, avec la présence de bougies laissées sans surveillance dans un appartement jonché de débris potentiellement inflammables.

b. Quels sont les besoins de soins et/ou traitements de l'expertisé ? Une prise en charge institutionnelle est-elle nécessaire pour que ces soins et/ou traitements soient prodigués ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Les soins qui sont proposés à l'expertisé depuis de nombreuses années ne sont pas suivis. La stratégie thérapeutique de substitution est en échec, l'expertisé consommant de nombreuses drogues et substances psychoactives en grande quantité, comme l'a montré le dépistage urinaire effectué après l'examen. Les médecins que l'expertisé dit voir régulièrement, le Dr P. _____ dans le passé, et le Dr Q. _____ actuellement, ont tous deux indiqué qu'ils n'avaient reçus ou ne recevaient l'expertisé que très rarement, la plupart des rendez-vous n'étant pas honorés. Seule une prise en charge institutionnelle pourrait permettre que des soins soient prodigués. La durée de l'hospitalisation devra être suffisante pour effectuer un sevrage complet et une observation de l'état clinique de l'expertisé à distance de la prise de drogues et de substances psychoactives, mais ne devra pas compromettre ses chances de réhabilitation en dehors de l'institution par une hospitalisation trop longue. Il nous paraît opportun de saisir l'opportunité de la résiliation de son bail pour lui proposer une hospitalisation, et dès son admission débiter les démarches de sortie. En effet, lors sa sortie de cette période d'hospitalisation, une prise en charge en appartement thérapeutique nous paraît indispensable, avant de pouvoir envisager par la suite une vie en foyer ou en famille d'accueil, et peut-être un jour de façon indépendante.

c. L'expertisée a-t-il conscience de la nécessité des soins et/ou traitements et y adhère-t-il ?

L'expertisé a une conscience partiellement abolie de la nécessité des soins et n'adhère que partiellement, et seulement dans le but d'obtenir des médicaments de substitution ou des substances psychoactives.

d. Si les soins et/ou traitements doivent nécessairement être prodigués en institution, quel est le type d'établissement approprié (gériatrique, psychogériatrique, psychiatrique,

spécialisé dans les dépendances, etc.) ? Est-il nécessaire, pour des raisons médicales, d'envisager un établissement fermé ?

Dans l'idéal, la prise en charge devrait s'effectuer dans un établissement psychiatrique spécialisé dans les dépendances. Il nous paraît indispensable d'effectuer la première partie de l'hospitalisation dans un établissement fermé, avant d'envisager par la suite, après le sevrage, une poursuite en établissement ouvert, puis dans la construction d'un projet thérapeutique centré autour d'un lieu de vie en appartement thérapeutique, puis en foyer ou en famille d'accueil, progressivement et en fonction de l'implication de l'expertisé dans le projet de soins.

e. Si le placement dans un établissement n'est pas approprié, est-ce que la mise en place de mesures ambulatoires pourrait être bénéfique à l'expertisé ?

Les mesures ambulatoires qui sont actuellement mises en place sont en échec.

f. Quel(s) risque(s) concret(s) courent l'expertisé et/ou les tiers pour le cas où l'expertisé ne serait pas pris en charge dans une institution ou au travers de mesures ambulatoires ?

Dans le cas où l'expertisé ne serait pas pris en charge dans une institution, les risques concrets que courent :

- **Monsieur T. _____** : le premier risque est qu'il chute de sa hauteur en raison des troubles de l'équilibre et de la marche, ce qui peut entraîner un traumatisme crânien. Le deuxième est une overdose pouvant entraîner le coma ou la mort. Le troisième risque correspond à tous les accidents domestiques qui peuvent arriver lorsque l'état de vigilance est altéré.
- **Les tiers** : le premier risque est que ce qui s'est déjà produit et qui a été stoppé à temps se reproduise sans l'intervention d'un tiers (mettre le feu involontairement à l'immeuble), le deuxième est le risque de provoquer un accident de la voie publique lorsqu'il déambule sur la route sans avoir conscience des autres usagers, et le troisième risque est celui d'une altercation violente avec un tiers en raison des interprétations parfois erronées qu'il peut faire d'une situation donnée. »

A son audience du 25 avril 2024, la juge de paix a entendu le Dr U._____ et L._____, la personne concernée ne s'étant pas présentée, bien que régulièrement citée à comparaître. Le Dr U._____ a préconisé le placement à des fins d'assistance de T._____, afin de pouvoir effectuer, dans un premier temps, le sevrage indispensable, puis élaborer un projet d'institutionnalisation dans un établissement approprié. Il a relevé que l'intéressé se trouvait dans un grave état d'abandon, qu'il continuait à consommer massivement des stupéfiants, qu'il se procurait de la Ritaline au marché noir, qu'il prenait 13 médicaments sur prescription de l'Unité de traitement des addictions (UTAd) du H._____, sans y bénéficier toutefois de consultation médicale, et que finalement ses chances de survie étaient faibles en l'absence de soins adaptés. L'expert a précisé que T._____ était actuellement totalement anosognosique, de sorte qu'il était complètement dénué de la capacité à reconnaître la nécessité des soins, et qu'il n'avait pas conscience de son état, dans le sens où il ne reconnaissait pas la cause de son état, mais en constatait partiellement les conséquences (par exemple sur l'état de salubrité de son appartement). L._____ a notamment déclaré adhéré aux recommandations de l'expert.

Par ordonnance de mesures superprovisionnelles du 14 mai 2024, la juge de paix a notamment modifié l'enquête en institution de mesures ambulatoires ouvertes en faveur de T._____ en une enquête en modification de la mesure de curatelle et en placement à des fins d'assistance, modifié à titre préprovisoire la curatelle de représentation et de gestion, avec privation de la faculté d'accéder à certains biens, au sens des art. 394 al. 1 et 395 al. 3 CC, instituée en faveur du prénommé, en une curatelle de portée générale provisoire au sens de l'art. 398 CC, dit que l'intéressé était provisoirement privé de l'exercice des droits civils et ordonné le placement provisoire à des fins d'assistance de la personne concernée au R._____ ou dans tout autre établissement approprié, au sens des art. 426, 428 et 445 CC.

4. Le 28 mai 2024, L._____ a indiqué que la personne concernée était sans domicile fixe depuis le 2 mai 2024 et qu'elle était inscrite en ménage administratif à [...].

Par rapport du 6 juin 2024, les Drs F._____ et B._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante au R._____, ont indiqué qu'à son arrivée à l'hôpital le 14 mai 2024, T._____ présentait de nombreux troubles du comportement et manifestait son opposition à la mesure de placement le concernant, de sorte qu'ils avaient mis initialement en place un cadre éloignant l'intéressé de l'hôpital durant 4 heures en cas de consommation de substance et de troubles du comportement. Ce cadre avait rapidement été mis en échec par les comportements inappropriés de l'intéressé, avec une hétéro-agressivité croissante. Les médecins ont exposé qu'ils avaient placé celui-ci en chambre de soins intensifs (CSI) durant une semaine afin de pouvoir évaluer la présence de symptômes psychotiques à distance des consommations, qu'ils avaient alors noté un apaisement dans le comportement de T._____, mais n'avaient relevé aucune symptomatologie psychotique, étant en outre précisé qu'un traitement d'épreuve par neuroleptique ne montrait aucune modification du comportement et de la symptomatologie de la personne concernée. Les médecins ont expliqué qu'ils ne retenaient pas de trouble psychotique sous-jacent aux consommations, que les symptômes psychotiques observés pouvaient être expliqués par les intoxications aux substances et qu'ils retenaient à ce stade plutôt une atteinte de la personnalité avec des traits émotionnellement labiles et/ou paranoïaques. Ils ont relevé que lors d'un réseau en présence du curateur et du Dr Q._____, chef de clinique adjoint au R._____, ce dernier avait exposé que T._____, bien que continuant sa consommation de substances, participait et se présentait aux entretiens, respectait les ordonnances prescrites concernant son traitement de substitution et ne présentait pas de troubles du comportement majeurs lors de ses consultations, étant ajouté que le prénommé assurait qu'il était sous l'emprise de tétrahydrocannabinol (THC) lors de son expertise. Les médecins ont indiqué que l'évolution de la situation de l'intéressé était stationnaire, que celui-ci peinait toujours à

respecter le cadre hospitalier, qu'il présentait des troubles du comportement avec des négociations de traitement, de la prise de drogue, des fugues et une suspicion de revente de substances psychoactives, et qu'il restait fermement opposé à un projet de placement, estimant posséder suffisamment de capacités pour vivre de façon autonome et n'ayant pas l'intention de se sevrer. Les médecins ont exposé se questionner dès lors sur l'objectif de la mesure de placement, évoquant une levée de la mesure.

Le 11 juin 2024, la Dre M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin associée au R. _____, a demandé de lever le placement provisoire de la personne concernée. Elle a estimé que cette mesure semblait excessive et n'avait aucun effet sur la problématique de l'intéressé, qui continuait à consommer, et que des soins dans le milieu étaient la mesure la plus appropriée actuellement et pouvaient être assurés par l'équipe de l'UTAd.

A l'audience tenue le 12 juin 2024 par la justice de paix, T. _____ s'est opposé à son placement, qu'il a dit ne pas comprendre. L'intéressé a parlé à ce sujet d'« un malentendu » et dit qu'il avait déjà consenti de nombreux efforts afin de réduire sa consommation de substances et de médicaments, ce dont l'autorité de protection semblait ne pas avoir conscience. Il a admis prendre des médicaments prescrits, quelques « joints » et un peu de cocaïne à raison de deux fois par mois, pour un montant de 50 fr., mais a contesté, pour le surplus, les résultats positifs des analyses le concernant, affirmant ne plus toucher aux opiacés. T. _____ a également nié tout trafic de stupéfiants dans le cadre hospitalier. Il a indiqué qu'il estimait que la cause de ses difficultés résidait principalement dans ses problèmes de dos et une médication inadaptée, ce problème étant toutefois réglé. D. _____, du SCTP, et G. _____ ont préconisé le maintien de la mesure de placement. T. _____ a déclaré refuser d'intégrer un foyer à sa sortie de l'hôpital, comme préconisé par les intervenants du SCTP pour poursuivre le sevrage et stabiliser davantage sa situation. Il a évoqué la possibilité de vivre dans une chambre chez un ami ou d'intégrer un appartement protégé, avec un suivi

ambulatoire. D._____ et G._____ ont estimé que la personne concernée ne serait certainement pas acceptée à ce stade dans un appartement protégé pour des questions sécuritaires et compte tenu de son état de santé non stabilisé. G._____ a exposé avoir vu T._____ le lendemain de son sevrage d'une semaine et avoir pu constater que celui-ci allait déjà un peu mieux, de sorte qu'il était d'avis qu'un sevrage plus long lui « ferait davantage de bien ».

5. Par rapport du 28 juin 2024, les Drs M._____, F._____ et Q._____ ont considéré ce qui suit :

« Le Dr U._____ relève que M. T._____ souffre d'une addiction à plusieurs toxiques et d'un trouble psychotique schizophréniforme. Il indique que la pathologie dont M. T._____ souffre est curable avec un sevrage de 12 mois, et que l'on peut supposer qu'après 5 ans sans consommations, il aura pleinement retrouvé sa capacité d'agir. Outre le fait que nous contestons le diagnostic de trouble psychotique, nous estimons que les thérapeutiques proposées sont irréalistes, voire délétères.

En effet, M. T._____ est hospitalisé depuis le 14 mai 2024. Un placement en chambre de soins intensifs a été mis en place pendant 7 jours, au cours desquels il n'a eu accès à aucune substance toxique. Au terme de ces 7 jours, le patient, alors lucide, a exprimé qu'il ne souhaitait pas arrêter de consommer des substances, qu'il s'opposait à l'entrée dans un établissement de postcure, qu'il souhaitait continuer de se rendre aux rendez-vous ambulatoires. Par ailleurs, au vu de notre évaluation, nous ne mettons pas en évidence de symptomatologie psychotique, que ce soit dans le discours ou dans le comportement du patient. Nous relevons des éléments de personnalité avec des traits antisociaux qui prédominent au premier degré. M. T._____ exprime son souhait de quitter l'hôpital et de pouvoir « vivre sa vie comme il l'entend ». Lors d'un réseau effectué en présence du Dr Q._____ ainsi que de son curateur, le patient accepte également le suivi par l'addictologie, ayant conscience de la nécessité pour lui d'obtenir un traitement substitutif et un contrôle médical à ce sujet. Le discours de M. T._____ est centré autour de

son traitement somatique, du cadre hospitalier qu'il ne parvient pas à suivre. Il passe également le plus clair de son temps hors de l'unité et de l'hôpital et crée par la même occasion une alliance avec d'autres patients pour interférer dans les prises en soin des autres patients hospitalisés. Depuis maintenant près de deux mois, nous ne parvenons à trouver aucun accès avec le patient pour adhérer à un projet de placement en foyer, qu'il rejette catégoriquement, menaçant d'adopter rapidement des troubles du comportement, de fuguer et de poursuivre ses multiples consommations en cas d'aboutissement de ce projet. Il n'émet aucun souhait ou objectif quant à cette proposition, préférant se retrouver à la rue. Nous rajoutons également qu'à la sortie de chambre de soins, le patient ayant alors son discernement quant à ses soins, il parvient alors à reconnaître que ses consommations le mettent en danger sur le plan psychique et somatique mais qu'à son sens, cela ne constitue pas une raison suffisante pour motiver une abstinence ou une consommation contrôlée.

Depuis lors, le patient maintient ce discours de manière constante. Il fugue plusieurs fois par semaine de l'hôpital pour consommer, acheter et vendre des toxiques en ville et sur le site hospitalier, qu'il parvient à emmener dans l'unité de soins et dans sa chambre. Comme nous vous l'avons mentionné, il n'y aucune évolution clinique dans le milieu hospitalier, si ce n'est une opposition de plus en plus marquée aux soignants et à toute tentative de travailler sur la problématique addictologique.

La seule mesure qui pourrait permettre le sevrage proposé par l'expert serait soit une prise en soin en chambre de soins intensifs (c'est-à-dire une chambre fermée à clé 24h/24) pendant la durée préconisée (1 an), soit l'intégration d'un établissement entièrement fermé. La première mesure est évidemment inenvisageable, et pour la deuxième, il n'existe aucun établissement de ce type dans le canton de Vaud. De surcroît, les structures de type postcure attendent du patient une demande, ou un projet de soin, qu'il s'agisse d'un sevrage ou d'une consommation contrôlée. M. T. _____ n'ayant aucune demande de ce type, aucun établissement ne l'accepte.

M. T. _____ souhaite poursuivre son suivi à l'unité de traitement des addictions, où il se rendait régulièrement avant son admission à l'hôpital et où il avait commencé à investir son suivi de manière adéquate, permettant une amélioration sur le plan addictologique.

Enfin, concernant la nécessité de protéger d'autrui (risque d'incendies, d'inondations...), nous constatons qu'à l'hôpital M. T. _____ consomme des drogues de manière quotidienne, il en propose aux autres patients et peut se montrer agressif sous l'emprise des toxiques mettant en danger les autres patients et le personnel.

En conclusion, nous pouvons affirmer que :

- 1) L'admission dans un établissement de soins via mesure de placement à des fins d'assistance ne permet pas de protéger M. T. _____ de ses consommations ;
- 2) M. T. _____ a sa capacité de discernement quant à son projet thérapeutique, et actuellement il n'est pas prêt à s'engager dans un sevrage ou une consommation contrôlée ;
- 3) Des soins dans le milieu, c'est-à-dire ambulatoires, visant à la réduction des risques liés aux consommations et à l'adhésion aux soins sont réalistes pour ce patient, et préférables actuellement.

Pour cela nous proposons que le patient quitte notre établissement, qu'il vive dans les établissements d'urgence, ou dans une chambre d'hôtel, et qu'il se rende à ses rendez-vous une à deux fois par mois.

Pour ce qui concerne son suivi addictologique, des mesures supplémentaires telles qu'un suivi infirmier à l'extérieur permettant d'intensifier les soins en cas de besoin. »

Par rapport du 8 juillet 2024, le Dr F. _____ et la Dre B. _____ ont en substance confirmé la teneur de leurs précédents rapports et exposé que l'évolution de T. _____ depuis environ un mois en attente de placement se déroulait de la même manière que durant l'hospitalisation aiguë, à savoir qu'il continuait ses consommations, mettait en échec le cadre hospitalier et présentait une clinique plutôt compatible avec une personnalité anti-sociale. Les médecins ont précisé

que la personne concernée avait quitté provisoirement leur établissement pour intégrer le service de chirurgie spinale du H._____ pour révision de la spondylodèse effectuée en 2022.

Dans des déterminations du 10 juillet 2024, le curateur a maintenu en substance sa position tendant au maintien de la mesure de placement, afin de prévenir au mieux les dangers qui planent sur la personne concernée comme sur des tiers, et de continuer à l'accompagner dans la recherche d'un lieu de vie adapté.

En droit :

1.

1.1 Le recours est dirigé contre une ordonnance de mesures provisionnelles de la justice de paix confirmant le placement provisoire à des fins d'assistance du recourant (art. 426 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]) dans les dix jours dès la notification de la décision (art. 445 al. 3 et 450b al. 2 CC). Les personnes parties à la procédure, les proches et les personnes qui ont un intérêt juridique à l'annulation ou à la modification de la décision attaquée ont qualité pour recourir (art. 450 al. 2 CC). Le recours doit être interjeté par écrit, mais n'a pas besoin d'être motivé (art. 450 al. 3 et 450e al. 1 CC). Il suffit que le recourant manifeste par écrit son désaccord avec la mesure prise (Meier, Droit de la protection de l'adulte, 2^e éd., Genève/Zurich 2022, n. 276, p. 154 ; Droit de la protection de l'adulte, Guide pratique COPMA, Zurich/Saint-Gall 2012 [ci-après : Guide pratique COPMA 2012], nn. 12.18 et 12.19, p. 285).

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 CC, 7^e 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 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 3 mars 2021/63 ; 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 En l'espèce, signé, exposant clairement le désaccord de la personne concernée avec la mesure de placement (art. 450 al. 3 et 450e al. 1 CC) et interjeté dans le délai de dix jours prévu à l'art. 450b al. 2 CC, le recours est recevable. Il en va de même des pièces produites en deuxième instance, si tant est qu'elles ne figurent pas déjà au dossier.

Interpellée, la justice de paix a renoncé à se déterminer sur le recours, se référant intégralement aux considérants de l'ordonnance attaquée.

2. 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).

2.1

2.1.1 La procédure devant l'autorité de protection est notamment régie par les art. 443 ss CC. Selon l'art. 447 al. 2 CC, en cas de placement à des fins d'assistance, la personne concernée doit en général être entendue par l'autorité de protection réunie en collège. La loi réserve ainsi des exceptions à l'audition, par exemple pour des motifs médicaux dirimants (Meier, *op. cit.*, n. 1327, pp. 701 s.). Il en est de même lorsque l'autorité de recours, en l'occurrence la Chambre des curatelles, est saisie de la contestation de la personne concernée contre la décision prise dans le domaine du placement à des fins d'assistance (art. 450e al. 4 1^{ère} phr. CC ; ATF 139 III 257 consid. 4.3).

2.1.2 En l'espèce, le recourant a été entendu notamment le 12 juin 2024 par l'autorité de protection de l'adulte réunie en collège. En raison de motifs médicaux impérieux, l'intéressé a renoncé à être entendu à nouveau par la Chambre de céans, n'étant pas en mesure de se rendre à l'audience qui avait été fixée. Son droit d'être entendu a ainsi été respecté.

A toutes fins utiles, on relèvera ici que le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu au motif que l'expert ne l'aurait entendu le 12 février 2024 qu'un peu plus d'une heure avant de rendre son rapport. Ce faisant, l'intéressé méconnaît la nature du droit d'être entendu, dès lors qu'il s'applique dans les relations avec une autorité, mais en aucun cas dans celles avec un expert. Le grief a en réalité trait à la force probante de l'expertise et, plus généralement, à l'appréciation des preuves. Partant, le grief de violation du droit d'être entendu est, dans ce cadre, irrecevable.

2.2

2.2.1 En cas de troubles psychiques, la décision relative à un placement à des fins d'assistance doit être prise sur la base d'un rapport d'expertise (art. 450e al. 3 CC), dans lequel l'expert doit notamment se prononcer sur l'état de santé de l'intéressé et qui doit être actualisé (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). Cette disposition s'applique à toute procédure concernant un placement à des fins d'assistance, qu'il s'agisse d'un placement proprement dit, de l'examen périodique d'un placement ou encore d'une décision consécutive à une demande de libération présentée par la personne en institution (ATF 140 III 105 consid. 2.6, JdT 2015 II 75). L'expert 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 précité consid. 4.2.2 et les références citées ; Geiser, Basler Kommentar, *op. cit.*, n. 18 ad art. 450e CC, p. 2968). 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 ; cf. sous l'ancien droit ATF 137 III 289 consid. 4.4 ; ATF 128 III 12 consid. 4a, JdT 2002 1474), 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). 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).

Lorsque la décision de placement est prise au stade de mesures provisionnelles, elle ne repose généralement pas sur un rapport d'expertise - lequel sera en principe requis en même temps que les mesures d'urgence - mais sur la base d'un signalement ou d'un rapport médical. A ce stade, ces derniers n'ont pas à présenter toutes les caractéristiques légales d'une expertise neutre et indépendante, mais

doivent suffire à établir, sous l'angle de la vraisemblance, la cause et le besoin de protection (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 2005 III 51 consid. 2c).

2.2.2 En l'espèce, la justice de paix a confirmé le placement provisoire à des fins d'assistance du recourant en se fondant sur les rapports médicaux versés au dossier, soit en dernier lieu sur le rapport d'expertise du 13 mars 2024 du Dr U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que sur les rapports des 6 et 11 juin 2024 des Drs M._____, - spécialiste en psychiatrie et psychothérapie -, F._____, et B._____, tous médecins au R._____. Ces rapports, complétés par les rapports subséquents des 28 juin et 8 juillet 2024 des Drs M._____, F._____, B._____, et Q._____, également médecin au R._____, émanent de médecins à même d'apprécier valablement l'état de santé de l'intéressé et fournissent des éléments actuels et pertinents sur celui-ci.

A ce sujet, le grief du recourant, selon lequel le temps consacré par l'expert à leur entretien ne serait pas compatible avec les exigences jurisprudentielles et doctrinales susmentionnées, est vain. En effet, il ressort notamment du rapport d'expertise qu'outre des échanges avec des tiers, le Dr U._____ s'est entretenu avec l'intéressé le 12 février 2024 pendant 1 heure 10 minutes et a également visité l'appartement de celui-ci, en sa compagnie, pendant 35 minutes le même jour. Ces durées paraissent en l'état suffisantes pour que l'expert puisse émettre son avis s'agissant de la situation de la personne concernée, en application des principes précités. Le recourant n'expose au demeurant aucunement pour quelles raisons tel ne serait pas le cas. Il semble en outre perdre de vue que la décision de placement litigieuse a été prise au stade des mesures provisionnelles, de sorte que les exigences relatives à la force probante s'en trouvent allégées. Le grief de l'intéressé est dès lors rejeté.

Partant, conformes aux exigences requises au stade des mesures provisionnelles, les rapports médicaux susmentionnés

permettent à la Chambre de céans de se prononcer sur la légitimité du placement ordonné.

2.3 L'ordonnance litigieuse est donc formellement correcte et peut être examinée sur le fond.

3.

3.1 Le recourant invoque une violation des conditions prévues à l'art. 426 CC, niant que l'assistance ou le traitement nécessaires ne pourraient pas lui être fournis autrement que par son placement ou qu'il présenterait un danger pour lui-même ou autrui. Il soutient que selon le corps médical du R._____, il a sa capacité de discernement quant à son projet thérapeutique. En outre, le placement dont est recours est fondé sur une expertise dont les diagnostics et conclusions sont contestées par le corps médical du R._____. Il fait également valoir l'absence de proportionnalité du placement et son but « purement idéaliste voire irréaliste ». Il estime que le suivi dont il pourrait faire l'objet pourrait être effectué de manière ambulatoire, par des structures dans lesquelles il est déjà intégré. Des mesures moins intrusives pourraient ainsi être mises en place. Le recourant considère enfin qu'en l'état il n'existe plus de besoin de protection immédiat qui pourrait justifier le maintien du placement provisoire attaqué.

3.2

3.2.1 En vertu de l'art. 426 CC, une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière (al. 1). Il y a lieu de tenir compte de la charge que la personne concernée représente pour ses proches et pour des tiers, ainsi que de leur protection (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 précité consid. 4.2.1 et les réf. cit. ; Meier, *op. cit.*, n. 1191, p. 632). S'agissant de la « déficience mentale », il faut comprendre les déficiences de l'intelligence, congénitales ou acquises, de degrés divers (TF 5A_617/2014 du 1er décembre 2014 consid. 4.2 ; Message du Conseil fédéral du 28 juin 2006 concernant la révision du Code civil suisse [Protection des personnes, droit des personnes, et droit de la filiation] [ci-après : Message], FF 2006 p. 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 réf. cit.).

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 réf. cit. ; 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 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 réf. cit.).

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 réf. cit.) 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). 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 (« *Drehtürpsychiatrie* ») (Meier, *op. cit.*, note de bas de page n. 2306, p. 663 ; Guillod, CommFam, n. 78 ad art. 426 CC, p. 688).

3.2.2 Lorsque la décision de placement est prise par ordonnance de mesures provisionnelles (art. 445 al. 1 CC), il suffit que la cause et le besoin de protection soient établis au stade de la vraisemblance (Kühnlein, *op. cit.*, in JdT 2017 III 75, p. 86 ; JdT 2005 III 51).

3.3 En l'espèce, il est constant que le recourant souffre de polytoxicomanie. Les rapports médicaux convergent à cet égard sur le fait que l'intéressé présente des troubles liés à l'utilisation de drogues multiples et d'autres substances psychoactives.

Si, dans son rapport du 13 mars 2024, le Dr U._____ avait initialement évoqué un trouble psychotique d'allure schizophrénique en rapport avec l'intoxication chronique susmentionnée du recourant, les médecins du T._____ ont estimé avoir finalement été en mesure d'écartier ce trouble après examen approfondi et observation de l'intéressé durant son placement, n'ayant relevé aucune symptomatologie psychotique ensuite du sevrage forcé de la personne concernée en CSI pendant une semaine et compte tenu du fait qu'un traitement d'épreuve par neuroleptique n'avait montré aucune modification du comportement ou de la symptomatologie du recourant (cf. rapport du 6 juin 2024).

S'agissant d'une situation évolutive, les observations *in concreto* et récentes des médecins du R._____ présentent une importance particulière. Dans ce cadre, le rapport du 28 juin 2024 des Drs M._____, F._____ et Q._____ permet d'apprécier la situation actualisée de la personne concernée. Il en ressort qu'au terme de son

sevrage de sept jours en CSI, le recourant était lucide et disposait du discernement quant à ses soins, parvenant à reconnaître que ses consommations le mettent en danger sur le plan psychique et somatiques. Il a toutefois déclaré que cela ne constituait pas une raison suffisante pour motiver une abstinence ou une consommation contrôlée - indiquant ne pas souhaiter arrêter de prendre des substances - et qu'il rejetait tout projet de placement dans un établissement de postcure, préférant se retrouver à la rue. Depuis lors, la personne concernée maintient ce discours de manière constante.

Partant, compte tenu de l'avis que le recourant a, selon les médecins du R. _____, pu faire valoir librement, à tout le moins en sortie de CSI, il apparaît, selon toute vraisemblance, que l'intéressé est opposé à toute institution de mesure de placement et ne souhaite pas recevoir d'aide s'agissant de sa polytoxicomanie, s'accommodant de la situation actuelle malgré les effets néfastes qu'il connaît.

Dans ces conditions, il convient de retenir, au stade des mesures provisionnelles, que le recourant, conscient et lucide de son état de santé et des conséquences potentiellement létales, ne nécessite pas protection. Tant l'expert dans son rapport que les médecins du R. _____ ont admis qu'une hospitalisation ou un traitement de sevrage devait être proposé au recourant, afin d'obtenir une meilleure compliance de la personne concernée à la résolution de ce problème de consommation. On ajoutera à toutes fins utiles que les risques auto-agressifs listés par l'expert relèvent de la consommation de stupéfiants et du trouble psychotique éventuellement corrélatif, non à proprement parler d'un trouble psychotique direct. Au vu de la conscience, au moins partielle, de la personne concernée au sujet de sa consommation, il ne semble en conséquence pas possible de retenir un état de santé avec risque auto-agressif justifiant un besoin de protection. En définitive, la condition de besoin d'une assistance personnelle ne paraît pas remplie. Dès lors, le placement provisoire à des fins d'assistance de la personne concernée n'est plus justifié. Il convient ainsi de lever cette mesure, pour ce premier motif déjà.

Par surabondance, il ressort des rapports des médecins du R._____ que le placement de la personne concernée a pour effet d'augmenter le risque hétéro-agressif et se révèle en conséquence disproportionné. Pour ce second motif, il convient également de lever la mesure de placement provisoire du recourant.

4.

4.1 En conclusion, le recours doit être admis et l'ordonnance de mesures provisionnelles réformée en ce sens que le placement provisoire à des fins d'assistance du recourant est immédiatement levé, l'ordonnance étant confirmée pour le surplus.

4.2

4.2.1 Aux termes de l'art. 117 CPC, une personne a droit à l'assistance judiciaire aux conditions suivantes : elle ne dispose pas de ressources suffisantes (let. a) ; sa cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès (let. b).

Le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable (art. 122 al. 1 let. a CPC), qui est fixé en considération de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré au litige (art. 2 al. 1 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; BLV 211.02.03]).

4.2.2 Remplissant les deux conditions cumulatives de l'art. 117 CPC, T._____ a droit à l'assistance judiciaire pour la procédure de recours avec effet au 25 juin 2024, comprenant l'assistance d'un conseil d'office en la personne de Me Laurent Fischer.

Me Laurent Fischer a droit à une indemnité de conseil d'office du recourant. Il a indiqué dans sa liste d'opérations du 8 juillet 2024 avoir consacré 6 heures et 48 minutes au dossier de recours. Vu la nature du

litige et les difficultés de la cause, cette durée paraît proportionnée et peut être admise. Il s'ensuit qu'au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ), l'indemnité de Me Fischer doit être fixée à 1'350 fr. arrondis, soit 1'224 fr. (6.8 h x 180 fr.) à titre d'honoraires, 24 fr. 48 (2 % [art. 3bis al. 1 RAJ] x 1'224 fr.) de débours et 101 fr. 13 (8.1 % x [1'224 fr. + 24 fr. 48]) de TVA sur le tout (art. 2 al. 3 RAJ ; art. 25 al. 1 LTVA [Loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée ; RS 641.20]).

4.3 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]).

4.4 Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est tenu au remboursement de l'indemnité allouée à son conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'Etat, dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 CPC).

Il incombe à la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes de fixer le principe et les modalités de ce remboursement (art. 39a CDPJ [Code du 12 janvier 2010 de droit privé judiciaire vaudois ; BLV 211.02]).

Par ces motifs,
la Chambre des curatelles du Tribunal cantonal,
statuant à huis clos,
p r o n o n c e :

- I. Le recours est admis.
- II. L'ordonnance de mesures provisionnelles rendue le 12 juin 2024 par la Justice de paix du district du Jura-Nord vaudois est réformée comme il suit aux chiffres I et II de son dispositif :

I. **lève** immédiatement le placement provisoire à des fins d'assistance prononcé en faveur de T._____, né le [...] 1978, originaire de [...] (VD), célibataire, fils de [...] et [...], sans domicile fixe à [...];

II. supprimé.

L'ordonnance est confirmée pour le surplus.

III. Le bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours est accordé au recourant T._____ avec effet au 25 juin 2024, Me Laurent Fischer étant désigné comme conseil d'office.

IV. L'indemnité d'office de Me Laurent Fischer, conseil du recourant T._____, est arrêtée à 1'350 fr. (mille trois cent cinquante francs), débours et TVA inclus, et mise provisoirement à la charge de l'Etat.

V. Le recourant T._____ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement de l'indemnité de son conseil d'office, dès qu'il sera en mesure de le faire.

VI. L'arrêt, rendu sans frais judiciaires de deuxième instance, est exécutoire.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Laurent Fischer (pour T. _____),
- G. _____, curateur, Service des curatelles et tutelles professionnelles,
- Centre R. _____,

et communiqué à :

- Mme la Juge de paix du district du Jura-Nord vaudois,

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).

Le greffier :