

C1 25 32

**ARRÊT DU 18 FÉVRIER 2025**

**Tribunal cantonal du Valais**  
**Autorité de recours en matière de protection de l'enfant et de l'adulte**

Christophe Pralong, juge unique ; Malika Hofer, greffière,

**en la cause**

X \_\_\_\_\_, domicilié au A \_\_\_\_\_, actuellement placé à l'Hôpital psychiatrique de  
B \_\_\_\_\_, recourant,

**contre**

**TRIBUNAL DES MESURES DE CONTRAINTE**, autorité attaquée.

(placement à des fins d'assistance)

recours contre la décision rendue le 7 février 2025 par le Tribunal des mesures de  
contrainte

## Faits et procédure

**A.** X \_\_\_\_\_, né en 1995, souffre d'un trouble schizo-affectif et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples, ainsi que d'une dépendance aux opiacés et au cannabis.

Le 27 janvier 2025, X \_\_\_\_\_ est conduit à l'hôpital après qu'il ait refusé son traitement neuroleptique dépôt de palipéridone. Le lendemain de son admission, le Dr C \_\_\_\_\_, médecin assistant auprès du Centre hospitalier pour le Valais romand, a constaté une décompensation psychotique et prononcé son placement à des fins d'assistance à l'Hôpital psychiatrique de B \_\_\_\_\_. Il s'agit du 7<sup>e</sup> séjour de X \_\_\_\_\_ au sein de cet établissement, le dernier s'étant déroulé du 25 novembre 2024 au 4 janvier 2025, également sous la forme du placement à des fins d'assistance.

**B.** Le 31 janvier 2025, X \_\_\_\_\_ a appelé de cette décision auprès du Tribunal des mesures de contrainte.

A l'issue du rapport d'expertise établi le 6 février 2025 à la demande de ce tribunal, la Dre D \_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique au sein de l'unité d'expertises psychiatriques de l'Hôpital du Valais, a constaté que X \_\_\_\_\_ présentait une décompensation psychotique de son trouble schizophrénique avec des symptômes florides se manifestant par des idées de persécution et de concernement ainsi qu'une abrasion des affects, des barrages de la pensée, une apathie et un apragmatisme. De l'avis de l'experte, l'état de X \_\_\_\_\_ impose une prise en charge qui ne peut lui être fournie qu'au sein d'un service hospitalier psychiatrique. Elle a donc recommandé la poursuite du placement.

Le 7 février 2025, le juge des mesures de contrainte a entendu X \_\_\_\_\_. Par décision du même jour, il a confirmé son placement à des fins d'assistance.

**C.** X \_\_\_\_\_ a interjeté recours contre cette décision le 11 février 2025.

Le 17 février 2025, le juge soussigné s'est rendu à l'Hôpital psychiatrique de B \_\_\_\_\_ afin de procéder à l'audition de X \_\_\_\_\_, qui ne s'est toutefois pas présenté au rendez-vous et est demeuré introuvable, malgré les efforts du personnel soignant pour le joindre.

Le même jour, le juge soussigné s'est entretenu avec la Dre E \_\_\_\_\_, médecin en charge du suivi de l'intéressé à l'Hôpital psychiatrique de B \_\_\_\_\_.

## Considérant en droit

### 1.

**1.1** Aux termes des art. 450 CC et 114 al. 1 let. c ch. 3 LACC, les décisions du juge des mesures de contrainte concernant un placement à des fins d'assistance peuvent faire l'objet d'un recours devant un juge unique du Tribunal cantonal (art. 114 al. 2 LACC). Le recours doit être interjeté par écrit, dans le délai de dix jours à compter de la notification de la décision (art. 450 al. 3 et 450b al. 2 CC), mais il n'a pas à être motivé (art. 450e al. 1 CC). Le recours n'a pas d'effet suspensif, sauf si le juge des mesures de contrainte ou l'autorité de recours l'accorde (art 450e al. 2 CC).

**1.2** En l'espèce, la décision entreprise a été envoyée à X \_\_\_\_\_ le 7 février 2025, pour lui être notifiée au plus tôt le lendemain. Le recours interjeté le 11 février 2025 par celui-ci, qui dispose de la qualité pour recourir (art. 450 al. 2 ch. 1 CC), a ainsi été formé en temps utile.

### 2.

**2.1** En vertu de l'art. 450e al. 4 1<sup>ère</sup> phr. CC, l'instance de recours doit en principe procéder à l'audition de la personne concernée. Cette audition a pour but non seulement de lui permettre d'exposer les motifs à la base de son recours, dès lors que celui-ci n'a pas à être motivé (cf. art. 450e al. 1 CC), mais également de permettre à l'autorité de recours de se forger sa propre opinion quant à sa situation. Bien que la renonciation à une audition ne soit pas exclue, elle doit néanmoins rester exceptionnelle. Une telle renonciation peut être admise, par exemple, si la personne concernée refuse l'audition ou que sa réalisation est rendue impossible pour d'autres motifs, telle la maladie. Lorsque l'audition se révèle impossible, l'autorité de recours doit néanmoins entrer en matière et statuer sur la base du dossier (ATF 139 III 257 consid. 4.3 ; DELABAYS/DELALOYE, in CR-Code Civil I, 2<sup>e</sup> éd., 2023, n° 27s ad art. 450e CC et les réf. ; STEINAUER/FOUNTOULAKIS, Droit des personnes physiques et de la protection de l'adulte, 2014, n° 1410).

**2.2** Dans le présent cas, le recourant, bien que valablement informé par le juge soussigné qu'il allait être entendu, ne s'est pas présenté à son audition. Lors de son entretien du même jour, la Dre E \_\_\_\_\_ a confirmé que la convocation avait été remise en main propre au recourant, qui lui a certifié oralement avoir été informé de son audition. Dans ces circonstances, il convient de retenir que le recourant a refusé d'être entendu. C'est par conséquent sur la base des éléments au dossier qu'il sera statué.

**3.** Le recourant s'oppose à son placement à des fins d'assistance.

### 3.1

**3.1.1** Selon l'art. 426 al. 1 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. Dans ce cadre, 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 (Message concernant la révision de la protection de l'adulte, FF 2006 6635, p. 6676).

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. 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 cette disposition, l'intéressé a besoin d'une assistance personnelle, c'est-à-dire présente un état de faiblesse 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). 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. 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. 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. 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) ou que son bien-être nécessite un traitement stationnaire, qui ne peut être couronné de succès que s'il est

assuré sans interruption (arrêt du Tribunal fédéral 5A\_374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.1 et les références).

**3.1.2** En cas de troubles psychiques, la décision de placement à des fins d'assistance doit être prise sur la base d'un rapport d'expertise (art. 450e al. 3 CC). Dans son rapport, l'expert doit se prononcer sur l'état de santé de l'intéressé. Il doit également indiquer en quoi les éventuels troubles psychiques risquent de mettre en danger la vie de la personne concernée ou son intégrité personnelle, respectivement celles d'autrui, et si cela entraîne chez elle la nécessité d'être assistée ou de prendre un traitement. Dans l'affirmative, il incombe à l'expert de préciser quels seraient les risques concrets pour la vie ou la santé de cette personne, respectivement pour les tiers, si la prise en charge préconisée n'était pas mise en œuvre. Il doit encore indiquer si, en vertu du besoin de protection de l'intéressé, un internement ou une rétention dans un établissement est indispensable, ou si l'assistance ou le traitement nécessaires pourraient lui être fournis de manière ambulatoire. Le rapport d'expertise précisera également si la personne concernée paraît, de manière crédible, prendre conscience de sa maladie et de la nécessité d'un traitement. Enfin, l'expert doit indiquer s'il existe un établissement approprié et, le cas échéant, pourquoi l'établissement proposé entre effectivement en ligne de compte (ATF 140 III 101 consid. 6.2.2 ; cf. ég. ATF 148 I 1 consid. 8.2.1).

**3.2** En l'espèce, le rapport d'expertise établi le 6 février 2025 par la Dre D \_\_\_\_\_, qui satisfait pleinement aux exigences jurisprudentielles rappelées ci-avant (cf. consid. 3.1.2) et dont il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter, constate que le recourant souffre d'un trouble schizo-affectif actuellement décompensé sur un mode psychotique, soit des troubles psychiques au sens de l'art. 426 CC.

Selon l'experte, les troubles du recourant se manifestent sous la forme d'une symptomatologie floride, en particulier des idées de persécution et de concernement, accompagnées de symptômes négatifs, tels une abrasion des affects, des barrages de la pensée, une apathie et un apragmatisme. Lors de son admission à l'hôpital le 27 janvier 2025, le recourant avait une tenue et une hygiène négligées, un contact méfiant avec un discours pauvre et irritable, ainsi que des idées délirantes, rapportant par exemple qu'il se passait « des choses bizarres » tout en refusant d'en parler. Le lendemain, il était tendu et désorganisé, répondait « à côté », rigolait sans raison, et ses affects étaient émoussés ; il refusait par ailleurs de prendre ses médicaments. Son père a également rapporté avoir observé chez le recourant un discours illogique avec un refus de soins et de suivi. Il craint de plus qu'il ne consomme des drogues, et relève sa situation sociale précaire. Le recourant aurait en outre menacé certains de ses proches,

nourrissant des inquiétudes quant à un acte hétéroagressif à leur rencontre. Les médecins en charge de son suivi hospitalier ont confirmé l'existence d'une symptomatologie psychotique à son arrivée à l'établissement de soins, qui a nécessité la mise en place d'une cure injectable de neuroleptiques, anxiolytiques et sédatifs (halopéridol et lorazépam). Le recourant demeure, malgré ce traitement, méfiant et interprétatif et est rapidement tendu, en particulier lorsque la question d'une prolongation de son hospitalisation est abordée. Selon ses médecins, il reste persuadé que des gens lui veulent du mal et ont orchestré un complot à son encontre, afin notamment qu'il reste à l'hôpital. Il n'a conscience ni de sa maladie ni de son besoin de soins, auxquels il n'adhère pas et se soumet seulement lorsqu'ils lui sont imposés. De leur point de vue, si le placement était levé, le recourant quitterait l'hôpital et interromprait son traitement, s'exposant au risque d'une nouvelle décompensation avec des troubles du comportement et des mises en danger potentielles de lui-même et d'autrui.

L'experte a relevé qu'en sa présence, le recourant a un contact étrange, teinté de méfiance, le regard tendanciellement fixe et le faciès hypomimique. Son discours est pauvre, peu spontané et laconique, avec par moment des barrages de la pensée et un relâchement des associations idéiques. Ses affects sont abrasés et non modulables. L'experte relève aussi une tension interne, associée à une irritabilité et une intolérance à la frustration, ainsi que des idées délirantes de persécution et de concernement. Il soutient, par exemple, avoir l'impression que les gens autour de lui lui veulent du mal, qu'ils sont un peu bizarres et qu'ils l'évitent. Il indique, sur les raisons de son hospitalisation, qu'une ambulance et la police l'ont « embarqué sans raison valable ». Il explique avoir refusé son traitement neuroleptique dépôt car il avait d'autres problèmes, notamment financiers, et qu'il a préféré privilégier l'administratif plutôt que le médical. L'experte a également observé que s'il est capable de déclarer souffrir de schizophrénie, il n'est pas en mesure d'en identifier les symptômes ni les soins qu'impose sa maladie. Il se montre, de plus, très ambivalent sur ce dernier point, affirmant tantôt qu'il est d'accord avec la prise de médicaments, tantôt qu'ils sont inutiles. Il souhaite quitter l'hôpital le plus tôt possible, affirmant y perdre son temps et avoir « pleins de trucs » à faire à l'extérieur.

De l'avis de l'experte, l'état de santé du recourant impose un traitement psychotrope, une assistance, un accompagnement et une surveillance que seul un service hospitalier psychiatrique est en mesure de lui fournir. Il n'a en effet aucune conscience de ses troubles ni des soins, du traitement et de l'assistance qu'ils requièrent. Ses troubles impactent sévèrement ses facultés de compréhension ainsi que ses capacités cognitives et volitives, au point qu'il faille considérer qu'il n'est pas capable de discernement à cet

égard. En cas de levée prématurée de son placement, il est ainsi à craindre qu'il quitte l'hôpital et arrête son traitement médicamenteux, ce qui entraînerait une exacerbation de sa symptomatologie psychotique avec des troubles du comportement majeurs, susceptibles de mettre en péril son intégrité physique et celle d'autrui, l'exposant de surcroît à des problèmes avec la justice. Une reprise de la consommation de drogues, qui aggraverait encore les symptômes psychotiques déjà présents, est en outre à redouter. Dans ces circonstances, elle estime qu'un traitement ambulatoire se révélerait insuffisant pour protéger le recourant et qu'il est par conséquent indispensable que son placement se poursuive.

Lors de son entretien avec le juge soussigné, la Dre E \_\_\_\_\_ a confirmé que le recourant peine à reconnaître ses troubles, peut se montrer très tendu et a pu avoir, par le passé, des gestes agressifs. Il est envahi par ses idées, mais se montre méfiant, reste vague à ce sujet et ne divulgue pas ses pensées. S'agissant de son traitement, il accepte parfois de le prendre, et parfois non. Les parents du recourant arrivent à la limite de l'aide qu'ils peuvent lui fournir. Son suivi est donc très difficile, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement. Un réseau se met actuellement en place en collaboration avec le Centre de compétences en psychiatrie et psychothérapie de Monthey, un infirmier d'équipe mobile et une assistante sociale.

**3.3** Compte tenu de ces circonstances, et en particulier du déni dans lequel le recourant se trouve vis-à-vis de sa situation psychique et de la nécessité d'une prise en charge, telles que mises en évidence par l'experte et le corps médical, il apparaît que seul un placement à des fins d'assistance est à même de lui apporter l'aide dont il a, à l'heure actuelle, toujours besoin. L'Hôpital psychiatrique de B \_\_\_\_\_ dispose à cet égard du personnel et de l'organisation permettant une prise en charge adaptée de ses troubles psychiques, et constitue par conséquent un établissement approprié au sens de l'art. 426 CC, comme l'a constaté l'experte à l'issue de son rapport du 6 février 2025.

**4.** Eu égard à ce qui précède, le recours est rejeté.

**5.** Il n'est exceptionnellement pas perçu de frais judiciaires (art. 14 al. 2 LTar).

#### **Prononce**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Sion, le 18 février 2025