

CHAMBRE DES CURATELLES

Arrêt du 23 juin 2016

Composition : Mme KÜHNLEIN, présidente
MM. Battistolo et Krieger, juges
Greffier : Mme Schwab Eggs

* * * * *

Art. 426, 450 ss et 450e al. 3 CC

La Chambre des curatelles du Tribunal cantonal prend séance pour statuer sur le recours interjeté par **A.H.**_____, domicilié à [...], contre la décision rendue le 13 avril 2016 par la Justice de paix du district l'Ouest lausannois dans la cause le concernant.

Délibérant à huis clos, la cour voit :

En fait :

A. Par décision du 13 avril 2016, dont les motifs ont été adressés pour notification aux parties le 3 juin 2016, la Justice de paix du district de l'Ouest lausannois (ci-après : justice de paix) a mis fin à l'enquête en institution d'une curatelle et en placement à des fins d'assistance ouverte à l'endroit de A.H._____ (I), ordonné, 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 à son état de santé (II), institué une curatelle de représentation au sens de l'art. 394 al. 1 CC et de gestion au sens de l'art. 395 al. 1 CC en faveur de A.H._____ (III), nommé B.H._____ en qualité de curateur (IV) décrit les tâches du curateur (V et VI), privé d'effet suspensif tout recours éventuel contre la décision (VII) et mis les frais de la cause, comprenant ceux des mesures provisoires, ceux de la décision au fond et ceux d'expertise, à la charge de A.H._____ (VIII).

En droit, les premiers juges ont notamment considéré que l'ensemble des solutions visant à maintenir l'intéressé à domicile avaient été épuisées, qu'il vivait depuis plusieurs années dans des conditions relativement précaires, que la famille était épuisée par la situation, que l'intéressé demeurait dans le déni de ses difficultés et que l'échec des précédentes tentatives de maintien à domicile démontrait qu'il ne pouvait accepter et collaborer aux projets de soins imposés et qu'un placement à des fins d'assistance était dès lors le seul moyen de lui assurer l'encadrement soutenu et les soins personnels et médicaux requis par son état de santé.

B. Par acte motivé du 14 juin 2016, A.H._____, par son conseil, a recouru contre cette décision et conclu à ce que la décision rendue le 13 avril 2016 soit réformée en ce sens que son chiffre II est annulé, de

même que le placement à des fins d'assistance qui a été ordonné et que le retour du recourant à son domicile soit autorisé. A l'appui de son recours, A.H._____ a produit trois pièces. Il a requis l'audition de V._____ en qualité de témoin.

Interpellé, le Juge de paix de l'Ouest lausannois (ci-après : juge de paix) a indiqué, par courrier du 14 juin 2016, qu'il renonçait à se déterminer, se référant au contenu de la décision querellée.

Le 23 juin 2016, la Chambre des curatelles du Tribunal cantonal a procédé à l'audition de A.H._____, assisté de son conseil Me Jean Lob, et d'B.H._____, curateur. V._____ a été entendue en qualité de témoin. A.H._____ a produit un contrat conclu le 22 juin 2016 avec [...] Sàrl et ses annexes.

C. La cour retient les faits suivants :

1. A.H._____, veuf depuis le 25 mai 2004 et domicilié [...], est né le [...] 1932. Il a deux enfants, F._____ et B.H._____.

2. Par courrier du 1^{er} mai 2015, le Dr [...], ancien chef de clinique, médecine interne générale FMH à [...], a dénoncé à la justice de paix la situation de A.H._____. Il a relaté en bref que le patient souffrait d'une pluri-pathologie avec en particulier une maladie dépressive et surtout un abus nocif d'alcool, qu'il avait été retrouvé à plusieurs reprises par son fils par terre dans un état d'ébriété manifeste, qu'il évitait systématiquement les assistants sociaux censés organiser une prise en charge institutionnelle et que sa pathologie actuelle nécessitait clairement l'intervention externe de thérapeutes spécialisés.

Le 13 mai 2015, [...], Responsable de centre ad intérim auprès de l'APREMADOL (Association pour la prévention et le maintien à domicile dans l'Ouest lausannois), Centre médico-social de Renens-Sud (ci-après : CMS), a écrit à la justice de paix que le centre avait pris contact avec

A.H._____, à la demande du Dr [...], en vue de l'organisation d'un court séjour en établissement médico-social (ci-après : EMS), que l'intéressé avait répondu qu'il n'en avait pas besoin dès lors qu'il avait une dame de compagnie, qu'il avait finalement accepté de la recevoir, mais que, lors du passage convenu le 27 avril 2015, personne n'avait répondu.

Entendu le 10 juin 2015 par le juge de paix, A.H._____ a déclaré qu'il ne comprenait pas les inquiétudes de son médecin, d'autant que ses affaires administratives étaient gérées par son fils B.H._____, ce que ce dernier a confirmé en ajoutant que sa sœur et son beau-frère avaient un droit de regard sur celles-ci et que leur père et beau-père jouissait d'une fortune personnelle et utilisait à bon escient le compte sur lequel il prélevait l'argent qui lui était nécessaire. B.H._____ a expliqué que son père suivait un traitement relativement lourd sur le plan médical, recevait la visite de [...], infirmière indépendante, deux soirs par semaine et bénéficiait de l'aide d'une amie du vendredi soir au lundi ainsi que d'une femme de ménage, que son père avait tendance à renvoyer d'avantage [...], estimant ses services superflus, que la situation était devenue plus compliquée dès lors que son père présentait un problème de consommation d'alcool qui, si elle n'était pas abusive en soi, était toutefois continue et chronique, qu'il était arrivé à celui-ci de chuter à domicile, ce qui avait conduit à son hospitalisation. F._____ a pour sa part relevé que le signalement du Dr [...] avait permis une certaine amélioration de la situation dans la mesure où son père avait réagi et diminué sa consommation d'alcool, mais que la situation demeurait toutefois fragile et que son père peinait à comprendre que les démarches entreprises avaient pour but de lui permettre de demeurer le plus longtemps possible à domicile. Les enfants de A.H._____ se sont enfin accordés à reconnaître qu'avec l'instauration du traitement médicamenteux, les phases maniaques de la maladie de leur père s'étaient stabilisées, mais que le problème principal était celui de l'alcool.

Par lettre du 24 juin 2015, le Dr [...] a écrit au juge de paix que la situation n'évoluait guère, A.H._____ niant toute consommation d'alcool et ne voulant pas de prise en charge. Il ne voyait pas d'autre

solution qu'un placement à des fins thérapeutiques de l'intéressé et une hospitalisation en psychogériatrie à [...]. Dans un courrier du 21 juillet 2015, B.H._____ a confirmé au juge de paix que son objectif et celui de sa sœur était que leur père puisse demeurer le plus longtemps possible à son domicile, indépendant et dans les meilleures conditions de suivi et d'encadrement.

3. Le 29 juillet 2015, le juge de paix a ouvert une enquête en institution d'une curatelle et en placement à des fins d'assistance à l'endroit de A.H._____ et ordonné une expertise psychiatrique de l'intéressé, chargeant le Département universitaire de psychiatrie, Unité d'expertises, Site de [...], de lui faire parvenir un rapport répondant aux questions relatives à l'existence d'une cause d'institution d'une mesure et d'un besoin de protection ainsi qu'à la nécessité de mesures.

Le 17 août 2015, les Drs [...], [...] et [...], respectivement médecin associé, cheffe de clinique adjointe et médecin assistant au sein du Service universitaire de Psychiatrie de l'Age Avancé (ci-après : SUPAA) - Département de psychiatrie du CHUV, ont informé la justice de paix que A.H._____ faisait l'objet d'un placement médical à des fins d'assistance depuis le 26 juillet 2015.

Le 2 septembre 2015, les Drs [...] et [...] ont signalé à la justice de paix la situation de A.H._____ pour une demande de mesures de placement à des fins d'assistance judiciaire en extrême urgence. Ils mentionnaient en particulier que A.H._____ était atteint d'un trouble affectif bipolaire et d'une dépendance à l'alcool, qu'il était connu pour de multiples hospitalisations, rechutant souvent dans un contexte d'arrêt de traitement et de consommation excessive d'alcool, qu'il présentait plusieurs morbidités somatiques avec une épilepsie partielle complexe, une maladie de parkinson, une hypothyroïdie, une hypercholestérolémie, une anémie sur ulcère gastroduodéal, des troubles de la marche et de l'équilibre et qu'une importante perturbation en faveur d'une démence avait été révélée. Les médecins ajoutaient que le patient était devenu récemment agressif et ne prenait plus correctement ses médicaments,

refusait tout suivi et mettait en échec la structure mise en place par le médecin traitant.

Par ordonnance de mesures superprovisionnelles du 10 septembre 2015, le juge de paix a ordonné provisoirement le placement à des fins d'assistance de A.H. _____ à l'hôpital de [...] ou dans tout autre établissement approprié.

Par lettre à la justice de paix du 15 septembre 2015, les Drs [...] et [...] ont écrit que l'état de A.H. _____ depuis leur dernier courrier du 2 septembre 2015 était stationnaire, que le patient « [était] calme sur le plan moteur et ne présent[ait] pas de troubles du comportement. Il accept[ait] la médication qui lui [était] prescrite. Grâce au cadre contenant de l'hôpital, le patient a[vait] un fonctionnement adéquat malgré ses difficultés cognitives. Toutefois, M. A.H. _____ [était] toujours anosognosique et oppositionnel au projet de placement ». Au vu des éléments cliniques à disposition, la mise en échec des structures ambulatoires, l'épuisement de la famille et le risque de mise en danger de mort imminent en cas de retour à domicile, les médecins maintenaient leur demande de placement dans une structure d'hébergement protégée, telle qu'un EMS.

Lors de son audition par la justice de paix du 16 septembre 2015, A.H. _____ a expliqué qu'il allait bien et qu'il aimerait sortir de l'Hôpital de [...] pour rentrer chez lui, d'autant qu'une dame ([...]) pourrait s'occuper de lui à domicile et qu'il avait mis des annonces pour rechercher des dames de compagnie et/ou des infirmières. F. _____ a déclaré que son père allait mieux lorsqu'il était encadré : le fait de ne plus boire et de prendre sa médication lui procurait un certain équilibre, mais il était physiquement diminué et peinait à se déplacer. A son avis, son père ne disposait pas de sa capacité de discernement pour déterminer quels étaient ses besoins et prendre les bonnes décisions, sa compagne (Mme [...]), âgée de huitante-et-un ans, n'étant plus en mesure de s'en occuper. B.H. _____ a pour sa part indiqué que son père ne pouvait plus demeurer à domicile dès lors qu'il ne parvenait plus à organiser son emploi du temps

ni à prendre soin de lui, que son père ne parvenait lui-même plus à converser avec lui, qu'il était dans le déni de ses difficultés, qu'il avait besoin d'une aide permanente qui ne pouvait pas lui être fournie par Mme [...]; B.H._____ craignait qu'il reprenne sa consommation d'alcool, ayant tendance à boire avec les personnes qu'il rencontrait. Tout en convenant que le lieu de vie de leur père n'était pas à [...], les enfants de l'intéressé ont précisé que le risque de chute de celui-ci était omniprésent et qu'un retour à domicile était inenvisageable, ce dernier refusant toute collaboration, notamment l'intervention du CMS et eux-mêmes étant au bout de leurs possibilités.

Par ordonnance de mesures provisionnelles du 16 septembre 2015, la justice de paix a notamment confirmé le placement provisoire à des fins d'assistance de A.H._____.

Par arrêt du 12 octobre 2015, la Chambre des curatelles du Tribunal cantonal a admis le recours interjeté par A.H._____ contre cette ordonnance, la décision a été annulée et la cause renvoyée à l'autorité de protection pour instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants, le placement provisoire à des fins d'assistance de A.H._____ étant maintenu jusqu'à nouvelle décision de la justice de paix. Il résulte des considérants de cet arrêt que, si les conditions d'une prise en charge étaient réalisées, le contexte décrit n'apparaissait pas nécessiter que les soins adéquats soient administrés en milieu institutionnel, que A.H._____ était demandeur d'un suivi, était capable d'accomplir de manière autonome des actes de la vie quotidienne et pouvait accepter et collaborer relativement à des projets de soins et qu'un retour à domicile pouvait par conséquent être autorisé moyennant que l'intéressé soit accompagné de manière plus adaptée sur le plan médical et que des mesures ambulatoires obligatoires soient organisées, mais que la question devrait être immédiatement examinée par les autorités compétentes si l'intéressée ne devait pas suivre les modalités mises en place.

4. Par courrier du 27 octobre 2015, les Drs [...] et [...] ont indiqué à l'autorité de protection que A.H._____ ne pouvait présenter une

stabilité psychique qu'avec un cadre bien structuré, que son anosognosie faisait qu'il était susceptible de mettre en échec toutes les mesures ambulatoires et de s'exposer aux risques allant jusqu'à la mort par état de mal épileptique, qu'ils maintenaient que le patient devait être placé dans une institution adaptée telle qu'un EMS d'orientation psychiatrique et que les mesures ambulatoires n'étaient pas adéquates, le patient n'ayant pas conscience de ses troubles.

Le 28 octobre 2015, la justice de paix a procédé à l'audition de A.H._____, B.H._____ et F._____. Ces derniers ont notamment exposé que [...] leur avait dit que la situation de leur père était ingérable, qu'elle le considérait comme son client, que même avec l'intervention de cette dame leur père ne prenait pas ses médicaments, qu'il les mettait dans la bouche, les recrachait et les stockait à différents endroits de la maison, qu'il avait même accusé cette dame de le voler, qu'il était arrivé que [...] attende plusieurs heures dehors le retour de leur père, qu'il était initialement prévu qu'elle vienne trois nuits par semaine, mais qu'au vu du caractère ingérable de la situation, elle ne venait finalement plus qu'une fois par semaine. A l'issue de la séance, les comparants se sont accordés pour qu'un suivi ambulatoire beaucoup plus lourd et strict soit instauré pour pouvoir contrôler la situation.

Interpellée par l'autorité de protection, [...] a indiqué, par courrier du 11 novembre 2015, qu'elle avait suivi A.H._____ à domicile de novembre 2012 à juillet 2015, qu'il avait été prévu dans un premier temps qu'elle vienne trois par semaine, que A.H._____ avait insisté pour qu'elle vienne moins souvent, qu'elle avait très souvent dû attendre devant son domicile en raison de son absence, qu'il avait un problème « d'alcool social lié à son entourage », qu'à la fin de la prise en charge, elle allait le chercher en ville ou au bus car il avait de la peine à marcher en raison de son état, qu'il pouvait être agressif verbalement, que l'irrégularité de sa présence rendait son suivi difficile, qu'à la fin elle devait passer jusqu'à trois fois par semaine, qu'elle lui faisait ses repas, sa vaisselle et, parfois, du rangement et du nettoyage et que, s'il était autorisé à rentrer à domicile, il faudrait instaurer un cadre, ce qui n'était

pas évident en raison de son caractère. Elle a conclu son courrier comme suit :

« Evidemment, il promettra de suivre vos directives, mais combien de temps ? Ne supportant pas les contrôles, il faudra qu'il accepte un cadre qui ne sera pas trop astreignant pour lui. Sans aide, il n'y arrivera pas au vu de ses antécédents médicaux et de la péjoration de son état actuel après la dernière hospitalisation. Il aura besoin d'un soutien psychologique et de son entourage familial pour réussir son retour à domicile si cela se décide, car les défaillances cognitives sont importantes. »

Par courrier du 1^{er} décembre 2015, les Drs [...], [...] et [...], respectivement médecin associé, chef de clinique et médecin assistante sein du SUPAA, ont informé l'autorité de protection du retour de A.H._____ à son domicile le 26 novembre 2015. Par courrier du 4 décembre 2015, ces intervenants ont indiqué que durant son séjour dans le service, A.H._____ avait bénéficié du cadre structurant de l'hôpital, que son état était stable sur les plans psychiques et somatiques, qu'il présentait de façon continue et inchangée une anosognosie complète quant à ses troubles cognitifs ainsi que de sa situation, qu'ils avaient mis en place le suivi et les aides à domicile décidées par la justice de paix, mais qu'ils estimaient que le patient devrait être placé dans une institution adaptée telle qu'un EMS d'orientation psychiatrique, les mesures ambulatoires leur semblant insuffisantes dans cette situation.

Par courrier du 23 décembre 2015, les Drs [...] et [...], respectivement médecin général FMH et médecin assistante, ont signalé à la justice de paix que A.H._____ avait manqué un rendez-vous en date du 15 décembre 2015 et s'était présenté avec deux heures de retard à la consultation du jour, que cela rendait difficile un suivi médical régulier, qu'ils constataient une péjoration de son état de santé, vraisemblablement en raison d'une prise incomplète du traitement médicamenteux prescrit et d'un manque d'hydratation, que cela augmentait fortement le risque de chute et que le patient avait du mal à reconnaître les risques encourus pour sa santé et qu'ils étaient réservés sur le maintien à domicile dans des conditions de sécurité suffisantes.

Par courrier du 30 décembre 2015, le Dr [...], chef de clinique au SUPAA, a indiqué qu'après avoir constaté que A.H. _____ n'avait plus les ressources cognitives nécessaires pour mémoriser et planifier ses déplacements au CHUV, des consultations avaient été organisées à son domicile, que le suivi s'opérait depuis lors de manière satisfaisante, que le traitement pour le trouble affectif bipolaire était efficace et bien toléré, que le problème alcoolique était stable et sous contrôle relatif, ni lui-même ni le CMS n'ayant constaté de symptôme d'alcoolisation aiguë, que l'absence de reconnaissance de la problématique alcoolique et les troubles cognitifs rendaient chroniquement élevé le risque d'une consommation plus importante, que les conséquences d'une telle consommation pourraient être létales à très court terme, que les perspectives d'abstinence totale à domicile lui paraissaient très faibles, que le pronostic de la pathologie sur le plan cognitif était très défavorable à moyen terme, que certains comportements téméraires observés risquaient d'évoluer rapidement vers des mises en danger franches et inévitables malgré les différents suivis mis en place. En conclusion, ce médecin a appuyé les réserves émises par ses collègues quant au maintien à domicile du patient dans des conditions de sécurité satisfaisantes.

Par courrier du 31 décembre 2015, le CMS a signalé à la justice de paix que A.H. _____ avait été absent à une reprise, avait refusé d'ouvrir la porte à trois reprises et avait une fois modifié son semainier. A chacun de ces incidents, le traitement n'avait pas pu être correctement administré.

Par courrier du 7 janvier 2016, le Dr [...] a indiqué à la justice de paix qu'il n'avait pas pu rencontrer A.H. _____ le jour-même, celui-ci n'étant pas à son domicile alors que le CMS avait été chargé de lui rappeler le rendez-vous et que le CMS devait immédiatement prévenir les médecins lorsqu'ils ne pouvaient pas atteindre A.H. _____.

Le 13 janvier 2016, l'autorité de protection a procédé à l'audition de A.H. _____, B.H. _____ et F. _____. A.H. _____ a déclaré que les intervenants du CMS venaient deux fois par jour, sept jours par

semaine, qu'ils préparaient un semainier pour les médicaments, qu'une femme de ménage passait deux fois par semaine, que l'intéressé recevait également des repas, qu'il avait de bons rapports avec le CMS, qu'il buvait beaucoup de lait et ne consommait qu'un petit peu d'alcool, que les rendez-vous avec les Drs [...] et [...] se passaient bien et qu'il bénéficiait du soutien du CMS pour la douche et la toilette. B.H. _____ a pour sa part déclaré que son père ne mangeait quasiment plus, qu'il présentait des troubles de la mémoire, qu'il ne réceptionnait pas systématiquement les repas livrés par le CMS, qu'il avait perdu entre 4 et 5 kilos depuis le mois de novembre 2015, qu'il consommait régulièrement de l'alcool au bistrot, qu'il ne mangeait pas et se contentait de boire du lait, qu'il avait de la peine à prendre ses médicaments, qu'il refusait toute aide pour sa toilette et que de nombreuses bouteilles d'alcool vides se trouvaient à son domicile.

Par courrier du 13 janvier 2016 produit à l'audience du même jour, B.H. _____ et F. _____ ont demandé à l'autorité de protection l'hospitalisation et le placement en EMS de leur père dans les plus brefs délais. Ils ont notamment exposé que, depuis son retour à domicile à la fin du mois de novembre 2015, son état de santé s'était détérioré de manière préoccupante et que le suivi ambulatoire mis en œuvre avait échoué.

Par ordonnance de mesures provisionnelles du 13 janvier 2016, la justice de paix a ordonné les mesures ambulatoires suivantes à l'égard de A.H. _____ : suivi par le Dr [...], psychiatre, aussi souvent qu'il l'estimera nécessaire, suivi par le Dr [...], médecin traitant, aussi souvent qu'il l'estimera nécessaire, suivi par le CMS, préparation du semainier une fois par semaine, passage quotidien matin et soir de l'infirmière pour donner la médication, douches deux fois par semaine et repas livrés quotidiennement à domicile et dit qu'en cas de non-respect, par A.H. _____, des mesures ambulatoires prescrites ou s'il compromettrait de toute autre façon le traitement ambulatoire, un placement à des fins d'assistance provisoire pourrait être prononcé à titre de mesure de protection et invité les médecins à aviser l'autorité de protection en cas de

non-respect des mesures ambulatoires ou si une adaptation des instructions thérapeutiques devait intervenir.

5. Par courrier du 9 février 2016, [...] et [...], respectivement responsable et infirmière en psychiatrie pour le CMS, ont fait part à la justice de paix du fait que le placement en EMS de A.H. _____ était une nécessité, que celui-ci ne répondait souvent pas à la porte et ne tenait pas ses engagements vis-à-vis du CMS, qu'il refusait régulièrement les soins, qu'elles avait dû le faire hospitaliser la veille car il avait passé la nuit par terre à la suite d'une chute et présentait des signes de décompensation sur les plans physique et psychique et que, dans ces circonstances, le CMS ne pouvait plus assurer la sécurité de A.H. _____.

Par courrier du 16 février 2016, le Dr [...] a exposé que A.H. _____ avait été hospitalisé le 8 février 2016 pour une pathologie infectieuse aiguë ayant entraîné une défaillance respiratoire et circulatoire, son état symptomatique demeurant précaire, que, d'un point de vue médical la situation était stable par rapport à ses précédentes constatations, qu'il était toutefois apparu que la prise en charge ambulatoire était trop précaire et périlleuse pour le personnel du CMS, que si jusqu'alors la problématique du patient était principalement éthique - savoir si les risques élevés et chroniques devaient motiver un placement contre le gré du patient -, elle était à présent pratique, le CMS remettant en question sa participation à sa prise en charge, le patient n'étant pas capable de survenir seul à ses besoins et aucun autre intervenant ne pouvant assurer les prestations fournies par le CMS. Ce médecin a donc recommandé un placement à des fins d'assistance dans un EMS ayant une mission psychogériatrique compatible.

Par courrier du 17 février 2016, les Drs [...] et [...] se sont prononcés en faveur du placement à des fins d'assistance de A.H. _____, sa sécurité ne pouvant plus être assurée à domicile à la suite de plusieurs chutes notamment et ont préconisé un placement dans un établissement spécialisé en psycho-gériatrie.

Le 26 février 2016, le Dr [...], chef de clinique adjoint au Service de médecine interne – du Département de médecine du CHUV, a décidé du placement à des fins d'assistance médical de A.H._____.

Par ordonnance de mesures d'extrême urgence du 26 février 2016, le juge de paix a notamment ordonné provisoirement le placement à des fins d'assistance de A.H._____, à l'Hôpital de [...] ou dans tout autre établissement approprié.

Le 9 mars 2016, l'autorité de protection a procédé à l'audition de A.H._____ et B.H._____. A.H._____ a réfuté toute mise en danger ; il a toutefois admis être tombé à domicile et avoir été dans l'impossibilité de se relever. Il a déclaré qu'il souhaitait rentrer à la maison, qu'une personne pourrait venir s'occuper de lui, comme [...], et qu'il lui arrivait de s'absenter en connaissance de cause lorsqu'une visite du CMS était prévue. Interpellé quant à la possibilité d'intégrer un EMS, A.H._____ ne serait pas opposé : « il faudrait voir ». B.H._____ a exposé que, depuis le mois de janvier, il avait constaté cinq chutes de son père, en particulier deux où il avait passé la nuit par terre, la dernière chute ayant motivé son hospitalisation, que, depuis mi-janvier, l'état de santé de son père s'était encore dégradé pour les mêmes motifs que précédemment, que la mobilité était également moins bonne, que son père devait être motivé par les infirmières pour la mobilisation, que son père ne faisait pas intentionnellement échec aux mesures mises en place, mais qu'il n'avait plus la capacité de se projeter, qu'il faudrait quelqu'un à ses côtés en permanence, notamment pour l'aider à prendre ses médicaments ou ses repas ou pour s'habiller et se laver, que lui-même s'était rendu au domicile de son père tous les jours depuis le mois de novembre 2015, que son père n'avait pu rester à domicile que grâce à la mobilisation d'un grand nombre de personnes depuis plusieurs années et que la famille avait dépassé depuis longtemps tout ce qu'elle était en mesure de faire pour préserver son père. S'agissant de la possibilité d'une aide à domicile, B.H._____ a exposé qu'au vu de l'état de santé de son père et de ses limites, il était désormais impossible d'organiser un tel suivi, qu'il faudrait en effet trouver une personne qui prendrait en charge

son père en permanence (ménage, cuisine, soins, promenade, assistance, etc.), que son père pourrait vraisemblablement se permettre un tel engagement financier, mais pas sur la durée. Au cours de l'audience, la justice de paix a constaté que A.H._____ paraissait passablement diminué tant physiquement qu'intellectuellement.

Par courrier du 9 mars 2016, le Dr [...] a exposé à l'autorité de protection qu'il n'avait pas de solution à lui proposer hormis celle d'un placement de A.H._____ afin qu'il bénéficie d'une aide permanente.

Par ordonnance de mesures provisionnelles du 9 mars 2016, la justice de paix a notamment confirmé le placement provisoire à des fins d'assistance de A.H._____ au Service de médecine interne - Département de médecine du CHUV ou dans tout autre établissement approprié à son état de santé.

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

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.

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'expertisée 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

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

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. »

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.

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

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 m², 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.

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 LVPAE [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

aussi en deuxième instance (Steck, Basler Kommentar, Zivilgesetzbuch I, Art. 1-456, 5^e 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 LVPAE) 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 LVPAE). Selon les situations, le recours sera par conséquent réformatoire ou cassatoire (Guide pratique COPMA, n. 12.39, p. 290).

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, 1^{ère} 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,

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,

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 1^{er} 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.

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

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).

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 1^{er} 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 12 janvier 2016. Depuis lors, le recourant a dû être une nouvelle fois

hospitalisé, les mesures ambulatoires mises en place à la fin de l'année 2015 ayant échoué. Les solutions mises en place par le passé – soit, principalement, le CMS et le soutien de l'entourage – ont échoué et ne suffisent de toute façon plus au soutien du recourant qui a désormais besoin d'aide et de soins en permanence. Les Drs [...], [...] et [...], respectivement dans leurs courriers des 16 et 17 février 2016, ont préconisé le placement à des fins d'assistance du recourant, sa sécurité ne pouvant plus être assurée à domicile, en raison notamment de plusieurs chutes.

Le recourant soutient qu'il pourrait être assisté par une personne qui vivrait en permanence à domicile ; il a également fait état d'un contrat conclu avec [...] Sàrl. A l'audience du 23 juin 2016, la cour de céans a procédé à l'audition de V._____, dont le recourant affirme qu'elle pourrait venir à son domicile en permanence. Les affirmations de ce témoin doivent être appréciées avec réserve, dans la mesure où le témoin sera sans emploi à la fin du mois de juin 2016 et où la conclusion d'un contrat avec le recourant dépend du dispositif du présent arrêt. En outre, le témoin a indiqué qu'elle ne connaissait pas le cahier des charges de manière précise, qu'elle n'avait jamais visité le logement du recourant – où elle devrait s'établir –, et qu'aucune rémunération n'avait encore été convenue. Lors de la même audience, B.H._____ a souligné que la bipolarité du recourant posait des problèmes au niveau relationnel, que cela le rendait très difficile à supporter tant pour la famille que pour les tiers, a fortiori au quotidien et qu'au vu de la disposition des pièces de la maison, il y avait trop de promiscuité. Ces propos sont corroborés par le courrier du 11 novembre 2015 de [...], l'infirmière à domicile ayant suivi le recourant durant près de deux ans et demi ; celle-ci a notamment souligné le caractère difficile du recourant et son aversion pour les contrôles.

La solution proposée par le recourant ne peut ainsi pas être envisagée. Les problèmes relationnels dus à la maladie du recourant, le déni de ses difficultés, la promiscuité induite par la disposition de son logement et son besoin de repousser les cadres rendent la solution préconisée par le recourant impossible à mettre en place et, de toute

façon, pas envisageable sur le long terme. On relève à cet égard que, moins d'un mois après leur mise en place, les mesures ambulatoires instaurées à la suite du précédent arrêt de la cour de céans ont été mises en échec par le recourant. En outre, l'entourage du recourant, qui a jusqu'à présent été largement mis à contribution, semble épuisé. Enfin, force est de constater que les différents séjours en institution ont entraîné une amélioration de l'état de santé du recourant, le retour à domicile entraînant une péjoration ; il convient dès lors que le recourant puisse bénéficier d'un cadre de vie stable.

Au regard de ces éléments, il est évident que A.H._____ a besoin d'une assistance permanente et que le traitement nécessaire ne peut être fourni autrement que par un placement. Une mesure moins incisive n'entre pas en ligne de compte, vu le caractère général de l'assistance dont le recourant a besoin, l'échec passé des mesures ambulatoires et son absence de collaboration. S'agissant du lieu de vie, le placement a été prononcé au sein du Service de médecine interne - Département de médecine du CHUV ou dans tout autre établissement approprié. Il résulte de l'audition de ce jour du recourant qu'il est actuellement à l'EMS [...]. Ces structures sont en l'état adaptées aux besoins du recourant, la confirmation du placement pour une durée indéterminée par le présent arrêt devant permettre de trouver une structure médico-sociale plus adaptée à la situation du recourant à long terme, dans un établissement psycho-gériatrique, comme l'ont préconisé les Drs [...] dans leurs courriers des 16 et 17 février 2016.

La décision de placement à des fins d'assistance prise à l'égard du recourant ne prête par conséquent pas le flanc à la critique et le recours se révèle mal fondé.

4.

4.1 Le recours de A.H._____ doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

4.2 Les frais judiciaires de deuxième instance afférents à l'audition du témoin V._____, par 88 fr., doivent être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 106 al. 1 CPC, applicable par renvoi des art. 450f CC et 12 LVPAE). 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,

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 :