

VD_GERICHTE E523.030773 vom 10. August 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-08-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_E523.030773

FR: VD_GERICHTE E523.030773 du 10 août 2023

IT: VD_GERICHTE E523.030773 del 10 agosto 2023

Erwägungen

E. 1

G._____, né le [...] 1954, est marié et domicilié à [...].

E. 1.1

Contre une telle décision, le recours de l'art. 450 CC est ouvert à la Chambre des curatelles (art. 8 LVP AE [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. 450b al. 2 CC). La personne concernée a qualité pour

- 9 - 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).

E. 1.2

Motivé et interjeté par la personne concernée dans le délai légal, le recours est recevable. 2.

E. 2

Par décision du 11 juillet 2023, confirmée le 14 juillet 2023 par la Dre [...], médecin adjointe, le Dr [...] a ordonné le placement médical du recourant à l'Hôpital de Nyon, au sein du GHOL, selon le certificat médical suivant : « Mise en danger à domicile avec trouble agnosique établi par un bilan neuropsychologique et constaté par le médecin traitant. Dénonciation déjà faite à la justice de paix. Evaluation psychiatrique en attente. Nécessité d'un maintien dans un milieu encadré. » Le 13 juillet 2023, le recourant a contesté son placement médical auprès de la justice de paix, réfutant être entré de son plein gré le

E. 2.1.1

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 LVP AE).

E. 2.1.2

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 LVP AE ; Meier, Droit de la protection de l'adulte, 2e éd., Genève/Zurich 2022, n. 165, p. 85). 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 1ère 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

- 10 - 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 ; Meier, op. cit., n. 1351 et notule n. 2499, p. 713).

E. 2.1.3

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). L'expert doit notamment se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée (ATF 148 I 1 consid. 8.2.1 ; ATF 140 III 101 consid. 6.2.2) 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). 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), 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).

E. 2.2

La juge de paix a entendu le recourant le 25 juillet 2023, et la Chambre de céans l'a entendu le 10 août 2023. En outre, une évaluation psychiatrique du 24 juillet 2023 figure au dossier. 3. Le recourant conteste son placement à des fins d'assistance. Il explique être incarcéré au GHOL depuis le 3 avril 2023, à la suite des manigances de sa femme, qui aurait tout fait pour l'éjecter de leur

- 11 - appartement, et de la complicité des médecins. Il conteste tous les diagnostics posés.

E. 3

Le 21 juillet 2023, la justice de paix a reçu le rapport des Drs [...] et [...], respectivement chef de clinique de médecine interne et directeur médical du GHOL. Les médecins ont rappelé que l'admission du patient à l'hôpital avait été initiée par son épouse dans un contexte de conflit conjugal et que la perspective d'un placement en Etablissement Médico-Social (ci-après : EMS) avait déjà été discutée lors de consultations externes. Durant son hospitalisation, les médecins ont relevé un dysfonctionnement comportemental, à savoir que l'intéressé faisait preuve d'un manque de conscience des dangers qu'il encourait et qu'il faisait courir à autrui (notamment par le fait de fumer en présence

d'oxygène et de conduire sous l'influence de l'alcool). Ces médecins ont également suspecté des troubles du comportement, le patient ayant manifesté un comportement inapproprié envers l'une des collaboratrices, qui pourrait s'apparenter à du harcèlement sexuel. Le patient a également été

- 4 - retrouvé au moins à une occasion, en état d'ébriété durant son séjour hospitalier après avoir consommé plusieurs bouteilles de vin. Selon les médecins, un retour à domicile n'était en l'état pas envisageable.

E. 3.1

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 du 25 juin 2018 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 personne est dans un état incompatible avec la dignité humaine que seul peut pallier le placement dans une institution (Message, FF 2006 p. 6695 ; TF 2C_451/2020 du 9 juin 2021 publié aux ATF 148 I 1 consid. 8.1.2 et les réf. cit.). Selon la doctrine, la notion fait référence à un état de dépravation tellement intense qu'il en est incompatible avec la dignité humaine, ce qui exclut les comportements consécutifs à un affaiblissement temporaire (ATF 148 I 1 consid. 8.1.2 et réf. cit. ; Steinauer/Fountoulakis, Droit des personnes physiques et de la protection de l'adulte, 2014, n. 1362 p. 595) ou à un désarroi affectif (Meier, op. cit., notule 2192, p. 633 et réf. cit.). Rappelant le caractère exceptionnel de l'usage de ce concept, le Tribunal fédéral a validé son application

- 12 - s'agissant d'une situation somatique complexe (diabète, épilepsie, maladie de Crohn, amputation d'un orteil) et d'un trouble psychiatrique, doublé d'une poly-morbidité somatique nécessitant une prise en charge accrue, ne pouvant faire l'objet d'un suivi ambulatoire (ATF 148 III 1 ; TF 5A 871/2014 du 18 novembre 2014). 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 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 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 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 LVP AE 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 un *ultima ratio*, toutes les mesures alternatives portant une atteinte moins importante à la situation juridique

- 13 - 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 du 25 juin 2018 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 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). Il ne suffit pas 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.*, notule 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 LVP AE) 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).

- 14 -

E. 3.2.1

Au vu du rapport des Drs [...] et [...], on constate que ces spécialistes n'ont pas diagnostiqué de troubles psychiques, ni de déficience mentale (cf. supra ch. 3). Dans son expertise du 24 juillet 2023, la Dre [...] n'a pas, non plus, mentionné de telles causes de placement. Malgré les problématiques de santé du recourant, elle a conclu que le tableau clinique ne justifiait pas, en soi, la poursuite de soins hospitaliers sous contrainte en milieu somatique ou en milieu psychiatrique (cf. supra ch. 4). Quant à la cause de « grave état d'abandon » énoncée dans l'expertise du 24 juillet 2023, elle n'est pas réalisée à ce jour. En effet, rien au dossier

ne permet de percevoir que les problématiques de santé ou d'autres problèmes personnels du patient l'ont entraîné, ou risqueraient de l'entraîner en cas de retour à domicile, dans un état de dépravation si intense qui serait contraire à sa dignité humaine et qui ne pourrait être évité que par le maintien de son placement médical à des fins d'assistance. Dès lors qu'aucune cause de placement au sens de l'art. 426 al. 1 CC n'est réalisée, le placement médical doit être levé.

E. 3.2.2

Néanmoins, au vu du dossier, le recourant a besoin d'aide et de soins organisés à domicile. Selon la Dre [...], il semble exister une situation de quasi-dépendance du recourant envers son épouse qui semble avoir assuré une partie des besoins primaires du recourant, qui a d'ailleurs exprimé être « abandonné » lorsqu'elle n'est pas disponible ou est absente. Or, en l'état, les intervenants médicaux n'ont pas pu contacter l'épouse pour évaluer les difficultés concrètes liées à un retour à domicile, ni mettre en place des mesures pour y palier. On ne sait rien sur la possibilité et l'acceptation par le CMS d'intervenir, ni sur celle d'obtenir des aides supplémentaires pour la cuisine et le ménage, ni sur la position

- 15 - de l'épouse d'accompagner son époux dans sa prise en charge à domicile, malgré les conflits du couple. Cependant, au vu des déclarations du recourant, celui-ci semble conscient du refus de son épouse de prendre soin de lui et de la nécessité d'agir par lui-même pour ses soins quotidiens, ce qu'il semblait déjà faire partiellement lorsqu'il était à la maison, tant s'agissant de ses soins médicaux que personnels et administratifs. Le recourant a aussi accepté la mise en place de mesures ambulatoires pour son retour à domicile, telle que l'intervention du CMS et d'aides supplémentaires. Il est également disposé à vivre dans un appartement protégé. Compte tenu de l'apparent refus de l'épouse de collaborer avec l'équipe hospitalière, il paraît opportun que l'autorité de protection de l'adulte nomme dans l'urgence au recourant un curateur de représentation au sens de l'art. 394 al. 1 CC en la personne d'un avocat. Celui-ci aurait pour tâches d'entreprendre auprès des services compétents toutes les démarches nécessaires pour résoudre la problématique du logement, l'hôpital n'étant clairement pas un lieu approprié, que ce soit par son retour à domicile ou la recherche d'un appartement protégé, ainsi qu'à la mise en place des mesures ambulatoires appropriées, cela en s'adressant notamment aux médecins, différents intervenants médicaux, CMS et aux services d'aides supplémentaires. 4. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision querellée réformée au chiffre I de son dispositif en ce sens que l'appel déposé le 13 juillet 2023 contre la décision de placement à des fins d'assistance rendue le 11 juillet 2023 par le Dr [...] est admis, le chiffre II étant confirmé. Le présent arrêt peut être rendu sans frais judiciaires (art. 74a al. 4 TFJC [tarif du 28 septembre 2010 des frais judiciaires civils ; BLV 270.11.5]).

- 16 - Par ces motifs, la Chambre des curatelles du Tribunal cantonal, statuant à huis clos, prononce : I. Le recours est admis. II. La décision est réformée au chiffre I de son dispositif comme il suit : I. admet l'appel déposé le 13 juillet 2023 par G._____, né le [...] 1954, domicilié [...], contre la décision de placement à des fins d'assistance le concernant rendue le 11 juillet 2023 par le Dr [...], médecin assistant auprès du Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique (GHOL). La décision est confirmée pour le surplus. III. L'arrêt, rendu sans frais judiciaires de deuxième instance, est exécutoire. La présidente : La greffière :

- 17 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - M. G._____, p.a. Groupement hospitalier de la Côte, - Hôpital de Nyon, à l'att. du Dr

[...] 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 :

E. 4

Le 24 juillet 2023, la Dre [...], cheffe de clinique auprès de l'Institut de psychiatrie légale du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), a déposé un rapport d'évaluation psychiatrique. Dans le cadre de cette expertise, le recourant a déclaré souhaiter réintégrer son domicile dès que possible, accepter l'aide du CMS, une aide pour la cuisine et le ménage, et envisager une discussion autour du divorce, étant conscient que son épouse ne voudrait pas habiter avec lui. Il a précisé ne pas disposer des clés de son domicile ni de son scooter. La Dre [...] a relevé en particulier que l'évaluation du 19 juillet 2023 ne retenait pas de critères évidents de mise en danger imminente sur le plan psychiatrique ou cognitif, auto ou hétéro-agressive, et qu'il n'y avait pas de tableau clinique en faveur d'une psychopathologie décompensée. Elle a mentionné les problématiques suivantes : - Le patient était connu pour un syndrome de dépendance à l'alcool bien étayé dans les dossiers médicaux, mais son discours actuel n'était pas favorable ni à s'inscrire dans une démarche de diminution de ses consommations, ni visait un projet d'abstinence. Il s'agissait d'une problématique chronique, sans notion d'alcoolisations aiguës plus fréquentes ces derniers temps, et sans notion d'hospitalisations répétées. - Un diagnostic de trouble bipolaire en rémission figurait dans ses antécédents, et le recourant bénéficiait d'une médication à visée stabilisatrice de l'humeur (Dépakine), mais sans notion d'hospitalisations en milieu psychiatrique récentes pour cette problématique, ni même d'épisodes de décompensations maniaques et donc, ce diagnostic méritait

- 5 - d'être davantage exploré, d'autant plus que le recourant n'en avait pas parlé lors de l'évaluation. - L'abstinence à l'alcool contrainte par le séjour hospitalier ne semblait pas non plus avoir fait émerger de psychopathologie qui aurait nécessité une prise en charge d'office (état dépressif ou trouble de la personnalité sous-jacent qui aurait pu être masqué par la consommation d'alcool) puisqu'a priori, aucune prise en charge psychiatrique n'était en cours. - Les troubles cognitifs semblaient légers et les inquiétudes relevées à ce sujet peu étayées. Les médecins avaient souligné que dans le cadre d'un début de démence, certaines personnes pouvaient parfois développer une série de symptômes comme la désinhibition, l'impulsivité, l'irritabilité, etc... (SCPD- syndromes comportementaux et Psychologiques de la Démence), et qu'il était possible que la forme de « rigidité » observée dans le discours et dans l'attitude du recourant aient pu y correspondre, sous réserve que certains éléments pouvaient se superposer à des traits de personnalité antérieurs (aucune observation clinique n'étant disponible à ce sujet). La docteure a mentionné que la difficulté majeure de l'équipe hospitalière était l'absence de contacts avec l'épouse, qui était injoignable, ce qui rendait impossible l'évaluation concrète des difficultés survenues à domicile, si celui-ci devait être considéré. Les intervenants ambulatoires (médecin traitant, CMS, médecin déléguée ayant effectué une visite à domicile) auraient clairement exprimé qu'un retour à domicile n'était pas adapté. Le CMS aurait en particulier évoqué les risques de la poursuite de la consommation de tabac avec l'oxygénothérapie et d'alcool avec la conduite du scooter électrique, voire d'une éventuelle insalubrité à domicile. Dans ce contexte complexe, avec

visiblement une situation de quasi-dépendance du recourant vis-à-vis de son épouse à domicile, mais aussi des enjeux apparemment sans rapport direct avec l'état de santé du recourant, l'équipe hospitalière a préféré, comme l'avait suggéré le réseau ambulatoire, poursuivre l'hospitalisation sous contrainte médicale, même

- 6 - si le lieu actuel (lit en séjour hospitalier aigu) ne leur semblait pas adapté et qu'une recherche de foyer leur semblait indiquée. La Dre [...] a conclu que l'évaluation expertale réalisée le 19 juillet 2023 mettait en évidence un tableau clinique qui ne justifiait pas, en soi, la poursuite de soins hospitaliers sous contrainte en milieu somatique ou en milieu psychiatrique. Toutefois, son appréciation tenait compte de différents facteurs entourant l'état de santé global du recourant, et la réalité de ce qui pouvait être proposé. Selon la docteure, l'organisation des soins à domicile relevait d'un équilibre précaire, dès lors que l'épouse semblait avoir assuré une partie des besoins primaires du recourant, qui exprimait être « abandonné » lorsqu'elle n'était pas disponible ou absente. En outre, son état de santé somatique, marqué de nombreuses comorbidités, associé à ses difficultés/réticences à comprendre/accepter des consignes de sécurité basiques (l'oxygénothérapie étant contre-indiquée en cas de tabagisme), ainsi que la poursuite de ses consommations d'alcool (susceptibles de péjorer ses troubles cognitifs débutants par ex.) nécessitaient de clarifier plusieurs points pour lever le placement médical à des fins d'assistance et envisager un éventuel retour à domicile. Elle a relevé que des questions demeuraient sans réponses : quant à la possibilité ou non d'organiser un suivi ambulatoire adapté aux besoins du recourant, aucun contact n'ayant été pris avec l'épouse, considérée jusque-là comme une proche-aidante ; quant au refus ou à l'acceptation du CMS d'intervenir et, le cas échéant, à quelles conditions ; quant à la capacité du recourant d'accepter de tels soins et quant à l'évaluation des activités quotidiennes susceptibles d'être effectuées par le recourant ou par des aides supplémentaires à domicile. En raison de ce manque d'informations, la docteure préconisait la poursuite de l'hospitalisation au risque que le critère de « grave état d'abandon » puisse se réaliser.

- 7 -

E. 5

Le 25 juillet 2023, entendu par la juge de paix, le recourant a répété avoir été hospitalisé à la suite des plaintes de sa femme qui, selon elle, n'était plus en mesure de s'occuper de lui à domicile (lessive, ménage, repas). Il a expliqué souffrir d'une bronchopneumopathie chronique obstructive sévère, stade 4, sans autres soucis de santé, bénéficier des prestations du CMS (douche et prise de tension artérielle) et consommer de l'alcool modérément, reconnaissant toutefois en avoir abusé par le passé.

- 8 -

E. 6

Le 10 août 2023, la Chambre de céans a entendu le recourant, qui a déclaré ce qui suit : « Le Dr [...] estime que je n'ai rien à faire ici. Je sais qu'une expertise a été ordonnée et j'ai déjà rendez-vous avec la Dre [...]. Mon épouse est de retour en Suisse. Elle n'est venue me voir qu'une fois en cinq mois et demi d'hospitalisation. Je pense qu'elle aimerait que je ne revienne pas à la maison et au contraire me voir dans un EMS. Elle ne faisait pas le ménage dans ma chambre, sauf le sol. Pour le reste, elle faisait les repas et la lessive. Si je sortais et que ma femme ne voulait plus s'occuper de moi, je solliciterai le CMS. Vous me lisez un passage de l'expertise. Il est vrai que je fume dans ma chambre. Ma consommation d'alcool

est modeste. Je suis d'avis qu'avec l'aide du CMS je pourrais vivre seul dans mon appartement actuel. Les médecins qui tournent beaucoup ne me parlent pas de sortie. Ils s'étonnent que je sois toujours là. Ils ont essayé de joindre ma femme mais sans succès. Je l'appelle régulièrement, mais elle est opposée à mon retour à domicile. J'ai l'oxygène en permanence. Je le gère seul. J'arrive à marcher avec un rollator. Je peux aussi faire quelques pas sans. Pour l'extérieur, j'ai un scooter électrique. Cela permet de faire des courses. Pour de plus longs trajets, je m'adresse à Transport Handicap. Je ne suis pas d'accord d'aller en EMS, mais je suis d'accord d'envisager d'aller dans un appartement protégé. Je gère moi-même mes affaires administratives. » En droit : 1. Le recours est dirigé contre une décision du juge de paix statuant sur un appel au juge au sens de l'art. 439 al. 1 ch. 1 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210), formé par la personne faisant l'objet d'un placement à des fins d'assistance (art. 426 CC) ordonné par un médecin (art. 429 al. 1 CC).

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