

## **VD\_GERICHTE OC16.025013 vom 23. Juni 2016**

VD Tribunal cantonal, 2016-06-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_OC16.025013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_OC16.025013)

FR: VD\_GERICHTE OC16.025013 du 23 juin 2016

IT: VD\_GERICHTE OC16.025013 del 23 giugno 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

Le 23 mars 2016, le Dr [...] et [...], respectivement médecin adjoint et psychologue assistante auprès de l'Institut de psychiatrie légale – Département de psychiatrie du CHUV, ont déposé un rapport d'expertise qui se fonde en particulier sur deux entretiens avec A.H.\_\_\_\_\_ les 2 décembre 2015 et 12 janvier 2016 et des documents antérieurs à cette date. Ses conclusions sont les suivantes : « [...] 1. Existence d'une cause d'institution d'une mesure a) L'expertisé présente-t-il une dépendance aux produits stupéfiants ou à l'alcool (ou une polytoxicomanie) et à quel degré ? Réponse : Compte tenu des éléments qui figurent dans son dossier médical, nous retenons chez Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ un diagnostic de probable dépendance à l'alcool. Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ nie consommer des doses excessives d'alcool, déclarant boire deux-trois verres de vin par jour. Selon les éléments portés à notre connaissance par son médecin traitant ainsi que par sa référente du CMS lors de nos entretiens téléphoniques, Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ n'aurait pas repris une consommation problématique d'alcool depuis son retour à domicile. Nous relevons que, lors des entretiens experts, Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ ne présentait pas de signes d'imprégnation alcoolique. b) Est-il atteint de déficience mentale ou de troubles psychiques au sens de l'article 390 CC ? Réponse : Oui, Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ présente depuis de très nombreuses années un trouble affectif bipolaire, dont les

- 15 - décompensations ont nécessité diverses hospitalisations en milieu psychogériatrique. Il présente également des troubles cognitifs légers. c) Quelle est l'importance des répercussions somatiques et psychiques de l'abus de stupéfiants ou d'alcool sur l'état de santé de l'expertisé ? Préciser le degré de ces atteintes. Réponse : Compte tenu des diagnostics qu'on retient chez Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ et des diverses co-morbidités somatiques qu'il présente, il est difficile de considérer de manière isolée l'impact de sa consommation d'alcool sur son état de santé. L'abus d'alcool ainsi que la mauvaise compliance médicamenteuse ont vraisemblablement contribué, à certaines périodes, à la décompensation de son trouble bipolaire, comme il est relevé dans les lettres de sortie de ses hospitalisations en milieu psychogériatrique. L'abus d'alcool est par ailleurs également susceptible d'aggraver les troubles cognitifs qu'il présente et d'augmenter significativement les risques de chute à domicile. d) L'expertisé est-il capable de discernement ? Le cas échéant, préciser l'étendue et l'incapacité de discernement. Réponse : La capacité de discernement devant être évaluée par rapport à un élément ou une situation spécifique, il ne nous est pas possible de répondre à cette question de manière générale. A l'heure actuelle, Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ ne présente pas une symptomatologie susceptible d'altérer significativement et durablement sa perception de soi-même ou de la réalité qui l'entoure. Une décompensation maniaque du trouble bipolaire ou une d'aggravation (sic) de ses troubles cognitifs, peuvent être de nature à altérer, ponctuellement ou durablement, sa

capacité à comprendre les enjeux liés à une situation et sa capacité à se déterminer selon cette appréciation. 2. Existence d'un besoin de protection a) L'expertisé est-il capable, en raison de sa toxicomanie ou de son alcoolisme, respectivement de son état de santé, d'assurer lui-même la sauvegarde de ses intérêts (patrimoniaux et/ou personnels) et de mener une vie autonome ? Si l'expertisé est incapable de gérer certaines de ses affaires seulement, préciser lesquelles. Réponse : Monsieur A.H. \_\_\_\_\_ n'est pas capable de mener une vie autonome, sans les diverses formes de soutien déjà mises en place. Il a notamment besoin d'aide pour la prise de ses médicaments, pour les repas, pour l'entretien de sa personne et de sa maison. En ce qui concerne la sauvegarde de ses intérêts patrimoniaux, les troubles cognitifs qu'il présente ne lui permettent pas de les gérer sans risquer de les compromettre. b) L'expertisé peut-il se passer d'une assistance ou d'une aide permanente ? Réponse : Monsieur A.H. \_\_\_\_\_ ne peut pas se passer d'une assistance pour la prise de médicaments, la préparation de ses repas, les soins d'hygiène, les courses et l'entretien de la maison. c) L'expertisé a-t-il besoin de soins permanents ou d'un traitement ? Réponse : Monsieur A.H. \_\_\_\_\_, pour limiter la dégradation de son état de santé, a besoin de prendre avec régularité les médicaments pour les différentes pathologies somatiques et psychiatriques qu'il présente.

- 16 - d) L'expertisé présente-t-il, du fait de sa toxicomanie ou de son alcoolisme, un danger pour lui-même ou pour autrui ? Réponse : Si Monsieur A.H. \_\_\_\_\_ devait reprendre une consommation excessive d'alcool, celle-ci est susceptible d'avoir des répercussions graves sur son état de santé, compte tenu des diverses co-morbidités qu'il présente. La consommation d'alcool est également de nature à augmenter significativement les risques de chute à domicile. e) L'expertisé se reconnaît-il comme ayant un problème d'abus de produits stupéfiants ou d'alcool ? Réponse : Monsieur A.H. \_\_\_\_\_ nie présenter une consommation problématique ou excessive d'alcool. Il déclare en boire deux-trois verres par jour. f) Est-il capable de cesser de son propre chef sa toxicomanie ou sa consommation d'alcool ? Réponse : Probablement pas complètement, puisqu'il ne la reconnaît pas comme étant problématique. Selon les éléments recueillis lors de nos entretiens téléphoniques avec son médecin traitant ainsi que par sa référente du CMS, Monsieur A.H. \_\_\_\_\_ n'a pas présenté, depuis son retour à domicile, des signes d'imprégnation alcoolique lors de leurs contacts. g) Est-il capable de coopérer de son propre chef à un traitement approprié ? Réponse : Monsieur B.H. \_\_\_\_\_ semble capable d'adhérer partiellement au réseau mis en place suite à sa sortie de l'hôpital. Ses difficultés mnésiques peuvent cependant être de nature à lui faire oublier certains rendez-vous ainsi que la nécessité de prendre les médicaments qui lui sont prescrit. La conscience partielle de ses difficultés, ainsi que son tempérament indépendant, peuvent également participer au fait qu'il n'adhère pas complètement à la prise en charge proposée. 3. Mesures a) Des mesures doivent-elles être prises ? Dans l'affirmative, quelles mesures proposez-vous (mesures ambulatoires, assignation au traitement d'un médecin et d'une institution spécialisée, curatelle, placement à des fins d'assistance) ? Réponse : Compte tenu des difficultés qu'il présente, des mesures ambulatoires telles que celles prévues suite à son retour à domicile, comprenant un suivi régulier chez son médecin traitant, la poursuite de la prise en charge psychiatrique à domicile, ainsi que des aides et de la surveillance pour la prise des médicaments, la préparation des repas, les soins d'hygiène et l'entretien de sa maison sont nécessaires. En cas d'aggravation durable des diverses pathologies qu'il présente, un placement dans une structure protégée pourra s'avérer nécessaire. La mise en place d'une mesure de protection visant à protéger ses intérêts financiers nous semble également adaptée. b) Le cas échéant,

veuillez faire toutes propositions quant à une institution destinée à recevoir l'expertisé en cas de placement à des fins d'assistance ou préciser le cadre des éventuelles mesures ambulatoires à mettre en place. Réponse : En cas de décision de placement à des fins d'assistance, un appartement protégé serait idéalement à privilégier à un EMS, compte tenu de l'importance que Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ attribue à son autonomie et au rôle que le maintien de celle-ci joue (sic) sur son équilibre psychique (voir également le paragraphe dédié à la

- 17 - discussion). Pour ce qui concerne les mesures ambulatoires, cf. réponse à la question 3.a. c) L'expertisé a-t-il fait l'objet d'une ou plusieurs mesures relatives à sa toxicomanie ou à son alcoolisme et, le cas échéant, quel en a été le résultat ? Réponse : Le placement à des fins d'assistance s'étant déroulé entre juillet et novembre 2015 a été prononcé pour mise à l'abri d'une consommation d'alcool à risque, décompensation maniaque avec idées délirantes de persécution ainsi que pour une réadaptation du traitement médicamenteux et semble avoir permis que Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ diminue sa consommation d'alcool, selon les éléments à notre disposition. Tant le médecin traitant que le personnel du CMS, lors de nos contacts téléphoniques, ont relevé ne pas avoir constaté, depuis son retour à domicile, des états d'alcoolisation. 4. Divers L'audition de l'expertisé est-elle admissible et utile ? Réponse : Oui. [...]» Dans la discussion, les experts ont également relevé ce qui suit : « Compte tenu de ces éléments, nous relevons que le maintien à domicile de Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ implique l'acceptation de la potentielle réalisation d'un certain nombre de risques, les troubles cognitifs qu'il présente étant par ailleurs, par leur nature, susceptibles de s'aggraver progressivement. Il est cependant également à souligner que, déjà en 2011, la situation à domicile avait été évaluée tant par les professionnels ayant demandé son placement que par les experts psychiatres comme ayant atteint les limites, néanmoins, les diverses formes de soutien mises en place, auxquelles Monsieur B.H.\_\_\_\_\_ ne semble pas toujours avoir été en mesure d'adhérer totalement, ont tout de même permis son maintien à domicile ainsi qu'un certain équilibre, étant donné l'absence d'hospitalisations en milieu psychiatrique et somatique entre 2011 et 2015. Si, compte tenu des diagnostics que nous retenons, nos observations confirment les risques illustrés par nos collègues en lien avec le maintien à domicile de Monsieur B.H.\_\_\_\_\_, il est à notre sens également nécessaire de considérer, dans la pondération des avantages et inconvénients liés aux options possibles, l'importance que Monsieur B.H.\_\_\_\_\_ accorde à la préservation de son autonomie et de son indépendance, qu'il essaye de défendre fermement, et leur influence sur son état psychique. Outre le recours contre la décision de placement, par ailleurs accepté par la Chambre des curatelles, Monsieur B.H.\_\_\_\_\_ a par exemple fait effectuer des travaux dans sa salle de bains pour qu'il puisse l'utiliser avec moins de difficultés, et aurait également réussi à trouver une solution pour ses repas, n'appréciant pas la qualité de ceux qui étaient livrés à son domicile. Malgré les difficultés cognitives qu'il présente, il se montre actif, en se rendant régulièrement en ville et en gardant des liens avec son réseau d'amis. Il est alors essentiel de prendre également en considération les risques pouvant être suscités par une décision de placement

- 18 - dans une structure d'hébergement, solution à laquelle, jusqu'à présent, il s'oppose avec véhémence, et qui est susceptible de fragiliser et de perturber son équilibre psychique. Monsieur B.H.\_\_\_\_\_ semble en effet avoir beaucoup de difficultés à accepter la diminution progressive de ses compétences et de ses capacités, dégradation qui l'atteint fortement sur le plan narcissique. Déjà par le passé, il a vraisemblablement mal supporté la

limitation de son autonomie lorsque son permis de conduire lui a été retiré, en effectuant une tentative de suicide par voie médicamenteuse. Un placement contre sa volonté dans un EMS est ainsi à considérer comme étant aussi un facteur de risque, une décision susceptible de perturber son état de santé, tant sur le plan psychique, avec de réels risques d'effondrement, compte tenu également du trouble bipolaire qu'il présente depuis de nombreuses années, qu'en ce qui concerne son intégrité corporelle, avec une potentielle émergence d'idées suicidaires pouvant mener à des gestes auto-agressifs, qu'il est susceptible de mettre à exécution, comme son antécédent le montre. »

## E. 7

Le 13 avril 2016, l'autorité de protection a procédé à l'audition de A.H. \_\_\_\_\_, B.H. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_. A.H. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il mangeait mieux, qu'il prenait sa douche seul et de manière autonome, sous contrôle du personnel hospitalier, qu'il n'a jamais eu de problèmes lorsqu'il était à domicile et n'a jamais refusé l'aide du CMS, qu'il avait contacté deux dames dont il avait vu les annonces au CHUV, qu'il leur avait dit qu'il les engagerait à sa sortie de l'hôpital et qu'une des deux dames dormirait chez lui dans le mesure où elle n'avait pas d'appartement. Il a ajouté qu'il n'était pas franchement opposé à l'idée d'une entrée en EMS ou en appartement protégé, à la condition que cela soit à [...]. B.H. \_\_\_\_\_ a remarqué que la santé de son père s'était améliorée en raison de son hospitalisation et que son père devait en permanence être stimulé pour manger et pour boire. F. \_\_\_\_\_ a indiqué que son père était sorti du CHUV sans autorisation à deux reprises la semaine précédente et que les déclarations faites par son père concernant des travaux pour adapter sa salle de bains étaient fausses. Par courrier du 25 avril 2016, la Dresse [...], médecin assistante au Département de médecine du CHUV a indiqué au juge de paix qu'en l'état actuel, aucun changement n'avait été constaté et qu'elle n'avait aucune nouvelle proposition utile pour la prise en charge du patient.

- 19 - Le 22 juin 2016, A.H. \_\_\_\_\_ a conclu un contrat avec [...] Sàrl pour un « accompagnement de jour en l'absence de sa gouvernante », à définir selon les besoins. Le 23 juin 2016, la cour de céans a entendu V. \_\_\_\_\_, assistante sociale, en qualité de témoin. Elle a déclaré qu'elle s'occupait d'une personne âgée jusqu'à la fin du mois, qu'elle n'était pas infirmière mais travaillait depuis plusieurs années avec des personnes âgées, qu'elle suivait des cours auprès de [...] afin de valider un diplôme d'aide-soignante obtenu dans son pays, que A.H. \_\_\_\_\_ l'avait contactée en réponse à une annonce, qu'elle l'avait rencontré à l'EMS où il était actuellement et n'avait par conséquent pas encore été à son domicile, qu'il lui avait expliqué qu'il aurait besoin d'une présence et de soins 24 heures sur 24 et qu'il avait rencontré des problèmes avec le CMS, qu'elle n'avait eu de contacts ni avec le fils de l'intéressé ni avec son médecin traitant, qu'elle ne connaissait pas l'entier du cahier des charges ni la rémunération prévue – sachant que l'assurance participait au coût – mais était d'accord sur le principe, n'attendant que la décision de l'autorité de céans pour prendre un engagement formel, qu'elle pourrait demeurer chez l'intéressé afin d'assurer une présence continue et pourrait se faire remplacer par sa cousine infirmière durant ses jours de congé, qu'elles se partageraient ainsi le suivi, qu'elle pouvait aider à la toilette et à la prise de médicaments, qu'il faudrait également demander au CMS de continuer à venir, de même qu'à un infirmier, qu'elle était consciente qu'il s'agissait d'un « cas lourd », qu'elle avait déjà eu l'occasion de s'occuper de telles personnes et que c'est la raison pour laquelle elle n'entendait pas assumer cette charge seule, mais avec l'aide du CMS. La cour de céans a également procédé à l'audition de A.H. \_\_\_\_\_ et

B.H.\_\_\_\_\_. A.H.\_\_\_\_\_ a déclaré qu'il était actuellement à l'EMS [...], qu'il se souvenait avoir pu rentrer à la maison à la fin de l'année 2015, que le CMS n'avait plus voulu venir parce qu'il était parfois sorti avec des copains, qu'il n'était tombé que deux fois en deux mois et qu'à une seule reprise, en raison d'un « médicament pour dormir » il

- 20 - n'avait pas pu se relever, qu'il pesait 56 kilos et était descendu au pire à 52 kilos, qu'il n'avait jamais beaucoup bu, qu'il était un peu bipolaire et n'était pas médicamenté pour cette maladie qui ne posait pas de problèmes, qu'il prenait des médicaments pour l'épilepsie et le parkinson, mais qu'il n'avait pas de problèmes de cholestérol ni de thyroïde, que sa maison était belle avec trois terrasses, qu'il y avait une pièce indépendante pour une tierce personne, que, s'agissant de son séjour à [...], il y avait continuellement des cris, il y lisait le journal et regardait les informations, qu'il n'avait pas besoin d'aide pour sa toilette, que s'il devait rester en EMS et que cela lui déplaisait, il cesserait de s'alimenter et que s'il pouvait bénéficier d'une présence continue à domicile, son entourage n'aurait plus à se soucier de lui. B.H.\_\_\_\_\_ a pour sa part expliqué que sa sœur et lui-même étaient totalement opposés au retour de leur père à domicile, qu'il s'occupaient de lui depuis le décès de leur mère douze ans auparavant, que cela faisait environ deux à trois ans que cela n'était plus possible, que Mme [...], après s'être occupée de manière extraordinaire de leur père durant de nombreuses années, ne pouvait plus le faire, que la bipolarité de leur père posait des problèmes au niveau relationnel, que cela le rendait très difficile à supporter tant pour la famille que pour les tiers, que son père oubliait également un certain nombre de choses, qu'il ne pouvait pas imaginer une personne susceptible de le supporter au quotidien, que la surface de la maison était de 110 m<sup>2</sup>, qu'il y avait trop de promiscuité, que le dernier retour à la maison s'était soldé par une catastrophe, que son père ne se nourrissait pas correctement, que la prise de médicaments était problématique, qu'il était le plus souvent absent au bistrot, ne permettant pas au CMS de fonctionner correctement, qu'il perdait la notion du temps, qu'il n'acceptait pas d'aide pour sa toilette, qu'il perdait ses effets personnels, qu'il n'avait pas d'amis hormis des relations dans les bistrots, que depuis la dernière hospitalisation, la relation avec son père était très difficile, qu'une certaine lassitude s'était installée, mais que si son père devait être autorisé à rentrer à domicile, il ne s'y opposerait pas et examinerait le coût de cette solution et le soumettrait à l'autorité de protection.

- 21 - En droit : 1. Le recours est dirigé contre une décision de l'autorité de protection ordonnant notamment, pour une durée indéterminée, le placement à des fins d'assistance de A.H.\_\_\_\_\_ au sein du Service de médecine interne – Département de médecine du CHUV ou dans tout autre établissement approprié en application de l'art. 426 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210). 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 ; RSV 211.255] et 76 al. 2 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]), dans les dix jours dès la notification de la décision (art. 450b al. 2 CC). Les personnes parties à la procédure, les proches de la personne concernée 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 il n'a pas besoin d'être motivé (art. 450 al. 3 et 450e al. 1 CC). Il suffit que le recourant manifeste par écrit son désaccord avec la mesure prise (Droit de la protection de l'adulte, Guide pratique COPMA, 2012, n. 12.18, p. 285 ; Meier/Lukic, Introduction au nouveau droit de la protection de l'adulte, 2011, n.

738, p. 341). 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

- 22 - aussi en deuxième instance (Steck, Basler Kommentar, Zivilgesetzbuch I, Art. 1-456, 5e éd., Bâle 2014 [ci-après cité : Basler Kommentar], n. 7 ad art. 450a CC, p. 2626, et les auteurs cités). 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 30 juin 2014/147 ; cf. JdT 2011 III 43). Conformément à l'art. 450d CC, la Chambre des curatelles donne à la justice de paix (art. 4 al. 1 LVP AE) l'occasion de prendre position (al. 1), cette autorité pouvant, au lieu de prendre position, reconsidérer sa décision (al. 2). 1.2 Interjeté en temps utile par l'intéressé lui-même, 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. L'autorité de protection a été interpellée conformément à l'art. 450d al. 1 CC. 2. 2.1 La Chambre des curatelles 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). Selon les situations, le recours sera par conséquent réformatoire ou cassatoire (Guide pratique COPMA, n. 12.39, p. 290).

- 23 - 2.2 Les maximes de procédure de l'art. 446 CC s'appliquent à l'examen périodique, le contrôle devant inclure une audition de la personne placée (art. 447 al. 1 CC), à moins que des raisons de santé ne rendent cette audition impossible, et de son curateur, ainsi qu'une prise de position de l'institution de placement (Guillod, in Commentaire du droit de la famille [ci-après cité : CommFam], Protection de l'adulte, Berne 2013, n. 8 ad art. 431 CC, p. 730 s.). Selon l'art. 450e al. 4, 1ère phr., CC, l'instance judiciaire de recours, en règle générale réunie en collège, procède à l'audition de la personne concernée (ATF 139 III 257). L'autorité de première instance a procédé à l'audition de la personne concernée, assistée de son curateur, et la cour de céans a procédé, le 23 juin 2016, à l'audition du recourant, ainsi que de son curateur. Le droit d'être entendu des intéressés a ainsi été respecté. 2.3 2.3.1 En cas de troubles psychiques, toute décision relative à un placement à des fins d'assistance devra toujours être prise sur la base d'un rapport d'expertise (art. 450e al. 3 CC). Selon la jurisprudence, 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. Déjà sous l'empire de l'art. 397e ch. 5 aCC, le concours d'un expert était requis pour toute décision de placement, de maintien ou de levée de celui-ci, à n'importe quel stade de la procédure. L'expert devait en outre rendre un rapport actualisé. On ne peut déduire une interprétation différente du Message du Conseil fédéral et des débats parlementaires qui ont porté sur l'art. 450e al. 3 CC, actuellement en vigueur (ATF 140 III 105 consid. 2.6, JdT 2015 II 75). Les experts doivent

disposer des connaissances requises en psychiatrie et psychothérapie, mais il n'est pas nécessaire qu'ils soient médecins spécialistes dans ces disciplines (Guide pratique COPMA, n. 12.21, p. 286 ; Geiser, Basler Kommentar, op. cit., n. 18 ad art. 450e CC,

- 24 - p. 2650). Ils doivent être indépendants et ne pas s'être déjà prononcés sur la maladie de l'intéressé dans une même procédure (cf. sous l'ancien droit : ATF 137 III 289 consid. 4.4 ; ATF 128 III 12 consid. 4a, JdT 2002 I 474 ; ATF 118 II 249 consid. 2a, JdT 1995 I 51 ; TF 5A\_358/2010 du 8 juin 2010, résumé in Revue de la protection des mineurs et des adultes [RMA] 2010, p. 456 ; Guillod, CommFam, n. 40 ad art. 439 CC, p. 789), ni être membre de l'instance décisionnelle (Guillod, loc. cit., et les références citées). Par ailleurs, conformément à l'art. 450e al. 3 CC, l'expertise requise doit contenir un avis sur l'état de santé de la personne concernée, sur les effets que d'éventuels troubles de la santé pourraient avoir sur une mise en danger de sa personne ou celle de tiers, ainsi que par rapport à un grave état d'abandon et dire s'il peut en découler une nécessité d'agir. Dans cette éventualité, il importe de déterminer si le traitement d'une pathologie mentale diagnostiquée est nécessaire et éventuellement de définir la prise en charge de la personne concernée. Dans l'affirmative, il est alors crucial de mesurer le risque concret que le fait de négliger le traitement de la pathologie diagnostiquée par l'expert ou de la prise en charge de la personne concernée peut représenter pour sa santé ainsi que pour sa vie. Au surplus, il incombe à l'expert de dire si, en ce qui concerne l'assistance personnelle nécessaire, le traitement ou la prise en charge doit obligatoirement être stationnaire, l'expert devant également préciser si la personne en cause paraît, de manière crédible, avoir conscience de sa maladie et de la nécessité d'un traitement et indiquer s'il existe un établissement approprié et, si oui, pourquoi l'établissement proposé peut être pris en considération (ATF 140 III 105 précité consid. 2.4 et réf. citées). Enfin, le recours à des expertises rendues antérieurement est d'emblée strictement limité, l'expert devant se prononcer sur les questions posées dans la procédure en cours. Pour statuer sur le maintien d'une personne en institution, l'expertise prescrite par l'art. 450e al. 3 CC doit dire si et dans quelle mesure, un changement est intervenu, dans les facteurs concrètement retenus par l'expertise antérieure ou initiale,

- 25 - l'expert ne pouvant se référer simplement à des avis médicaux précédents pour répondre à des questions nouvelles (ATF 140 III 105, JdT 2015 III 75 spéc. p. 78). Pour sa part, le juge doit s'en tenir à la version retenue par l'expert, à moins que ses conclusions reposent sur des constatations manifestement inexactes ou contradictoires et ne peut s'écarter des conclusions de l'expert qu'en présence de raisons majeures (TF 5A\_485/2012 du 11 septembre 2012 consid. 4.1 ; JdT 2013 I 38). 2.3.2 En l'espèce, l'autorité de protection a fondé sa décision sur le rapport d'expertise du 23 mars 2016 du Dr [...] et de Mme [...], respectivement médecin adjoint et psychologue assistante auprès de l'Institut de psychiatrie légale du Département de psychiatrie du CHUV. Ces médecins se sont fondés sur des entretiens et éléments dont le dernier remonte au 12 janvier 2016. Depuis le retour à domicile de l'intéressé à l'automne 2015, les Drs [...], chef de clinique au SUPAA, [...] et [...], médecins-traitant, se sont prononcés à plusieurs reprises de manière précise et circonstanciée sur l'évolution de son état de santé et de sa situation, en particulier les 23 et 30 décembre 2015, 7 janvier et 16 et 17 février 2016. Ces constatations vont dans le même sens que celles développées le 1er décembre 2015 par des Drs [...], [...] et [...] du SUPAA et, plus récemment, par les Drs [...] et [...] du Service de médecine interne – Département de médecine du CHUV. Ces rapports circonstanciés et univoques permettent de répondre aux

questions qui se posent en relation avec les événements postérieurs au rapport d'expertise. Ces rapports sont suffisants pour permettre à la cour de céans de statuer sur le placement à des fins d'assistance du recourant. 3.

- 26 - 3.1 Le recourant expose en substance que sa situation financière est saine et qu'il a pris des dispositions pour que V. \_\_\_\_\_, assistante sociale, vienne habiter avec lui dans sa villa afin de lui prodiguer les soins nécessaires, celle-ci pouvant se faire assister, en cas de besoin, par une cuisinière et une assistante sociale. Il conclut par conséquent à l'annulation de la décision querellée en tant qu'elle prononce son placement à des fins d'assistance et à son retour à domicile à plus bref délai. 3.2 L'art. 426 CC prévoit qu'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 – qui est la même que celle de l'art. 390 al. 1 ch. 1 CC – comprend la maladie mentale ainsi que les dépendances, en particulier l'alcoolisme, la toxicomanie et la pharmacodépendance. Cette notion englobe toutes les maladies mentales reconnues en psychiatrie, c'est-à-dire les psychoses et les psychopathies ayant des causes physiques ou non, ainsi que les démences et les dépendances (Meier/Lukic, op. cit., n. 668, p. 303 ; Guide pratique COPMA, n. 10.6, p. 245 ; Guillod, CommFam, op. cit., n. 35 ad art. 426 CC, p. 678 et les références citées). 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, 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 de la protection de l'adulte, 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

- 27 - 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 (JdT 2005 III 51 consid. 3a ; Message du 28 juin 2006 concernant la révision du Code civil suisse [Protection des personnes, droit des personnes, et droit de la filiation], Feuille fédérale 2006, pp. 6635 ss [cité ci-après : Message], p. 6695 ; Steinauer/ Fountoulakis, op. cit., n. 1366, p. 596). Il s'agit là de l'application du principe de proportionnalité, qui exige que les actes étatiques soient propres à atteindre le but visé, justifié 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/Lukic, op. cit., n. 673, p. 306 ; Guide pratique COPMA, n. 10.7, pp. 245-246). 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\_564/2008 du 1er octobre 2008 consid. 3). L'exigence d'une institution appropriée constitue un autre aspect de l'appréciation de la proportionnalité (Guillod, CommFam, op. cit., n. 67 ad art. 426 CC, p. 685). La notion d'institution doit être interprétée de manière

large (Geiser/Etzensberger, Basler Kommentar, op. cit., n. 35 ad art. 426 CC, p. 2435 ; Meier/Lukic, op. cit., n. 675, p. 307 ; Guide pratique COPMA, n. 10.10, p. 246) et englobe toute la gamme des établissements hospitaliers, des cliniques de jour ou de nuit, des maisons de convalescence, des établissements médico-sociaux et des unités médicales au sein d'autres institutions (Guillod, loc. cit.). L'institution est jugée appropriée si, par son organisation et le personnel dont elle dispose, elle permet de satisfaire les besoins essentiels de la personne placée (TF 5A\_212/2014 du 1er avril 2014 consid. 2.3.1 et les références citées ; Meier/Lukic, op. cit., n. 676, pp. 307 s. ; Geiser/Etzensberger, Basler Kommentar, op. cit., n. 37 ad art. 426 CC, p. 2436).

- 28 - La loi exige ainsi la réalisation de trois conditions cumulatives, à savoir une cause de placement (troubles psychiques, respectivement alcoolisme, 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 (Meier/Lukic, op. cit., n. 666, p. 302 ; Steinauer/Fountoulakis, op. cit., nn. 1358 ss, pp. 594 ss). 3.3 En l'espèce, les experts ont constaté que le recourant présentait depuis de très nombreuses années un trouble affectif bipolaire, ainsi que des troubles cognitifs légers. Ils ont également relevé une probable dépendance à l'alcool, que le recourant nie catégoriquement, admettant boire quotidiennement deux à trois verres de vin. Selon les experts, l'abus d'alcool et la mauvaise compliance médicamenteuse ont vraisemblablement contribué à des décompensations du trouble bipolaire du recourant ; de même, l'abus d'alcool est susceptible d'aggraver les troubles cognitifs et d'augmenter le risque de chute à domicile. Ce pronostic va dans le même sens que les nombreux rapports médicaux émis depuis le 1er mai 2015. Le 26 février 2016, le juge de paix a d'ailleurs prononcé le placement à des fins d'assistance par voie de mesures d'extrême urgence, en particulier à la suite de plusieurs chutes du recourant. La cause de placement est ainsi réalisée. Tout en préconisant le besoin de traitement et de soins du recourant, les experts semblent favorables à un retour à domicile du recourant et à la mise en place d'un suivi ambulatoire et n'envisager un placement à des fins d'assistance qu'en cas d'aggravation durable des pathologies. Ils notent en parallèle que le recourant n'est plus capable de mener une vie autonome, sans les diverses formes de soutien déjà mises en place et ne peut se passer d'aide à la prise de médicaments, à la préparation des repas, aux soins d'hygiène, aux courses et à l'entretien de la maison. Comme l'ont relevé à juste titre les premiers juges, les experts se sont fondés sur des entretiens et documents dont le dernier remonte au

## **E. 12**

LVP AE). Pour le reste, le présent arrêt peut être rendu sans frais (art. 74a al. 4 TFJC [tarif du 28 septembre 2010 des frais judiciaires civils ; RSV 270.11.5]). Par ces motifs, la Chambre des curatelles du Tribunal cantonal, statuant à huis clos, prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision est confirmée. III. Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 88 fr., sont mis à la charge du recourant A.H.\_\_\_\_\_. IV. L'arrêt est exécutoire. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean Lob (pour M. A.H.\_\_\_\_\_), - M. B.H.\_\_\_\_\_, curateur,

- 32 - et communiqué à : - Justice de paix du district de l'Ouest lausannois, 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 :

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