

CHAMBRE DES CURATELLES

Arrêt du 22 septembre 2020

Composition : Mme BENDANI, vice-présidente
Mmes Rouleau et Kühnlein, juges
Greffier : Mme Spitz

* * * * *

Art. 426 CC

La Chambre des curatelles du Tribunal cantonal prend séance pour statuer sur le recours interjeté par **A.Y.**_____, à [...], contre la décision rendue le 1^{er} septembre 2020 par le Juge de paix ad hoc du district de Nyon dans la cause le concernant.

Délibérant à huis clos, la Chambre voit :

En fait :

A. Par décision du 1^{er} septembre 2020, le Juge de paix ad hoc du district de Nyon (ci-après : le juge de paix) a rejeté l'appel déposé le 19 août 2020 par A.Y. _____ contre la décision de placement à des fins d'assistance prise le 18 août 2020 (I) et a laissé les frais de ladite décision à la charge de l'Etat (II).

En droit, le premier juge a considéré en substance que, bien qu'il bénéficiât d'un encadrement à domicile, l'intéressé ne disposait d'aucun suivi psychiatrique ou alcoologique. Il présentait une conscience très partielle de ses atteintes à sa santé, ainsi qu'un déni quant à la problématique de l'alcool et à ses conséquences sur sa santé, s'estimant en particulier en très bonne santé psychique alors que les médecins avaient diagnostiqué un vraisemblable syndrome de dépendance combiné à d'autres facteurs potentiels tels qu'une origine vasculaire et dégénérative entraînant des troubles cognitifs. Enfin, le premier juge a retenu qu'un retour à domicile en l'état entraînerait une mise en danger de la personne concernée.

B. Par acte du 14 septembre 2020, A.Y. _____ a recouru contre la décision précitée en concluant à la levée immédiate de son placement à des fins d'assistance. Il a en outre requis l'octroi de l'effet suspensif à son recours.

Par courrier du 16 septembre 2020, le juge de paix a renoncé à se déterminer sur le recours, se référant intégralement au contenu de sa décision du 1^{er} septembre 2020.

Par courrier du 16 septembre 2020 également, les Dres [...] et [...], respectivement médecin associée et médecin assistante à l'R. _____ (ci-après également : l'R. _____) ont sollicité la prolongation du placement à des fins d'assistance de A.Y. _____.

Par décision du 17 septembre 2020, la Juge déléguée de la Chambre de céans a rejeté la requête d'effet suspensif, respectivement d'exécution forcée.

La Chambre des curatelles a tenu une audience le 22 septembre 2020 et a entendu la personne concernée, ainsi que son épouse, B.Y. _____, en sa qualité de proche-aidante.

C. La Chambre retient les faits suivants :

1. Le 11 août 2020, A.Y. _____, né le [...] 1954, domicilié à [...], a été admis à l'Hôpital de [...] (ci-après également : [...]) en raison d'une baisse de l'état général avec déshydratation entraînant notamment des difficultés urinaires sévères et une importante péjoration psychique avec perte d'autonomie à domicile.

Jusqu'à son hospitalisation, A.Y. _____ vivait à domicile avec son épouse et bénéficiait d'un suivi ambulatoire, à savoir des visites du CMS - initialement à raison d'une fois par semaine, puis, plus récemment, d'une fois par jour en raison d'une tachycardie -, d'un suivi ergothérapeutique, ainsi que d'un suivi physiothérapeutique. L'équipe mobile de psychiatrie ([...]) intervenait également et c'est dans ce contexte que le Dr [...], a constaté, lors de son deuxième entretien avec l'intéressé, que A.Y. _____ ne mangeait plus, ne buvait plus, se déshydratait de manière rapide et inquiétante et ne bougeait pratiquement plus, raisons pour lesquelles il a préconisé son hospitalisation.

L'encadrement mis en place à domicile ne comprenait en revanche aucun suivi psychiatrique ou alcoolologique.

2. Le 18 août 2020, le Dr T. _____, médecin assistant à l'Hôpital de [...], supervisé par le Dr [...], médecin-chef co-responsable du service

de médecine interne de l'Hôpital de [...], a ordonné le placement à des fins d'assistance de A.Y._____, en raison de troubles psychiques. A l'appui de cette décision, les médecins susmentionnés ont indiqué que A.Y._____ n'était « pas capable de discernement concernant un retour à domicile actuellement dans un contexte de troubles dépressifs majeurs et d'un possible trouble de la personnalité », étant précisé qu'une évaluation avait été réalisée par la psychiatre de liaison.

3. Par acte du 19 août 2020, A.Y._____ a interjeté appel contre son placement à des fins d'assistance en concluant à sa levée immédiate.

4. Le 31 août 2020, la Dre J._____, spécialiste FMH en psychiatrie a déposé un rapport d'évaluation, dont la teneur est notamment la suivante :

« [...]

Sur le plan psychiatrique, Monsieur A.Y._____ est connu pour un trouble dépressif récurrent et des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, syndrome de dépendance.

Il aurait fait deux épisodes dépressifs importants en 2008 et 2009 déjà, à la suite du décès de ses parents.

Il aurait été hospitalisé à deux reprises. [...]

La seconde hospitalisation a eu lieu à [...] du 10 au 11 août 2016, en mode volontaire, pour mise à l'abri d'idées noires et sevrage d'alcool. [...]

Sur le plan somatique, il est suivi par le Dr [...], à [...]. Il est connu pour différents problèmes somatiques :

- hypertension artérielle traitée
- malnutrition protéino-énergétique sévère
- s/p alcalose métabolique hypochlorémique en 2020,
- crise convulsive avec menace d'état de mal épileptique en 2017
- rétention urinaire aiguë en 2017
- crise convulsive partielle complexe sur sevrage éthylique en 2016
- s/p anévrisme de l'aorte abdominale opérée par prothèse endovasculaire aorto-bifémorale en 2015 dans le cadre d'une maladie polyanévrismale.
- Tabagisme à 120 UPA
- Hypercholestérolémie
- Polyneuropathie d'origine toxique
- Léger syndrome obstructif et emphysème
- Gonarthrose bilatérale

Hospitalisation actuelle

Monsieur A.Y. _____ est donc hospitalisé le 11 août 2020 au [...] en raison d'une baisse de l'état général et une importante péjoration psychique depuis environ 1 mois avec perte d'autonomie à domicile.

Le facteur de crise avancé est le fait que sa femme s'est fracturé la malléole le 30 juin. Depuis, Monsieur A.Y. _____ aurait péjoré son moral, se sentant inutile, ne parvenant pas à aider son épouse.

[...]

Monsieur A.Y. _____ frappe par une attitude très passive et une discrétion qui confine au repli. Ainsi, il ne sait pas les médicaments qu'il prend, « je prends ce qu'on me dit, je fais confiance », il ne sait pas pourquoi il n'urinait plus ni quels traitements il a reçu au [...], il ne sait pas ce qu'il a eu aux genoux. Il dit être suivi par un médecin généraliste « pour les médicaments », mais ne connaît pas ses problèmes de santé, mis à part qu'il a été opéré de l'aorte et qu'il a des problèmes articulaires.

[...]

APPRECIATION

Il s'agit donc d'un homme de 66 ans connu pour un trouble dépressif récurrent et un syndrome de dépendance à l'alcool avec des antécédents de sevrage compliqué, suivi par l'équipe mobile de psychogériatrie et le CMS, hospitalisé le 11 août 2020 au [...] pour une baisse de l'état général avec déshydratation (ne mange plus, ne boit plus, ne bouge presque plus, apparition d'une tachycardie), transféré le 18 août 2020 en PLAFa médical à R. _____ en raison d'une thymie basse, d'une aboulie, d'une inappétence.

Il sera transféré du 21 au 25 août au [...] pour traitement d'une arthrite aiguë du genou.

Le traitement actuel consiste en : Anxiolit 4x15 mg/j (prévention des symptômes de sevrage alcoolique), Remeron soltabl 15mg/j (antidépresseur), Venalfaxine ER 37,5 mg/j (antidépresseur), Lyrica 50 mg/j (antiépileptique), ainsi qu'un traitement somatique ; Atorvastatine 10 mg/j, Fortimel chocolat 3x/j, Clopidogrel 75 mg/j, Nicorette patch TTS, Dafalgan 500mg 4x/j, Nexium mups 40 mg/j, Brufen 400mg 3x/j. Il a également en réserve de l'Anxiolit et de la Distraneurine.

Le cadre de soins actuel est un cadre en unité. Monsieur A.Y. _____ reçoit les visites de sa femme quotidiennement. Il est accompagné par un soignant pour aller fumer.

[...]

En conclusion, tenant compte de l'ensemble des éléments à notre disposition, nous mettons en évidence que Monsieur A.Y. _____ présente des troubles cognitifs débutants nécessitant des investigations plus approfondies de leurs caractéristiques et de leurs conséquences pour le quotidien. Ces troubles ont vraisemblablement une origine toxique due à une consommation régulière et importante d'alcool, de longue date dans le cadre de son syndrome de dépendance, combinée à d'autres facteurs potentiels tels qu'une origine vasculaire et dégénérative.

Il présente une conscience très partielle de ses atteintes à sa santé et un déni quant à la problématique de l'alcool et à ses conséquences sur sa santé.

[...]

Des investigations supplémentaires sont nécessaires pour optimiser le retour à domicile et compléter le réseau ambulatoire ou le renforcer. Il faut aussi observer un temps d'adaptation après les changements en cours du traitement médicamenteux, pour voir si ces modifications sont bien supportées. Enfin, Monsieur A.Y. _____ présente encore des perturbations métaboliques et elles doivent pouvoir être surveillées de près pendant la phase de renutrition.

Nous estimons que Monsieur A.Y. _____ a encore besoin, pour le moment, des soins hospitaliers. Il ne présente pas, pour le moment, un état stable.

S'il devait rentrer à domicile maintenant, il est à risque de se mettre en danger, en chutant par exemples (il prend un fort traitement anticoagulant à cause de l'opération de l'aorte et une chute représente un risque hémorragique important), en se hydratant et s'alimentant pas correctement. La reprise d'une consommation d'alcool est également à même d'aggraver les troubles cognitifs et les difficultés à la marche. De plus, l'alcool a un effet dépressiogène.

[...] ».

5. Le 1^{er} septembre 2020, le juge de paix a procédé à l'audition de A.Y. _____. A cette occasion, l'intéressé a confirmé qu'il s'opposait au placement, indiquant qu'il n'avait rien à faire à R. _____, ses problèmes de santé ne justifiant pas un placement médical. Son conseil a ajouté que rien dans le rapport d'expertise ne justifiait un placement à R. _____, l'enfermement dans un tel milieu pouvant avoir de lourdes conséquences pour son client, dont la prise en charge à domicile serait suffisamment assurée par l'encadrement actuel. A.Y. _____ a expliqué qu'il n'avait plus l'usage de ses jambes et qu'il estimait ne pas avoir spécialement besoin de soins à la maison. Il a ajouté qu'il se considérait en très bonne santé psychique et, s'il a admis avoir eu un problème d'alcool quelques années auparavant, celui-ci était à ce jour réglé.

Par courrier du 16 septembre 2020, les Dres [...] et [...], respectivement médecin associée et médecin assistante à l'R. _____, ont sollicité la prolongation du placement à des fins d'assistance de A.Y. _____ en alléguant que l'état psychiatrique actuel de l'intéressé justifiait une demande de prolongation de son placement à des fins d'assistance. Elles ont notamment fait état de ce qui suit :

« [...]

Sur le plan psychiatrique, nous sommes à l'admission face à un patient qui présente une aboulie, une apathie, un langage pauvre, une désorganisation

au niveau comportemental [...], des troubles de l'attention et de la concentration et dont l'anamnèse est très peu contributive, le patient ne comprenant pas les motifs qui auraient motivé son transfert et niant avoir des symptômes dépressifs. A noter également que le patient aurait perdu environ 10 kg en un mois suite à une inappétence et à un manque d'élan pour se faire à manger.

Nous avons retenu un épisode dépressif sévère (diagnostic différentiel à faire avec des symptômes dépressifs liés à la démence ou des symptômes comportement et psychologiques liés à la démence) et nous avons contacté le Dr [...], psychiatre à l'équipe mobile de psychogériatrie, qui avait rencontré le patient à deux occasions avant son admission au GHOL et qui nous a confirmé une suspicion diagnostique d'épisode dépressif sévère. [...]

Pour ce qui concerne la consommation d'alcool, le patient présente une consommation actuelle d'environ 56 unités d'alcool par semaine (une bouteille de whisky tous les deux jours environ). Nous avons mis en place un traitement substitutif par Oxatépam, que nous avons diminué progressivement jusqu'à son arrêt définitif. A noter que le patient a des antécédents de crises convulsives sous sevrage alcoolique (en 2016, 2017, 2018 et 2019), raison pour laquelle nous avons fait une diminution très lente et progressive. [...]

Le patient présente actuellement une thymie neutre, mais les éléments d'aboulie et d'apathie décrits ci-dessus persistent. Le patient a retrouvé une amélioration de son appétit, qui reste néanmoins encore faible. Nous pensons qu'une hospitalisation en milieu psychogériatrique s'avère toujours nécessaire.

[...]

Du point de vue neurologique, le patient est connu pour des crises convulsives sous sevrage alcoolique et présentait à l'admission un traitement anti-épileptique par Topiramate à une dose de 25 mg. A noter que le patient est également connu pour une polyneuropathie périphérique toxique sous consommation d'alcool sous traitement par Prégabaline. La Prégabaline ayant une fonction également anti-épileptique, nous avons décidé de simplifier la médication en arrêtant le Topiramate et en augmentant la Prégabaline à 100 mg par jour en deux prises. Le patient est connu pour des troubles de la marche et de l'équilibre d'origine multifactorielle (entre autres facteurs, consommation d'alcool, polyneuropathie périphérique et dénutrition). Depuis son arrivée dans notre service, il a présenté plusieurs chutes sans conséquence clinique. Nous avons mis en place des séances de physiothérapie durant son hospitalisation pour amélioration de la marche.

Le 11.09.2020, trois jours après l'arrêt définitif de l'Oxazépam d'office, le patient a présenté une première crise convulsive le matin objectivée par l'équipe infirmière, suite à laquelle il a reçu 500 mg de Lévétiracétam. Selon l'épouse du patient, il aurait plus tard dans la matinée présenté deux nouvelles crises tonico-cloniques, et vers midi il a présenté une nouvelle crise objectivée par le médecin. Le patient a reçu 1 mg de Clonazépam intra-musculaire et a été adressé aux urgences de l'Hôpital de [...] ([...]).

Du point de vue orthopédique, le patient est connu pour une goutte. Deux jours après son admission, il a présenté une gonalgie bilatérale aiguë, que nous avons traitée de manière conservatrice dans un premier temps avec du Paracetamol. Le patient présentant un état fébrile avec des tremblements (diagnostic différentiel bactériémie versus symptômes de sevrage), la CRP étant à > 200 et le prélèvement du liquide synovial étant légèrement trouble, nous avons décidé de transférer le patient en soins aigus au GHOL pour suspicion d'arthrite d'origine bactérienne. La culture

est finalement revenue négative pour toute bactérie et le patient nous a été réadressé 4 jours après avec une suspicion de nouvelle crise de goutte. Le patient a également été traité par Co-Amoxicilline pour une suspicion de dermo-hypodermite de la jambe.

Du point de vue nutritif, nous avons retenu une dénutrition sévère et nous avons demandé un bilan nutritionnel à la diététicienne de notre unité, qui a estimé nécessaire la mise en place de substituts nutritifs oraux (type Fortimel) jusqu'à 3x/j.

[...]

Nous avons eu plusieurs contacts (sic) avec l'épouse du patient, qui s'opposait à la mesure du PLAFA ainsi qu'à l'hospitalisation du patient et qui ne semblait pas comprendre la gravité de la situation de son mari.

Le 11.09.2020, avant le transfert du patient, nous avons fait un entretien de réseau avec le Dr [...], le CMS, les fils du patient, l'épouse du patient et le patient, lors duquel nous avons discuté de la suite de l'hospitalisation du patient. Les fils du patient souhaiteraient que leur père puisse rester dans un environnement protégé où il maintienne son abstinence à l'alcool pour éviter une dégradation encore plus importante de son état général, mais comprennent que ceci irait à l'encontre avec ce que leur père et leur belle-mère souhaiteraient. Nous avons pris la décision de laisser à la famille du patient de réfléchir sur le projet post-hospitalier du patient et nous avons convoqué un nouvel entretien de réseau le 29.09.2020 pour continuer cette discussion.

L'état physique et psychique du patient restant fragile, nous croyons qu'il serait nécessaire de prolonger la mesure de PLAFA. »

6. Lors de l'audience du 22 septembre 2020, A.Y. _____ s'est présenté en chaise roulante. Il a indiqué qu'il se trouvait à l'R. _____ depuis une dizaine de jours et que cela se passait bien pour lui là-bas. Il a déclaré qu'à R. _____ il était en mesure de se déplacer en marchant avec des cannes. Il a expliqué qu'avant son hospitalisation, une infirmière venait à domicile deux à trois fois par semaine pour lui préparer ses médicaments et lui faire sa pique si nécessaire. Il n'avait en revanche aucun suivi psychiatrique. Il s'est montré confus sur le rôle du Dr [...] et la nature de son suivi auprès de ce médecin. S'agissant de ses problèmes d'alcool, il a déclaré qu'ils dataient de plusieurs années, à savoir de 5 ou 6 ans auparavant et que sa consommation était désormais normale, à savoir un verre de vin avec son repas, à midi et le soir, tous les jours, ainsi qu'un apéritif au whisky, mais pas tous les jours. Il a également affirmé qu'il n'avait actuellement plus de symptômes dépressifs - ceux-ci datant également du décès de ses parents - et n'avoir aucun autre problème de santé. A sa connaissance, il n'était tombé qu'une fois à R. _____. Quant à son épouse, B.Y. _____, elle a admis qu'avant son hospitalisation,

A.Y._____ était déshydraté, qu'il avait cessé de se nourrir, et s'était replié sur lui-même car il se sentait inutile. Elle s'occupait elle-même des repas et le CMS passait tous les jours. Elle a exposé que leur maison était spécialement conçue pour des déplacements en chaise roulante et qu'ils disposaient de tous les équipements nécessaires (fauteuil roulant électrique, déambulateurs, lit médicalisé, barres dans les salles-de-bains, etc.). Elle a précisé qu'elle était tout le temps à la maison, qu'elle avait contacté une agence de placement pour engager une aide à domicile en vue du retour de son mari et qu'ils étaient bien entourés (famille, amis, etc.). Elle s'est déclarée favorable à un retour à domicile, précisant que s'il devait à nouveau y avoir un épisode de dégradation de son état de santé, elle emmènerait son mari au restaurant afin qu'il mange, ce qu'il apprécie tout particulièrement. Elle a confirmé les diagnostics d'alcoolisme et de dépression, mais estime qu'ils ne sont pas graves au point que son mari soit « enfermé ». De manière générale, elle n'est pas opposée à une hospitalisation, pour autant qu'elle soit nécessaire et limitée dans le temps. Elle pense que l'hospitalisation actuelle a été bénéfique à A.Y._____, mais estime qu'elle deviendrait négative si elle devait se prolonger.

En droit :

1.

1.1 Le recours est dirigé contre une décision du juge de paix statuant sur un appel au juge, au sens de l'art. 439 al. 1 ch. 1 CC, formé par la personne faisant l'objet d'un placement à des fins d'assistance (art. 426 CC) ordonné par un médecin (art. 429 al. 1 CC).

Les dispositions régissant la procédure devant l'instance judiciaire de recours sont applicables par analogie (art. 439 al. 3 CC).

1.2 Contre une telle décision, le recours de l'art. 450 CC est ouvert à la Chambre des curatelles (art. 8 LVPAE [Loi du 29 mai 2012 d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant ;

BLV 211.255] et 76 al. 2 LOJV [Loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; BLV 173.01) dans les dix jours dès la notification de la décision (art. 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 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'enfant, Guide pratique COPMA 2017 [cité : Guide pratique COPMA 2017], n. 5.83, p. 181 ; Meier, Droit de la protection de l'adulte [cité : Meier, PAE], 2016, n. 276, p. 142).

L'art. 446 al. 1 CC prévoit que l'autorité de protection établit les faits d'office. Compte tenu du renvoi de l'art. 450f CC aux règles du CPC (Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272), l'art. 229 al. 3 CPC est applicable devant cette autorité, de sorte que les faits et moyens de preuve nouveaux sont admis jusqu'aux délibérations. Cela vaut aussi en deuxième instance (Droese/Steck, Basler Kommentar, ZGB I, 6^e éd., 2018, n. 7 ad art. 450a CC, p. 2827, et les auteurs cités).

1.3 Interjeté en temps utile par la personne concernée, le recours est recevable.

2.

2.1

2.1.1 La Chambre des curatelles, qui n'est pas tenue par les moyens et les conclusions des parties, examine d'office si la décision est affectée de vices d'ordre formel.

Aux termes de l'art. 439 al. 1 ch. 1 CC, la personne concernée ou l'un de ses proches peut en appeler par écrit au juge, notamment en cas de placement ordonné par un médecin. Dans le canton de Vaud, le juge de paix du domicile de la personne concernée ou celui du lieu de l'établissement où la personne est placée ou libérée connaît des appels au sens de l'art. 439 CC (art. 10 et 25 LVPAE).

Il découle de l'art. 447 al. 2 CC qu'en cas de placement à des fins d'assistance, la personne concernée doit en général être entendue par l'autorité de protection de l'adulte réunie en collège. La loi réserve ainsi des exceptions à l'audition, par exemple pour des motifs médicaux dirimants (Meier, PAE, op. cit., n. 1327, p. 639). Il n'y a toutefois pas lieu d'appliquer, même par analogie, cette disposition dans les cas où le juge désigné par le droit cantonal pour statuer sur les appels, au sens de l'art. 439 CC, est un juge unique. Ceci peut se justifier notamment par le fait que le placement à des fins d'assistance ordonné par un médecin est d'une durée maximale de six semaines (art. 429 al. 1 CC et 9 LVPAE) et qu'il est ainsi concevable que la compétence et la procédure soient différentes des cas où cette mesure est ordonnée par l'autorité de protection de l'adulte. Le principe de la force dérogatoire du droit fédéral n'empêche dès lors pas les cantons de prévoir que le « juge » de l'art. 439 CC soit un juge unique, comme le fait notamment le droit valaisan (Guillod, Commentaire du droit de la famille [cité : CommFam], Protection de l'adulte, Berne 2013, n. 11 ad art. 439 CC, p. 783) ou le droit vaudois (art. 10 LVPAE).

L'art. 450e al. 4 1^{ère} phr. CC prévoit que l'instance judiciaire de recours, en règle générale réunie en collège, procède à l'audition de la personne concernée.

2.1.2 En l'espèce, A.Y._____ a été entendu par le juge de paix en charge du dossier le 1^{er} septembre 2020, puis par la Chambre de céans réunie en collège le 22 septembre 2020, de sorte que son droit d'être entendu a été respecté.

2.2

2.2.1 En cas de troubles psychiques, la décision relative à un placement à des fins d'assistance doit être prise sur la base d'un rapport d'expertise (art. 450e al. 3 CC, applicable par analogie par renvoi de l'art. 439 al. 3 CC). Si cette exigence est émise dans le sous-chapitre II intitulé « Devant l'instance judiciaire de recours », il faut considérer qu'elle ne vaut qu'à l'égard de la première autorité judiciaire compétente, à savoir l'autorité de protection elle-même (JdT 2013 III 38). 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 (Droit de la protection de l'adulte, Guide pratique COPMA 2012 [cité : Guide pratique COPMA 2012], n. 12.21, p. 286 ; Droese/Steck, Basler Kommentar, op. cit., n. 18 ad art. 450e CC, p. 2830). L'expert doit être indépendant et ne pas s'être déjà prononcé sur la maladie de l'intéressé dans une même procédure (Guillod, CommFam, op. cit., n. 40 ad art. 439 CC, p. 789 ; 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).

2.2.2 La décision entreprise se fonde sur le rapport d'expertise établi le 31 août 2020 par la Dre J._____, psychiatre à [...]. Ce rapport a été établi dans le cadre de la présente procédure par une spécialiste dans le domaine de la psychiatrie et de la psychothérapie. Emanant d'une experte indépendante et répondant aux questions de la nécessité du placement, il suffit à l'appréciation de la cause. Le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il plaide qu'il ne s'agit que d'un avis médical et non d'une expertise, cet argument n'étant d'ailleurs pas étayé.

La décision entreprise est formellement correcte et peut être examinée sur le fond.

3.

3.1 Le recourant conteste son hospitalisation. Il explique en substance qu'il ne saurait être retenu à l'hôpital contre son gré pour des raisons somatiques, que, contrairement à ce qui a été retenu par le premier juge, il bénéficiait d'un suivi à domicile et enfin que la nécessité d'investigations supplémentaires ne saurait justifier un placement.

3.2 En vertu de l'art. 426 CC, une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière (al. 1). Il y a lieu de tenir compte de la charge que la personne concernée représente pour ses proches et pour des tiers, ainsi que de leur protection (al. 2), et la personne concernée doit être libérée dès que les conditions du placement ne sont plus remplies (al. 3). La notion de troubles psychiques 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, PAE, op. cit., n. 1191, p. 577 ; Guide pratique COPMA 2012, n. 10.6, p. 245).

La loi exige la réalisation de trois conditions cumulatives, à savoir une cause de placement (troubles psychiques, déficience mentale ou grave état d'abandon), un besoin d'assistance ou de traitement ne pouvant être fourni autrement et l'existence d'une institution appropriée permettant de satisfaire les besoins d'assistance de la personne placée ou de lui apporter le traitement nécessaire (Meier, PAE, op. cit., n. 1189, p. 576).

Ainsi, le placement à des fins d'assistance ne peut être décidé que si, en raison de l'une des causes mentionnées de manière exhaustive à l'art. 426 CC, l'intéressé a besoin d'une assistance personnelle, c'est-à-dire présente un état qui exige qu'une aide lui soit fournie, souvent sous la forme d'un traitement médical, que des soins lui soient donnés et qu'une protection au sens étroit lui soit assurée (ATF 134 III 289, JdT 2009 I 156 ;

Steinauer/Fountoulakis, Droit des personnes physiques et de la protection de l'adulte, Berne 2014, n. 1365, p. 596). Il faut encore que la protection nécessaire ne puisse être réalisée autrement que par une mesure de placement à des fins d'assistance, c'est-à-dire que d'autres mesures, telles que l'aide de l'entourage, l'aide sociale ou un traitement ambulatoire, aient été ou paraissent d'emblée inefficaces (Steinauer/Fountoulakis, op. cit., n. 1366, p. 596 ; Message du Conseil fédéral du 17 août 1977 à l'appui de la révision du Code civil suisse [privation de liberté à des fins d'assistance], FF 1977 III 28-29 ; JdT 2005 III 51 consid. 3a). Il s'agit là de l'application du principe de proportionnalité, qui exige que les actes étatiques soient propres à atteindre le but visé, justifiés par un intérêt public prépondérant, et qu'ils soient à la fois nécessaires et raisonnables pour les personnes concernées. La mesure doit être considérée comme une *ultima ratio*, toutes les mesures alternatives portant une atteinte moins importante à la situation juridique de l'intéressé, devant être examinées (Meier, PAE, op. cit., n. 1199, p. 581 ; Guide pratique COPMA 2012, 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 1^{er} octobre 2008 consid. 3).

Le placement à des fins d'assistance ordonné par un médecin ne peut dépasser six semaines (art. 429 al. 1 CC et 9 LVPAE) et prend fin au plus tard au terme de ce délai, à moins que l'autorité de protection de l'adulte ne le prolonge par une mesure exécutoire (art. 429 al. 2 CC). La décision de libérer la personne placée appartient à l'institution (art. 429 al. 3 CC). En l'espèce, la prolongation du placement de A.Y._____ a été requise le 16 septembre 2020 par deux médecins de l'R._____.

3.3 Le recourant est âgé de 66 ans, il est marié. Il est hospitalisé depuis le 11 août 2020 et a été transféré du service de médecine interne du [...] de [...] à l'R._____ le 18 août 2020. Sur la décision de placement médical, il est indiqué que le recourant a été évalué par la psychiatre de

liaison et qu'il n'est pas capable de discernement concernant un retour à domicile dans un contexte de troubles dépressifs majeurs et d'un possible trouble de la personnalité. Le recourant dit vouloir retourner chez lui, dans son cadre, auprès de son épouse, et de ses deux chiens. Le recourant est connu pour un trouble dépressif récurrent et des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool. Il est dépendant, ayant perdu le contrôle de ses consommations en 2010. Il a déjà été hospitalisé, à [...], puis à [...] en 2016 en mode volontaire pour mise à l'abri d'idées suicidaires et sevrage, étant précisé que les risques liés à un sevrage sont importants chez lui car il fait des crises d'épilepsie et des pics hypertensifs. Il est exact que le recourant bénéficie d'un suivi ambulatoire à savoir des visites du CMS une fois par semaine, puis une fois par jour avant son hospitalisation en raison d'une tachycardie, un suivi ergothérapeutique ainsi qu'un suivi physiothérapeutique. Ni le recourant ni son épouse n'ont pu confirmer l'intervention régulière de l'équipe mobile de psychiatrie ([...]) et l'hospitalisation a été décidée avec le Dr [...], au motif que le recourant ne mangeait plus, ne buvait plus, se déshydratait de manière rapide et inquiétante et ne bougeait pratiquement plus. Les problèmes somatiques sont multiples et énumérés dans le rapport d'expertise de la Dre J._____ (cf. consid. C.4. ci-dessus). C'est au moment de son hospitalisation pour prise en charge somatique et au vu de son état général qu'une évaluation psychiatrique a été demandée et que le transfert sous placement médical à l'R._____ a été ordonné. Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'est pas placé pour traitement de troubles somatiques, mais bien en raison de ses troubles psychiques tels que décrits dans l'expertise. Le recourant reproche au médecin, respectivement au premier juge, d'avoir retenu comme cause du placement un besoin d'investigation. Or, s'il ressort effectivement que les troubles cognitifs du recourant doivent encore être investigués, on comprend qu'il s'agit d'optimiser sa prise en charge, cas échéant à domicile, et qu'avant cela, le recourant, qui est dans le déni massif de ses difficultés, ne peut pas être suffisamment autonome pour rester à domicile sans se mettre en danger. Le recourant estime que les soins nécessaires pourraient lui être prodigués à domicile, notamment par son épouse et le CMS. Les mesures ambulatoires qui prévalaient jusqu'à son hospitalisation

se sont pourtant avérées insuffisantes, puisqu'elles n'ont pas pu empêcher que son état de santé se dégrade de manière significative avant qu'une prise en charge adéquate ait pu être mise en œuvre. Au demeurant, il apparaît que tant le recourant que son épouse sont dans le déni complet de la gravité de son état de santé aussi bien psychologique que somatique. Tel est notamment le cas s'agissant de ses troubles dépressifs et de ses problèmes de dépendance à l'alcool qu'ils considèrent tous deux comme anciens, alors qu'ils étaient encore manifestement bien présents au cours des semaines qui ont précédé son admission en milieu hospitalier. Il en va de même des risques de chute, lesquels pourraient avoir de graves conséquences en lien avec la médication qui lui est administrée. Les propos de B.Y. _____, qui s'estime en mesure d'assurer la prise en charge à domicile du recourant et, le cas échéant, de solliciter une nouvelle hospitalisation en cas de dégradation de l'état de santé de son époux, doivent à cet égard être accueillis avec retenue, au vu des événements récents, en particulier du fait que l'hospitalisation ait finalement été initiée par le Dr [...] et non par ses soins. A l'audience, elle a d'ailleurs déclaré que si la situation devait à nouveau se présenter, elle emmènerait son mari au restaurant car c'est une activité qu'il apprécie et qui l'incite à s'alimenter. Aucun élément ne permet à ce stade d'exclure que la situation préoccupante qui a nécessité l'hospitalisation du recourant se reproduise en cas de retour à la maison. Quoi qu'il en soit, compte tenu des avis convaincants des différents professionnels qui sont intervenus en faveur du recourant depuis le mois d'août, un retour à domicile est en l'état contre-indiqué, une prise en charge institutionnelle étant indispensable pour définir les besoins thérapeutiques du recourant et mettre en œuvre un suivi adéquat, qui tienne compte de sa situation aussi bien au niveau somatique que psychologique. L'opportunité d'un retour à domicile, et donc de lui permettre de bénéficier de soins ambulatoires, devra en revanche être examinée dans le cadre de la prolongation de son placement, d'ores et déjà requise. On soulignera encore que, contrairement à ce que soutient le recourant, l'expertise mentionne expressément quels seraient les risques en cas de retour à domicile, à savoir un risque de chute et par voie de conséquence d'hémorragie en raison de son opération de l'aorte, ainsi qu'un risque de

déshydratation et de dénutrition comme par le passé. La reprise d'une consommation d'alcool serait susceptible également de le mettre en danger.

Enfin, le recourant soutient qu'il aurait besoin de soins somatiques qui ne lui seraient pas prodigués à l'R._____. La demande de prolongation de placement du 16 septembre 2020 décrit de manière détaillée les différents traitements administrés au recourant depuis son admission (cf. consid. C. 5. ci-dessus), notamment en lien avec ses problèmes neurologiques, orthopédiques et nutritifs, lesquels ne prêtent, à tout le moins du point de vue profane, pas le flanc à la critique.

4. En conclusion, le recours de A.Y._____ doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Le présent arrêt peut être rendu sans frais judiciaires de deuxième instance (art. 74a al. 4 TFJC [tarif du 28 septembre 2010 des frais judiciaires civils ; BLV 270.11.5]).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision est confirmée.
- III.** L'arrêt, rendu sans frais judiciaires de deuxième instance, est exécutoire.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Urs Saal (pour A.Y. _____),

et communiqué à :

- M. le Juge de paix ad hoc du district de Nyon,
- R. _____, Direction médicale,

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 :