

CHAMBRE DES CURATELLES

Arrêt du 23 février 2023

Composition : Mme ROULEAU, présidente
Mmes Fonjallaz et Kühnlein, juges
Greffier : M. Grob

Art. 426 et 445 al. 1 CC

La Chambre des curatelles du Tribunal cantonal prend séance pour statuer sur le recours interjeté par **D.**_____, à [...], contre l'ordonnance de mesures provisionnelles rendue le 26 janvier 2023 par la Justice de paix de district de Lausanne dans la cause la concernant.

Délibérant à huis clos, la Chambre voit :

En fait :

A. Par ordonnance de mesures provisionnelles du 26 janvier 2023, motivée le 6 février 2023, la Justice de paix du district de Lausanne (ci-après : la justice de paix ou les premiers juges) a poursuivi l'enquête en placement à des fins d'assistance diligentée en faveur d'D._____ (I), confirmé le placement provisoire à des fins d'assistance de l'intéressée à l'Hôpital de Z._____ ou dans tout autre établissement approprié (II), délégué aux médecins dudit hôpital la compétence de lever le placement provisoire et invité ceux-ci à informer immédiatement l'autorité en cas de levée de la mesure (III), invité ces médecins à faire rapport sur l'évolution de la situation d'D._____ et à formuler toute proposition utile quant à sa prise en charge, dans un délai de cinq mois dès réception de l'ordonnance (IV), dit que les frais de l'ordonnance suivaient le sort de la cause (V) et déclaré l'ordonnance immédiatement exécutoire, nonobstant recours (VI).

En droit, la justice de paix a retenu qu'à la suite d'un signalement du médecin traitant d'D._____, celle-ci avait été placée provisoirement à des fins d'assistance par prononcé d'extrême urgence du 5 janvier 2023 en raison de la dégradation de sa situation, de son opposition aux soins et à la prise en charge médico-sociale à son domicile ainsi que de ses comportements à risques, dans un contexte de banalisation et de minimisation de ces derniers. Dans la mesure où l'état de santé de l'intéressée restait fragile au vu des nombreuses comorbidités qu'elle présentait, où elle ne semblait pas consciente que son attitude oppositionnelle, en particulier son refus de médication, représentait des risques pour sa santé, où elle avait déjà été hospitalisée à trois reprises pour des problématiques sensiblement identiques et où il y avait tout lieu de craindre qu'en cas de retour à domicile, sa situation ne se péjore à nouveau et de manière importante, il se justifiait de poursuivre l'enquête et de maintenir le placement provisoire à des fins d'assistance mis en place.

B. Par acte du 17 février 2023, D._____ (ci-après : la recourante) a recouru contre l'ordonnance précitée, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité précédente pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Invitée à prendre position, la justice de paix, par courrier du 20 février 2023, a renoncé à se déterminer en se référant intégralement au contenu de son ordonnance.

Le 23 février 2023, la Chambre de céans a entendu la recourante, assistée de son conseil, ainsi que la curatrice de celle-ci.

C. La Chambre retient les faits suivants :

1. La recourante, née le [...] 1934, veuve, vit seule dans un appartement à [...]. Elle a trois enfants, [...], [...] et [...].

2. La recourante a séjourné à l'Hôpital de Z._____ du 6 octobre au 21 décembre 2020 en raison de troubles du comportement. Dans le rapport relatif à ce séjour établi le 4 janvier 2021, les Dres [...] et [...], respectivement médecin cadre hospitalier et médecin assistante au Service Universitaire de Psychiatrie de l'Age avancé du CHUV (ci-après : SUPAA), ont en particulier exposé ce qui suit :

« Diagnostics - Antécédents - Interventions

Diagnostic principal

- Autres troubles organiques de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux [ICD-10 / F07.8]

Diagnostic(s) secondaire(s) / comorbidité(s) active(s)

- Tabagisme actif 30 UPA
- Hypothyroïdie substituée
- Cardiopathie ischémique et rythmique avec, flutter auriculaire thermoablaté en 2017 et infarctus du myocarde en 2006 avec pose de stent en 2010 et double pontage aortocoronarien en 2014
- Démence de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte [ICD-10 / F00.2], Trouble neurocognitif majeur d'étiologie

mixte, neurodégénérative sur probable maladie d'Alzheimer avec composant vasculaire.

- Consommation éthylique régulière (1 verre de vin/jour)

[...]

Rappel anamnestique

Patiente adressée par le médecin de garde, contacté par l'équipe du CMS et son mari, en raison de troubles du comportement en aggravation progressive. En effet, le mari et l'équipe du CMS constatent un mutisme de plus en plus présent, rendant difficile la prise en charge, avec négligence de son état et refus des soins proposés par le CMS. De plus, D. _____ s'approcherait régulièrement de la fenêtre, sans expliquer pourquoi, inquiétant l'entourage face à d'éventuelles idées suicidaires. A noter que D. _____ a été hospitalisée en psychogériatrie dans l'unité [...] du 06.08 au 11.09.20 pour la même symptomatologie, en lien avec des SCPD [Réd. symptômes comportementaux et psychologiques de la démence] sur une démence probablement d'origine mixte. L'entourage relevait des troubles du comportement avec mises en danger (binge drinking, fumerait dans le lit, alimentation aléatoire et non équilibrée, clinophilie, oppositions aux soins du CMS, agressivité verbale), évoluant depuis un an, chez une patiente ne sortant plus du domicile. [...] le bilan neuropsychologique retrouvait un déficit en mémoire épisodique antérograde verbale, une légère désorientation temporelle, un dysfonctionnement exécutif cognitif et sur le plan comportemental, une fatigabilité, un léger manque du mot, ainsi que de légères difficultés en mémoire rétrograde autobiographique. Le séjour est marqué par des difficultés de collaboration (à plusieurs fois fumé dans sa chambre, recrachait les médicaments). Un traitement par Sertraline et Distraneurin est alors introduit. Finalement, le mari réclame une sortie, bien que D. _____ ne semblait pas totalement stable sur le plan psychique. Dès son retour à domicile, les troubles du comportement se seraient aggravés, malgré un suivi par l'Equipe Mobile de Psychogériatrie (EMPAA).

[...]

Status à l'entrée

Patiente alitée, à l'hygiène et à la tenue correctes. Elle est calme mais peu collaborante. L'orientation spatiale semble conservée, mais l'orientation temporelle est non évaluable. Le contact est difficile, réticent, avec un mutisme progressif, rendant impossible la poursuite de l'entretien, D. _____ ne souhaitant plus répondre à nos questions et l'échange restant unidirectionnel. Le discours est pauvre et peu informatif, les réponses étant initialement brèves mais semblant cohérentes. Elle évoque ne pas comprendre les raisons de son hospitalisation et justifie sa présence par un souhait de son mari, qu'elle juge non adapté. En effet, elle ne verbalise pas d'anxiété, ni de tristesse et décrit une humeur stable et conservée. Elle souhaite ne pas répondre lorsque nous la questionnons sur d'éventuelles idées de mort ou de suicide.

Le négativisme fonctionnel et le mutisme électif rendent difficile l'évaluation du contenu de la pensée. Pas d'hallucinations objectivées durant l'entretien.

Synthèse - Discussion et évolution

[...]

Sur le plan contextuel : devant les limites du maintien à domicile, un placement en long séjour est décidé et la situation est signalée à la Justice de Paix. La patiente quitte notre hôpital le 21.12.2020 pour rentrer transitoirement à domicile et passer la période des fêtes de fin d'année en famille. Par la suite, D. _____ intégrera un EMS. L'ordonnance pour le traitement a été faite et donnée en mains propres à sa fille. Les passages du CMS ont également été réintroduits pour ce bref passage à domicile, avec évaluation globale et visite de santé 1x/semaine avec préparation du semainier par l'infirmier en santé mentale. »

3. Dans une lettre de sortie du 3 septembre 2021, le Dr [...], directeur médical à la Clinique de réadaptation [...], a indiqué que la recourante avait dans un premier temps été admise à la Clinique [...] le 17 juillet 2021 en raison d'une toux et d'une dyspnée, secondaire à une décompensation respiratoire hypoxémique multifactorielle, avec mise en évidence d'une bronchopneumopathie chronique obstructive décompensée et d'une embolie pulmonaire, chez une patiente ayant stoppé son traitement d'anticoagulation, et que l'évolution s'est avérée favorable sous la reprise du traitement. Compte tenu d'un déconditionnement physique, avec perte de l'autonomie fonctionnelle antérieure, l'intéressée avait ensuite été admise en réadaptation stationnaire du 26 juillet au 22 août 2021, date de son retour à domicile. Au vu de l'amélioration de l'état général et de la préservation des acquis fonctionnels, la recourante avait pu rentrer à domicile avec un encadrement incluant le passage pour l'aide à la douche trois fois par semaine, un contrôle de santé hebdomadaire, ainsi que la préparation de son semainier.

4. Une curatelle de représentation et de gestion à forme des art. 394 al. 1 395 al. 1 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210) a été instituée le 17 mars 2022 en faveur de la recourante, au motif qu'elle n'était pas en mesure de gérer ses affaires administratives et financières de manière autonome et conforme à ses intérêts en raison de troubles neurocognitifs majeurs d'étiologie mixte, neurodégénérative sur probable maladie d'Alzheimer avec composante vasculaire, ainsi que de troubles thymiques et du comportement.

La curatrice actuelle de l'intéressée est [...], assistante sociale au Service des curatelles et tutelles professionnelles (SCTP).

5. a) Par signalement du 14 septembre 2022, le Dr V._____, médecin traitant de la recourante, a fait part de ses inquiétudes concernant la situation de sa patiente. Il a expliqué que des démarches avaient été entreprises par sa famille, notamment par ses enfants, en vue de la faire entrer en EMS, mais que ceux-ci avaient procédé « à reculons » et minimisaient la situation de leur mère, laquelle ne pouvait plus perdurer ainsi. Il a indiqué que la recourante n'était absolument plus compliant aux traitements prescrits, qu'elle refusait quasi systématiquement les soins d'hygiène et que malgré toutes les précautions prises, l'intéressée s'était remise à fumer de façon très importante, en soulignant qu'il arrivait parfois que des cigarettes se consomment seules dans le cendrier. Le Dr V._____ a ainsi considéré qu'il était urgent de prononcer le placement de la recourante au sein d'un établissement adapté à son état de santé, compte tenu des risques encourus pour sa santé et sa sécurité, ainsi que pour celle des autres occupants de son immeuble.

b) Dans un rapport du 23 septembre 2022, [...] et [...] du CMS [...] ont exposé que la recourante avait fait l'objet d'une hospitalisation d'office à l'Hôpital de Z._____ en 2021, avant de réintégrer son domicile avec son époux, qui assurait le rôle de proche-aidant mais qui était décédé au début de l'année 2022, laissant son épouse seule à la maison, ses enfants n'ayant pas la possibilité de se montrer disponibles pour elle au quotidien. Elles ont exposé que le CMS avait été mandaté par le Dr V._____ et intervenait à domicile à raison de trois fois par jour afin d'assurer les soins d'hygiène et de confort de la recourante (toilette, aide aux repas, prise des traitements) et procédait à une visite hebdomadaire afin de surveiller son état général, de gérer le traitement médicamenteux et d'assurer une aide aux courses. Elles ont ajouté que le CMS effectuait également des réévaluations globales de la situation de l'intéressée, qui bénéficiait de livraisons de repas par périodes et employait une femme de ménage privée intervenant pour le gros du ménage et la gestion du linge.

Les prénommées ont relevé que depuis que le traitement neuroleptique et antidépresseur mis en place à la sortie de Z._____ avait été arrêté, conformément à la demande de la recourante et de sa famille, celle-ci était de plus en plus oppositionnelle aux soins et aux interventions ; elle n'acceptait pratiquement plus de recevoir les soins d'hygiène, malgré les négociations de tous les membres de l'équipe médico-sociale, de sorte que les intervenants ne parvenaient que ponctuellement à l'aider pour la toilette intime (une à deux fois par semaine) et pour quelques douches (une fois de temps en temps), ce manque d'hygiène étant préoccupant puisque l'intéressée avait présenté une infection génitale en début d'année. La personne concernée était également de plus en plus oppositionnelle par rapport à son traitement médicamenteux et ne le prenait presque plus depuis un mois et demi, ce qui était extrêmement préoccupant, cette médication comportant notamment des traitements anticoagulants nécessaires à la prévention d'un risque thromboembolique ; elle refusait en outre régulièrement son traitement à base d'inhalateurs et le port de son bracelet Secutel. L'intéressée avait repris un tabagisme très actif et oubliait souvent ses cigarettes, qui se consumaient ainsi seules, son appartement ayant été à plusieurs reprises retrouvé très enfumé. Le risque d'incendie avait été évoqué avec la famille, qui avait alors tenté de stopper l'approvisionnement en tabac, sans succès. Les représentantes du CMS ont encore indiqué que le projet d'EMS n'avancait plus et qu'elles restaient sans nouvelle des enfants de la recourante à ce sujet. Elles ont relevé que le CMS n'était pas en mesure de mettre en place davantage d'aide pour garantir le maintien de la recourante à domicile, ajoutant que leurs interventions restaient très limitées malgré la fréquence de leurs passages et se cantonnaient finalement à éviter quelques dangers, sans pour autant mener la prise en charge requise à son terme. Elles ont enfin indiqué que leurs inquiétudes principales se focalisaient non seulement sur l'état de santé de la personne concernée, mais aussi, et surtout, sur son voisinage direct au sein de l'immeuble.

c) Dans un rapport du 27 septembre 2022, le Dr V._____ a indiqué s'être rendu le jour en question au domicile de la recourante, qu'il

n'y avait pas de danger immédiat ni de péril en la demeure justifiant un placement immédiat en EMS ou dans une autre structure adaptée et que toute intoxication tabagique avait été stoppée depuis quelques jours, en précisant qu'il ne serait à son sens pas judicieux d'autoriser l'intéressée à fumer, même sous surveillance. Il a ajouté que l'examen clinique ne montrait pas de signe de décompensation sur le plan somatique, même si la patiente ne prenait ses médicaments que par intermittence. Il estimait qu'il était important de signifier aux enfants de la recourante qu'il était maintenant absolument nécessaire que celle-ci soit placée en institution, ce placement devant à son sens avoir lieu avant la fin de l'année courante.

d) La recourante, les trois enfants de celle-ci, son curateur d'alors, ainsi que deux représentantes du CMS [...] ont été entendus par la justice de paix lors d'une audience du 29 septembre 2022.

[...] du CMS a notamment exposé que la recourante ne prenait ses médicaments que très sporadiquement depuis l'été 2022 et que la problématique tabagique était en l'occurrence centrale. Elle a confirmé que le CMS était tout à fait en mesure de continuer la prise en charge à domicile.

[...] a expliqué que sa mère vivait depuis très longtemps dans son appartement, avec son chat, et que ces circonstances lui procuraient du confort et du bonheur, en ajoutant qu'il ne pouvait concevoir sa vie dans un EMS pour le moment. Il considérait qu'il convenait de laisser une dernière chance à la recourante avant d'envisager un placement à des fins d'assistance. Il estimait que sa mère cesserait de fumer dès lors qu'elle avait saisi les enjeux de la procédure.

[...] a également relevé que sa mère était heureuse là où elle vivait maintenant et a, pour l'essentiel, rejoint les propos de son frère.

[...] a expliqué qu'il s'était lui-même occupé de régler la question de la cigarette et avait averti les commerces du quartier concernés de la situation. Il estimait que si l'on exposait clairement les

tenants et aboutissants de la situation à sa mère, cette dernière prendrait ses médicaments, celle-ci ayant besoin de comprendre la raison pour laquelle son traitement était nécessaire. Le Dr V._____ devait selon lui faire preuve de plus de transparence et de clarté avec sa patiente.

La recourante a expliqué que c'était parce que son médecin lui avait dit que tout allait bien qu'elle recrachait ses médicaments, mais qu'elle était dorénavant disposée à respecter la médication prescrite. Elle a ajouté qu'elle ne fumait plus désormais, a accepté que les intervenants procèdent aussi souvent que nécessaire à sa toilette intime et a confirmé qu'elle avait bien compris qu'elle devrait collaborer avec le CMS, ce qu'elle était prête à faire, respectivement qu'elle savait en particulier que les soins d'hygiène, les médicaments et l'arrêt de la cigarette représentaient des éléments essentiels.

e) Par décision du 29 septembre 2022, la justice de paix a notamment confirmé l'ouverture d'une enquête en placement à des fins d'assistance à l'égard de la recourante (I), commis une expertise psychiatrique de l'intéressée auprès de l'Institut de psychiatrie légale du CHUV, selon questionnaire séparé (II), renoncé, en l'état, à prononcer le placement à des fins d'assistance de la recourante (III), laissé le soin au Dr V._____ de prononcer le placement médical à des fins d'assistance ou de requérir une telle mesure auprès de l'autorité, si les circonstances devaient l'exiger (IV) et invité ce médecin à faire rapport sur l'évolution de la situation de sa patiente et à formuler toute proposition utile quant à sa prise en charge, dans un délai de cinq mois dès notification de l'ordonnance (V).

En substance, la justice de paix a considéré que si la situation justifiait l'ouverture d'une enquête en placement à des fins d'assistance, elle ne revêtait pas de caractère urgent conformément à ce qu'avait reconnu le Dr V._____, si bien qu'il n'y avait pas lieu de prononcer une quelconque mesure contraignante.

6. a) Par signalement du 4 janvier 2023, le Dr V._____ a exposé que la situation de la recourante était en dégradation, que celle-ci refusait les soins, qu'en dépit de l'interruption de l'intoxication tabagique depuis plusieurs semaines, le comportement à risque était toujours possible et que la famille de l'intéressée minimisait toujours la situation, ne la prenait pas au sérieux et dénigrait le travail des intervenants, en particulier du CMS. Il a rapporté les constats des intervenants, qui avaient observé que la recourante brûlait des branches de sapin à son domicile et créait de ce fait un danger d'incendie. Il a enfin relevé que si un placement en institution n'aboutissait pas rapidement, il serait nécessaire d'avoir recours à un placement d'office.

Le Dr V._____ a joint à son envoi un Document Médico-Social de Transmission du 3 janvier 2023, selon lequel, en substance, la recourante avait subi une péjoration de ses troubles cognitifs entre 2021 et 2022, manifestait des difficultés dans la prise de sa médication et un refus de soins depuis l'été 2022 et présentait un risque de chute, des troubles mnésiques majorés ainsi qu'une probable démence sénile.

b) Par courriel du 4 janvier 2023 également, envoyé postérieurement au signalement précité, le Dr V._____ a informé la justice de paix qu'il venait d'apprendre qu'aucune place en EMS n'était disponible dans l'immédiat, qu'aucune prévision ne pouvait être faite à cet égard et qu'au vu de cette incertitude, il estimait plus judicieux de procéder à un placement d'office.

7. a) Par ordonnance de mesures d'extrême urgence du 5 janvier 2023, la Juge de paix du district de Lausanne (ci-après : la juge de paix) a ordonné le placement provisoire à des fins d'assistance de la recourante à l'Hôpital de Z._____ ou dans tout autre établissement approprié et délégué aux médecins dudit hôpital la compétence de lever la mesure une fois ses critères devenus caducs, les invitant à l'en informer cas échéant.

b) Le même jour, la Police municipale de [...] a notifié à la recourante l'ordonnance précitée et l'a conduite à l'Hôpital de Z._____.

8. Dans un rapport d'évolution du 25 janvier 2023, les Drs R._____ et G._____, respectivement médecin associé et médecin assistant au SUPAA, ont en particulier fait état de ce qui suit :

« D._____ est hospitalisée à l'hôpital de Z._____ depuis le 5 janvier 2023, suite à l'Ordonnance de mesures d'extrême urgence datée du 5 janvier 2023.

D._____ est opposée à l'hospitalisation. Questionnée sur les difficultés au domicile motivant l'actuelle hospitalisation, D._____ semble étonnée. Lorsque nous précisons les points d'inquiétude du réseau de santé, D._____ banalise les éléments (feu dans la cheminée, non-suivi de la médication, opposition aux soins à domicile), et est dénigrante envers les intervenants au domicile.

[...]

Notons qu'il s'agit de la troisième hospitalisation au SUPAA.

La première hospitalisation a eu lieu du 06 août au 11 septembre 2020 et la deuxième du 06 octobre au 21 décembre 2020. Le tableau clinique au domicile était alors une altération générale, une négligence, un refus de soins et de la prise médicamenteuse et un mutisme.

Au cours de la deuxième hospitalisation, une décision de placement avait été prise. Un signalement à la Justice de Paix, concluait à l'incapacité de discernement et à la nécessité d'accompagner D._____ vers un placement sous contrainte. Finalement, D._____ sort d'hospitalisation pour passer les fêtes de fin d'année, avec le projet d'être placée au décours.

Concernant l'hospitalisation actuelle.

Depuis son admission le 5 janvier 2023, D._____ présente une opposition passive envers les soignants lors de toute évaluation. D._____ ferme les yeux, ou se réfugie dans un mutisme lors des interactions. Les échanges sont brefs et peu informatifs. D._____ est irritable, provocante, dénigrante lors des soins ou guidance dans les gestes de la vie quotidienne.

Lors d'interactions plus banales, D._____ peut présenter des interactions agréables. D._____ ne présente pas de comportement d'agressivité physique, ni de velléité de fugue.

D._____ s'adapte au rythme du service. On note une grande fatigabilité, un pragmatisme et une passivité. D._____ semble apprécier de regarder les documentaires à la télévision et lit régulièrement. D._____ refuse de nous faire retour du contenu de ses lectures.

Concernant la médication, D._____ accepte de prendre les traitements, avec une certaine réticence. D._____ indique être opposée à toute médication psychotrope. Nous ne mettons pas en évidence de troubles délirants, ou de troubles anxieux nécessitant l'initiation d'un traitement psychotrope. Il est possible que D._____ présente une symptomatologie dépressive, avec majoration de

l'irritabilité et des comportements d'oppositions, mais nous ne pouvons accéder en entretien à aucune élaboration sur les affects.

Sur le plan somatique, D._____ présente une cardiopathie ischémique et rythmique avec flutter auriculaire thermo ablaté en 2017, un infarctus du myocarde en 2006 avec pose de stent, et double pontage coronarien en 2014. Elle a également une hypothyroïdie substituée et une BPCO [Réd. bronchopneumopathie chronique obstructive]. D._____ a été hospitalisé en 2021, pour décompensation respiratoire hypoxémiante sur BPCO et embolie pulmonaire (probablement secondaire à l'arrêt de la médication anticoagulante). Alors que nous l'interrogeons sur les conséquences des arrêts des médicaments, D._____ indique ne pas présenter de souffrance et que dans ce cadre la médication n'est pas nécessaire, ne semblant pas comprendre la dimension de prévention.

D._____ n'est pas capable de gérer sa médication et la compliance en milieu ambulatoire semble aléatoire au vu de la compréhension de D._____ des enjeux en lien avec celle-ci, avec potentiellement des conséquences morbides.

A l'admission, nous avons diagnostiqué une infection urinaire basse [sic] non traitée, possiblement associée à la présence d'une incontinence urinaire ainsi qu'à une hygiène négligée à domicile.

D._____ a refusé toute évaluation de psychomotricité. D._____ a refusé une nouvelle imagerie.

D._____ a refusé de façon répétée et constante toutes évaluations ergothérapeutique et neuropsychologique, jusqu'au moment où nous lui avons expliqué en présence de son fils que l'absence de sa collaboration nous ferait conclure en l'absence de données nécessaires afin d'évaluer une proportion [sic] de placement. D._____ comprend les enjeux, et a accepté en dernière instance, suite à l'intervention étayante [sic] de son fils, de mauvaise grâce de réaliser les évaluations, qui ont été finalisées le 23 janvier.

Sur le plan cognitif, D._____ a probablement un niveau cognitif initial élevé. Elle parlait couramment quatre langues. On note une probable rupture en 2018, avec apathie, désintérêt progressif pour les tâches du quotidien et baisse de l'autonomie progressive.

Au cours de l'hospitalisation de 2020, [...] Le bilan mettait en évidence des troubles mnésiques antérogrades verbaux et exécutifs, associés à une fatigabilité et à de légers troubles du langage oral et de la mémoire rétrograde biographique. Ces troubles était [sic] compatibles avec des aspects thymiques.

Au cours de l'actuelle hospitalisation, le MoCA a un score de 22/30. Durant les 2 séances d'évaluation, D._____ se montre collaborante et ne montre pas d'opposition franche. Toutefois, sa communication non-verbale témoigne d'un agacement, elle soupire, ferme parfois les yeux de courts moments, le ton est dédaigneux et ses productions orales sont réduites au strict minimum. Elle présente par ailleurs, un flou articulatoire entravant l'intelligibilité. Formellement, lors du testing, on retrouve au premier plan des difficultés en mémoire épisodique visuelle. S'y associent une légère difficulté des fonctions exécutives (notamment en incitation verbale, en inhibition, un léger défaut de récupération en mémoire verbale épisodique). On relève encore une fragilité des praxies idéomotrices, en mémoire sémantique et possiblement de mémoire de travail. Les scores ne sont pas effondrés.

Sur le plan ergonomique, D._____ réalise la douche et l'habillage avec une stimulation verbale importante, une guidance verbale modérée et une aide légère. Elle a besoin de stimulation verbale pour initier chaque étape et pour maintenir l'action en cours, avec une tendance à réaliser les tâches de manière très succincte. Un important manque d'initiative est constaté. La collaboration de D._____ reste fragile et fluctuante, avec une attitude très passive durant toute la séance.

Au niveau des habiletés motrices, des limitations de la mobilité articulaire sont constatées (atteinte difficile des MI et de la partie postérieure du corps), ainsi qu'un manque de force et d'endurance (avec un essoufflement assez important tout au long de l'activité).

Au cours de l'hospitalisation, nous avons observé que D._____ est une personne vulnérable, avec de nombreuses comorbidités somatiques. Elle présente une fatigabilité importante, et une diminution du périmètre de marche. D._____ nécessite une guidance pour de nombreuses activités et est dépendante de l'aide extérieure dans le quotidien.

D._____ présente un fonctionnement cognitif lui permettant de raisonner, mais ne semble pas capable d'intégrer ses besoins et d'accepter les mesures limitant son sentiment de liberté. Probablement que certains éléments de personnalité mais aussi des difficultés mnésiques immédiates concourent à ce rapport au quotidien.

Il semble que D._____ ne supporte que difficilement l'ingérence de l'autre dans son quotidien et, que certains éléments caractériels, ne lui permettent pas d'accepter la dépendance et les soins en lien. D._____ ne souhaite plus l'aide du CMS, indiquant que sa femme de ménage pourra réaliser l'ensemble de l'aide nécessaire, ce qui est non-adapté.

En conclusion,

Si nous n'avons pas observé d'agressivité physique, ni de mise en danger dans le cadre sécurisé de l'hôpital, il semble peu probable que D._____ accepte l'ensemble des aides dont elle a besoin et que celles-ci puissent être maintenues, garantissant un retour à domicile dans des bonnes conditions, de dignité et de sécurité.

En l'absence de collaboration et d'acceptations des soins, et d'engagement de D._____ de pouvoir maintenir un réseau à domicile, nous vous sollicitons pour examiner notre demande de prolonger le placement. »

9. La recourante, assistée de son conseil, et une représentante du SCTP, en remplacement de la curatrice, ont été entendues par la justice de paix lors d'une audience du 26 janvier 2023.

La recourante, qui ne souhaitait pas rester à l'hôpital, a déclaré être disposée à prendre sa médication lorsque le CMS le lui demanderait, avoir compris que sa femme de ménage ne pouvait pas lui venir en aide dans tous les domaines nécessaires et être disposée à ce

qu'un ergothérapeute lui rende visite à domicile. Elle considérait que le fait de brûler des branches de sapin pour que cela sente bon durant la période de Noël n'était pas dangereux et souhaitait pouvoir continuer à fumer dans son appartement. Elle a contesté avoir eu l'attitude dénigrante ou d'opposition passive décrite dans le rapport d'évolution du 25 janvier 2023, ni s'être montrée irritable. L'intéressée a indiqué qu'elle était d'accord que le CMS lui vienne en aide pour la douche. En substance, son conseil a indiqué que la recourante avait compris que pour rentrer à la maison, elle devait accepter l'aide du CMS pour la douche, la toilette, les repas et les médicaments et qu'elle souhaitait retourner à domicile moyennant les aides proposées, en précisant que celle-ci avait très mal vécu d'avoir été conduite à l'Hôpital de Z. _____ par la police. En outre, la recourante, avec l'aide de ses enfants, avait procédé à quelques démarches en vue de trouver une place en EMS.

La représentant du SCTP a rapporté que la curatrice se positionnait défavorablement quant à un retour à domicile en raison des problèmes médicaux, de la non-compliance à la prise de la médication et des difficultés de collaboration avec les intervenants, l'aide à domicile prévue n'étant de son point de vue probablement pas suffisante ni praticable. Elle a souligné que lorsque l'intéressée était à domicile, elle ne prenait pas régulièrement sa médication, alors que celle-ci était impérative compte tenu de ses troubles cardiaques et pulmonaires.

10. Le 6 février 2023, le juge de paix a relancé l'expert mis en œuvre selon la décision du 29 septembre 2022 et l'a invité à déposer son rapport d'ici au 27 février 2023 ou à requérir et motiver une prolongation de délai.

11. Le 22 février 2023, à la demande de l'autorité de céans, les Drs R. _____ et G. _____ du SUPAA ont établi un rapport actualisé de la situation de la recourante. Ce rapport contient exactement les mêmes constats que ceux dont il est fait état dans le rapport d'évolution du 25 janvier 2023 et qui ont été relatés ci-dessus (cf. *supra* ch. 8), en particulier

s'agissant de la description des plans somatique, cognitif et ergonomique, avec les précisions suivantes :

« J'ai rencontré ce jour D. _____ pour lui indiquer que je réalise un rapport sur sa situation en lien avec l'audience au Tribunal Cantonal du 23 février 2023. D. _____ m'indique ne pas être informée de cette audience et de son objectif. Je lui explique que cette audience est en lien avec son recours. D. _____ m'indique ne pas être informée de cette procédure, mais qu'elle est favorable à celle-ci.

L'actuelle prise en charge stationnaire a été motivée par l'inquiétude du réseau de soins de D. _____ concernant son autonomie et sa sécurité au domicile. D. _____ est opposée à l'hospitalisation et reste constante dans sa demande d'un retour au domicile. Questionnée régulièrement sur les difficultés au domicile motivant l'actuelle hospitalisation, D. _____ ne partage aucunement les constats du réseau de santé. Lorsque nous précisons les points d'inquiétude du réseau de santé, D. _____ banalise les éléments (feu dans la cheminée, non-suivi de la médication, opposition aux soins à domicile) et, est dénigrante envers les intervenants au domicile.

[...]

Concernant l'hospitalisation actuelle. [...]

Depuis son admission le 5 janvier 2023, D. _____ présente une opposition passive envers les soignants lors de toutes évaluations et de propositions d'aide. Initialement, D. _____ fermait les yeux ou se réfugiait dans un mutisme lors des interactions. Progressivement D. _____ accepte les entretiens. Les échanges sont brefs et peu informatifs. D. _____ met régulièrement fin aux entretiens lorsqu'il est question du projet de soins. D. _____ refuse régulièrement les entretiens dans des cadres adaptés, acceptant préférentiellement les entretiens dans le couloir, ne permettant pas d'aborder des questions en lien avec son état de santé.

D. _____ est irritable, peut être provocante, dénigrante lors des soins ou guidance dans les gestes de la vie quotidienne. Lors d'interactions plus banales, D. _____ peut présenter des interactions agréables.

D. _____ s'adapte au rythme du service. On note une grande fatigabilité, un pragmatisme et une passivité. D. _____ semble apprécier de regarder les documentaires à la télévision et lit régulièrement. D. _____ refuse de nous faire retour du contenu de ses lectures.

D. _____ s'endort régulièrement devant la télévision dans les espaces communs. D. _____ est particulièrement fatigable dans les mobilisations/ déplacement au sein de l'unité. D. _____ ne semble pas consciente de ces limitations lors des entretiens.

On remarque que D. _____ n'a pas noué de lien social au sein de l'institution et reste isolée. D. _____ ne présente pas de comportement d'agressivité physique, ni de velléité de fugue.

Concernant la médication, D._____ accepte de prendre les traitements, avec une certaine réticence. D._____ indique être opposée à toute médication psychotrope. Nous ne mettons pas en évidence de troubles délirants ou de troubles anxieux nécessitant l'initiation d'un traitement psychotrope. Il est possible que D._____ présente une symptomatologie dépressive, avec majoration de l'irritabilité et des comportements d'oppositions, mais nous ne pouvons accéder en entretien à aucune élaboration sur les affects. Ce jour, D._____ ne présente pas d'épisode dépressif majeur.

Sur le plan somatique, [...] D._____ a refusé toute évaluation de psychomotricité.

Sur le plan cognitif, [...] D._____ a refusé une nouvelle imagerie.

Sur le plan ergonomique, [...]

Au quotidien dans l'unité, D._____ négocie les aides pour les soins d'hygiène, les refusant régulièrement. Régulièrement, D._____ s'endort habillée.

D._____ mange de façon autonome, les repas préparés et servis.

[...]

Si nous n'avons pas observé d'agressivité physique, ni de mise en danger dans le cadre sécurisé de l'hôpital, il semble peu probable que D._____ accepte l'ensemble des aides dont elle a besoin et que celles-ci puissent être maintenues, garantissant un retour à domicile dans des bonnes conditions, de dignité et de sécurité. En l'absence de collaboration, d'acceptation des soins et d'engagement de D._____ afin de pouvoir maintenir un réseau à domicile, nous avons inscrite D._____ pour trouver un lieu de vie institutionnel adapté. »

12. Entendue par la Chambre de céans le 23 février 2023, la recourante a confirmé qu'elle souhaitait recourir contre l'ordonnance du 26 janvier 2023 et retourner à domicile. Elle a expliqué qu'elle pourrait vivre seule chez elle avec l'aide du CMS, qu'elle ne voulait pas aller en EMS tant qu'elle pouvait se débrouiller seule ou avec de l'aide, que ses enfants n'avaient pas fait de démarche pour l'inscrire dans un EMS et que quand elle était chez elle, elle n'oubliait pas de prendre ses médicaments. Elle a relevé qu'à domicile, le CMS l'aidait pour la toilette et faisait ses courses et que parfois, elle n'avait pas vraiment envie qu'on l'aide pour la toilette car ce n'était presque jamais la même personne qui s'en occupait et cela pouvait être un homme ou une femme. L'intéressée a exposé qu'elle fumait jusqu'à maintenant, qu'elle aimerait continuer à fumer chez elle et qu'elle n'avait jamais eu de problème avec des mégots. Il lui est arrivé de faire brûler des branches de sapin à Noël en tenant la branche

dans sa main et en l'allumant avec un briquet, puis en la mettant dans un cendrier au bout de la combustion. Elle a confirmé qu'en cas de retour à domicile, elle collaborerait avec le CMS et prendrait ses médicaments, ayant compris l'importance de les prendre de manière préventive. Elle a enfin souligné le choc émotionnel subi lorsque la police est venue chez elle pour la conduire à l'Hôpital de Z._____.

La curatrice de la recourante a quant à elle relaté avoir eu vent d'une demande en cours pour un placement en EMS, demande faite par les médecins de Z._____.

En droit :

1.

1.1 Le recours est dirigé contre une ordonnance de mesures provisionnelles de la justice de paix confirmant le placement provisoire à des fins d'assistance de la personne concernée prononcé par mesures d'extrême urgence.

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 ; 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. 445 al. 3 et 450b al. 2 CC). Les personnes parties à la procédure, notamment, 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 (Meier, Droit de la protection de l'adulte, 2^e éd., Genève/Zurich 2022, n. 276, p. 154 ; Droit de la protection de l'adulte, Guide pratique COPMA, Zurich/Saint-Gall 2012 [ci-après : Guide pratique COPMA 2012], nn. 12.18 et 12.19, p. 285).

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, Basler Kommentar, Zivilgesetzbuch I, 7^e éd., Bâle 2022, n. 7 ad art. 450a CC, p. 2943 et les auteurs cités ; voir également TF 5C_1/2018 du 8 mars 2019 consid. 5.1 et les références citées). 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 (JdT 2011 III 43 ; CCUR 3 mars 2021/63 ; CCUR 16 avril 2020/74).

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).

1.3 En l'espèce, interjeté par écrit en temps utile et exposant clairement le désaccord de la personne concernée avec la mesure de placement, le recours est recevable.

La justice de paix a été invitée à se déterminer et y a renoncé.

2.

2.1 La Chambre des curatelles, qui n'est pas tenue par les moyens et les conclusions des parties, examine d'office si la décision est affectée de vices d'ordre formel. Elle doit procéder à un examen complet de la décision attaquée, en fait, en droit et en opportunité (art. 450a CC), conformément à la maxime d'office et à la maxime inquisitoire, puisque ces principes de la procédure de première instance s'appliquent aussi

devant l'instance judiciaire de recours (Guide pratique COPMA 2012, n. 12.34, p. 289). Elle peut confirmer ou modifier la décision attaquée devant elle. Dans des circonstances exceptionnelles, elle peut aussi l'annuler et renvoyer l'affaire à l'autorité de protection, par exemple pour compléter l'état de fait sur des points essentiels (art. 318 al. 1 let. c ch. 2 CPC, applicable par renvoi des art. 450f CC et 20 LVPAE).

2.2

2.2.1 Selon l'art. 447 al. 2 CC, en cas de placement à des fins d'assistance, la personne concernée doit en général être entendue par l'autorité de protection réunie en collège. Il en est de même lorsque l'autorité de recours, en l'occurrence la Chambre des curatelles, est saisie de la contestation de la personne concernée contre la décision prise dans le domaine du placement à des fins d'assistance (art. 450e al. 4 1^{re} phr. CC ; ATF 139 III 257 consid. 4.3).

2.2.2 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). 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). L'expert doit notamment se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée (ATF 148 I 1 consid. 8.2.1 ; ATF 140 III 101 consid. 6.2.2 ; ATF 140 III 105 consid. 2.4, JdT 2015 II 75 ; TF 5A_374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.2) et indiquer sur la base de quels éléments de fait le tribunal a retenu l'existence d'un état de faiblesse (« *Schwächezustand* ») au sens de l'art. 426 al. 1 CC (ATF 140 III 101 consid. 6.2.3). Il doit disposer des connaissances requises en psychiatrie et psychothérapie, mais il n'est pas nécessaire qu'il soit médecin spécialiste dans ces disciplines (TF 5A_374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.2 et les références citées ; Geiser, Basler Kommentar, 7^e éd., Bâle 2022, n. 18 ad art. 450e CC, p. 2968 ; Guide pratique COPMA 2012, n. 12.21, p. 286). Il doit être indépendant et ne pas s'être déjà prononcé sur la maladie de l'intéressé dans une même procédure (Kühnlein, Le placement à des fins d'assistance

au regard de la pratique vaudoise : principes généraux et questions choisies, in JdT 2017 III 75, p. 86 ; JdT 2015 III 207 consid. 2.2 ; cf. sous l'ancien droit ATF 137 III 289 consid. 4.4 ; ATF 128 III 12 consid. 4a, JdT 2002 1474 ; 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), ni être membre de l'instance décisionnelle (Guillod, Commentaire du droit de la famille [ci-après : CommFam], Protection de l'adulte, Berne 2013, n. 40 ad art. 439 CC, p. 789).

Lorsque la décision de placement est prise au stade de mesures provisionnelles, elle ne repose pas sur un rapport d'expertise - lequel sera en principe requis en même temps que les mesures d'urgence - mais sur la base d'un signalement ou d'un rapport médical. A ce stade, ces derniers n'ont pas à présenter toutes les caractéristiques légales d'une expertise neutre et indépendante, mais doivent suffire à établir, sous l'angle de la vraisemblance, la cause et le besoin de protection (Kühnlein, *ibid.* ; JdT 2005 III 51 consid. 2c).

2.3 En l'espèce, la recourante a été entendue personnellement le 26 janvier 2023 par la justice de paix et le 23 février 2023 par la Chambre de céans, chacune réunie en collège, en étant à chaque fois assistée de son conseil. Il s'ensuit que son droit d'être entendue a été respecté.

Par ailleurs, la justice de paix a confirmé le placement de la recourante par voie de mesures provisionnelles en se fondant en particulier sur le signalement du médecin traitant de celle-ci du 4 janvier 2023 et son annexe, ainsi que sur le rapport d'évolution établi le 25 janvier 2023 par les Drs R. _____ et G. _____ du SUPAA. Ces documents sont suffisamment circonstanciés, fournissent des éléments actuels et pertinents sur la personne concernée et émanent de médecins à même d'apprécier valablement, au degré de la vraisemblance, la cause et le besoin de protection de celle-ci. Au stade des mesures provisionnelles, le dossier, complété par le rapport actualisé des médecins précités du 22 février 2023, est suffisamment instruit et la Chambre de céans peut

valablement se prononcer sur la légitimité du placement provisoire ordonné.

L'ordonnance entreprise est donc formellement correcte et peut être examinée sur le fond.

3.

3.1 La recourante fait valoir en substance que les conditions qui ont présidé à son placement dès le 5 janvier 2023 ne seraient à présent plus réunies. Elle se serait montrée collaborante durant son hospitalisation, n'aurait pratiquement plus manifesté d'opposition à l'égard du personnel soignant et serait désormais disposée à prendre sa médication car elle aurait compris l'importance de celle-ci. Elle aurait également compris que sa femme de ménage ne pouvait pas lui venir en aide pour tous les domaines nécessaires et serait encline à accepter l'aide du CMS ainsi que le maintien d'un réseau à domicile. Elle se serait en outre engagée à ne plus brûler de branches de sapin ni de bougies à son domicile. La recourante considère que le placement actuel ne respecterait pas les principes de proportionnalité et de subsidiarité car, consciente d'avoir besoin d'aide, celle-ci pourrait lui être apportée de manière moins incisive par le biais de mesures ambulatoires.

3.2

3.2.1 En vertu de l'art. 426 CC, une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière (al. 1). Il y a lieu de tenir compte de la charge que la personne concernée représente pour ses proches et pour des tiers, ainsi que de leur protection (al. 2), et la personne concernée doit être libérée dès que les conditions du placement ne sont plus remplies (al. 3). La notion de « troubles psychiques » englobe toutes les pathologies mentales reconnues en psychiatrie, à savoir les psychoses et les psychopathies ayant des causes physiques ou non, les démences, ainsi que les dépendances, notamment

l'alcoolisme, la toxicomanie ou la pharmacodépendance (TF 5A_374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.1 et les références citées ; Meier, op. cit., n. 1191, p. 632). S'agissant de la « déficience mentale », il faut comprendre les déficiences de l'intelligence, congénitales ou acquises, de degrés divers (TF 5A_617/2014 du 1^{er} décembre 2014 consid. 4.2 ; Message du Conseil fédéral du 28 juin 2006 concernant la révision du Code civil suisse [Protection des personnes, droit des personnes, et droit de la filiation] [ci-après : Message], FF 2006 p. 6677). Il y a « grave état d'abandon » lorsque la condition d'une personne est telle qu'il y aurait atteinte à sa dignité si elle n'était pas placée dans une institution afin de lui apporter l'assistance dont elle a besoin : la notion est plutôt la conséquence de troubles psychiques ou d'une dépendance (Message, FF 2006 p. 6695 ; ATF 148 I 1 consid. 8.1.2 et les références citées).

L'art. 426 CC exige la réalisation de trois conditions cumulatives, à savoir une cause de placement (troubles psychiques, déficience mentale ou grave état d'abandon), un besoin d'assistance ou de traitement ne pouvant être fourni autrement et l'existence d'une institution appropriée permettant de satisfaire les besoins d'assistance de la personne placée ou de lui apporter le traitement nécessaire (TF 5A_374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.1 et la référence citée ; Meier, op. cit., n. 1189, p. 631).

Ainsi, le placement à des fins d'assistance ne peut être décidé que si, en raison de l'une des causes mentionnées de manière exhaustive à l'art. 426 CC, l'intéressé a besoin d'une assistance personnelle, c'est-à-dire présente un état qui exige qu'une aide lui soit fournie, souvent sous la forme d'un traitement médical, que des soins lui soient donnés et qu'une protection au sens étroit lui soit assurée (ATF 134 III 289 consid. 4, JdT 2009 1156 ; Steinauer/Fountoulakis, Droit des personnes physiques et protection de l'adulte, Berne 2014, n. 1365, p. 596). Il faut encore que la protection nécessaire ne puisse être réalisée autrement que par une mesure de placement à des fins d'assistance, c'est-à-dire que d'autres mesures, telles que l'aide de l'entourage, l'aide sociale ou un traitement ambulatoire, aient été ou paraissent d'emblée inefficace

(Steinauer/Fountoulakis, op. cit., n. 1366, p. 596 ; JdT 2005 III 51 consid. 3a ; Message du Conseil fédéral du 17 août 1977 à l'appui de la révision du Code civil suisse [privation de liberté à des fins d'assistance], FF 1977 III pp. 28-29 ; cf. également art. 29 LVPAE pour le traitement ambulatoire). Il s'agit là de l'application du principe de proportionnalité, qui exige que les actes étatiques soient propres à atteindre le but visé, justifiés par un intérêt public prépondérant, et qu'ils soient à la fois nécessaires et raisonnables pour les personnes concernées. La mesure doit être considérée comme une *ultima ratio*, toutes les mesures alternatives portant une atteinte moins importante à la situation juridique de l'intéressé devant être examinées (Meier, op. cit., n. 1199, p. 637). Une mesure restrictive est notamment disproportionnée si une mesure plus douce est à même de produire le résultat escompté. L'atteinte, dans ses aspects matériel, spatial et temporel, ne doit pas être plus rigoureuse que nécessaire (TF 5A 374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.1 et les références citées).

Eu égard au principe de la proportionnalité, le fait que l'assistance ou le traitement nécessaires ne puissent pas être fournis d'une autre façon que par un internement ou une rétention dans un établissement constitue l'une des conditions légales au placement. Tel peut notamment être le cas lorsque la personne concernée n'a pas conscience de sa maladie et de son besoin de placement (ATF 140 III 101 consid. 6.2.3 et les références citées) ou que son bien-être nécessite un traitement stationnaire, qui ne peut être couronné de succès que s'il est assuré sans interruption (TF 5A_374/2018 du 25 juin 2018 consid. 4.2.1).

Afin d'éviter que le placement à des fins d'assistance ne se prolonge trop longtemps, la loi pose le principe que la personne concernée doit être libérée dès que les conditions du placement ne sont plus réalisées (art. 426 al. 3 CC). A cet égard, le nouveau droit de protection de l'adulte est plus restrictif que l'ancienne réglementation : il ne suffit plus que l'état de la personne concernée lui permette de quitter l'institution, encore faut-il que son état se soit stabilisé et que l'encadrement

nécessaire hors de l'institution ait pu être mis en place (Message, FF 2006 p. 6696).

3.2.2 Une prise en charge ambulatoire suppose l'acceptation de la personne concernée, ou du moins un minimum de coopération de sa part (JdT 2015 III 203 et les références citées ; Kühnlein, op cit., p. 109). Le Tribunal fédéral a eu l'occasion d'examiner la base légale neuchâteloise permettant de prononcer des mesures ambulatoires. Dans ce cadre, il a indiqué que, s'agissant d'une disposition qui avait exactement la même teneur que l'art. 29 al. 4 LVPAE, il s'agissait en d'autres termes de mesures acceptées par le patient ou du moins prévues pour un patient coopératif, le non-respect de celles-ci n'aboutissant pas strictement à une médication administrée de force, mais à un réexamen de l'opportunité d'ordonner un nouveau placement à des fins d'assistance (aux conditions de l'art. 426 CC), dans le cadre duquel un traitement sans consentement pourrait être alors au besoin envisagé en application de l'art. 434 CC (TF 5A_341/2016 du 3 juin 2016 consid. 3.1).

A titre de mesures envisageables, la doctrine mentionne par exemple la prise de médicaments sous surveillance, les soins à domicile, la fréquentation d'une clinique de jour ou de nuit, les visites périodiques chez un médecin, un rendez-vous hebdomadaire auprès d'un service médico-social, la participation à des séances de psychothérapie ou de thérapie comportementale (Guillod, CommFam, n. 7 ad art. 437 CC et les références citées).

3.2.3 Lorsque la décision de placement est prise par ordonnance de mesures provisionnelles (art. 445 al. 1 CC), il suffit que la cause et le besoin de protection soient établis au stade de la vraisemblance (CCUR 19 mars 2020/67 ; Kühnlein, op. cit., p. 86).

3.3

3.3.1 En l'espèce, une mesure de curatelle de représentation et de gestion a été instituée le 17 mars 2022 en faveur de la recourante en lien avec des troubles neurocognitifs majeurs d'étiologie mixte,

neurodégénérative sur probable maladie d'Alzheimer avec composante vasculaire, ainsi que des troubles thymiques et du comportement.

Actuellement, l'intéressée présente sur le plan somatique des affections cardiaque et pulmonaire pour lesquelles elle doit prendre une médication régulière, faute de quoi elle risque notamment un infarctus ou une embolie pulmonaire, complications déjà survenues respectivement en 2006 et 2021. Sur le plan cognitif, elle présente des troubles mnésiques compatibles avec des aspects thymiques, de l'apathie, un désintérêt progressif pour les tâches du quotidien et une baisse d'autonomie. La recourante fait montre d'une fatigabilité importante et d'une diminution du périmètre de marche. Elle est décrite par les médecins comme étant vulnérable et nécessitant une aide extérieure au quotidien. Elle présente en outre de nombreuses comorbidités somatiques. Lorsqu'elle était à domicile, la personne concernée refusait sa médication et les soins, en particulier d'hygiène, du CMS ; elle présente aussi des risques de chute. Des craintes ont également été émises s'agissant du fait qu'elle pourrait provoquer des incendies en laissant se consumer ses cigarettes dans le cendrier ou en brûlant des branches de sapin pour que cela sente bon, son appartement ayant à plusieurs reprises été retrouvé par les intervenants du CMS très enfumé.

Au degré de la vraisemblance, force est donc de constater qu'il y a bien une cause de placement et un besoin d'assistance, assistance qui était déjà assurée précédemment par le CMS.

3.3.2 Se pose encore la question de savoir si l'assistance dont a besoin la recourante peut être apportée à domicile, alors même que l'aide à domicile s'est avérée insuffisante par le passé, ou si l'assistance ne peut être assurée que dans le cadre d'un placement.

Il ressort de l'état de fait que la recourante a précédemment séjourné à l'Hôpital de Z. _____ du 6 octobre au 21 décembre 2020 en raison de troubles du comportement. Son époux, qui assurait le rôle de proche-aidant, et le CMS avaient alors constaté un mutisme de plus en

plus présent, rendant difficile la prise en charge, avec une négligence de son état et un refus des soins proposés par le CMS. Le rapport relatif à cette hospitalisation, établi le 4 janvier 2021, indiquait que devant les limites du maintien à domicile, un placement en long séjour avait été décidé et la situation signalée à la justice de paix, et que la recourante avait quitté l'hôpital pour rentrer transitoirement à domicile et passer la période des fêtes de fin d'année en famille, l'intéressée devant par la suite intégrer un EMS. Tel n'a cependant pas été le cas.

Antérieurement, la recourante avait été hospitalisée en psychogériatrie du 6 août au 11 septembre 2020 pour la même symptomatologie, en lien avec des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. L'entourage avait alors relevé des troubles du comportement avec mises en danger (notamment une opposition aux soins du CMS) évoluant depuis un an. Ce séjour avait été marqué par des difficultés de collaboration (avait plusieurs fois fumé dans sa chambre et recraché les médicaments). L'époux de l'intéressée avait réclamé une sortie, même si elle ne semblait pas totalement stable sur le plan psychique. Dès son retour à domicile, les troubles du comportement se seraient aggravés, malgré un suivi mis en place.

La recourante a par la suite été admise en clinique le 17 juillet 2021 en raison notamment d'une embolie pulmonaire vraisemblablement consécutive à l'arrêt de son traitement d'anticoagulation, l'évolution s'étant avérée favorable sous la reprise du traitement. Après avoir séjourné dans un service de réadaptation du 26 juillet au 22 août 2021, elle avait pu rentrer à domicile avec un encadrement pour l'aide à la douche trois fois par semaine, un contrôle de santé hebdomadaire, ainsi que la préparation de son semainier. Au début de l'année 2022, l'époux, proche-aidant, de l'intéressée est décédé.

La situation de la recourante s'est ensuite encore péjorée, ce qui a amené son médecin traitant, le Dr V._____, à établir un signalement le 14 septembre 2022, dans lequel il relatait notamment que sa patiente n'était absolument plus compliant aux traitements prescrits,

qu'elle refusait quasi systématiquement les soins d'hygiène et que malgré toutes les précautions prises, elle s'était remise à fumer de façon très importante, laissant parfois des cigarettes se consumer seules dans le cendrier. Le Dr V. _____ considérait qu'il était urgent de prononcer le placement de la recourante au sein d'un établissement adapté à son état de santé, compte tenu des risques encourus pour sa santé et sa sécurité, ainsi que pour celle des autres occupants de son immeuble. Dans leur rapport du 23 septembre 2022, les intervenantes du CMS ont relevé que depuis que le traitement neuroleptique et antidépresseur mis en place à la sortie de Z. _____ avait été arrêté, conformément à la demande de la recourante et de sa famille, celle-ci était de plus en plus oppositionnelle aux soins, en particulier d'hygiène, et à son traitement médicamenteux, qu'elle ne prenait presque plus depuis un mois et demi, ce qui était extrêmement préoccupant, cette médication comportant notamment des traitements anticoagulants nécessaires à la prévention d'un risque thromboembolique. Par ailleurs, l'intéressée oubliait souvent ses cigarettes, qui se consumaient ainsi seules, son appartement ayant été à plusieurs reprises très enfumé. Quant au projet d'EMS, il n'avancé plus. Le CMS n'était pas en mesure de mettre en place davantage d'aide pour garantir le maintien de la recourante à domicile. Le Dr V. _____ a indiqué dans un rapport du 27 septembre 2022 qu'il n'y avait pas de danger immédiat ni de péril en la demeure justifiant un placement immédiat en EMS ou dans une autre structure adaptée et que toute intoxication tabagique avait été stoppée depuis quelques jours, en précisant qu'il ne serait à son sens pas judicieux d'autoriser l'intéressée à fumer, même sous surveillance. L'examen clinique ne montrait alors pas de signe de décompensation sur le plan somatique, même si la patiente ne prenait ses médicaments que par intermittence. Il estimait toutefois absolument nécessaire que l'intéressée soit placée en institution avant la fin de l'année courante. Entendue par la justice de paix le 29 septembre 2022, la recourante a expliqué qu'elle était dorénavant disposée à respecter la médication prescrite, a accepté que les intervenants procèdent aussi souvent que nécessaire à sa toilette intime et a confirmé qu'elle avait bien compris qu'elle devrait collaborer avec le CMS, ce qu'elle était prête à faire, respectivement qu'elle savait en particulier que les soins d'hygiène,

les médicaments et l'arrêt de la cigarette représentaient des éléments essentiels. La personne concernée semblait avoir compris la situation. Aucune mesure n'a alors été prise à ce stade.

Mais la situation a ensuite rapidement une nouvelle fois empiré. Dans un nouveau signalement du 4 janvier 2023, le Dr V. _____ a exposé en substance que la situation de la recourante était en dégradation, qu'elle refusait les soins et qu'elle manifestait des difficultés dans la prise de sa médication. En outre, les intervenants avaient observé que la recourante brûlait des branches de sapin à son domicile et créait de ce fait un danger d'incendie. Selon ce praticien, il serait nécessaire d'avoir recours à un placement d'office si un placement en institution n'aboutissait pas rapidement. Postérieurement à l'envoi de son signalement, il a informé la justice de paix que dans la mesure où aucune place en EMS n'était disponible dans l'immédiat, il estimait plus judicieux de procéder à un placement d'office. Dans leur rapport d'évolution du 25 janvier 2023, les médecins du SUPAA ont indiqué que la recourante banalisait les inquiétudes des intervenants notamment en lien avec le non-suivi de la médication, les risques d'incendie et l'opposition aux soins à domicile et qu'elle était dénigrante envers les intervenants au domicile. Elle présentait une opposition passive envers les soignants de l'Hôpital de Z. _____, en se réfugiant dans un mutisme lors des interactions. Concernant la médication, l'intéressée acceptait de prendre les traitements avec une certaine réticence, en indiquant être opposé à toute médication psychotrope. Interrogée sur les conséquences des arrêts des médicaments, elle avait indiqué ne pas présenter de souffrance et que dans ce cadre, la médication n'était pas nécessaire, ne semblant pas comprendre la dimension de prévention. Les médecins du SUPAA ont ainsi considéré que la recourante n'était pas capable de gérer sa médication et que la compliance en milieu ambulatoire semblait aléatoire au vu de la compréhension des enjeux en lien avec celle-ci, avec potentiellement des conséquences morbides. Si la personne concernée s'était montrée collaborante et n'avait pas montré d'opposition franche durant les deux séances d'évaluation, sa communication non-verbale témoignait d'un agacement et le ton était dédaigneux. Sur le plan ergonomique, un

important manque d'initiative a été constaté, la collaboration de l'intéressée restant fragile et fluctuante, avec une attitude très passive. Selon ces médecins, il semblait peu probable que la recourante accepte l'ensemble des aides dont elle a besoin et que celles-ci puissent être maintenues pour garantir un retour à domicile dans des bonnes conditions, de dignité et de sécurité. En l'absence de collaboration et d'acceptation des soins, ainsi que d'engagement de l'intéressée de pouvoir maintenir un réseau à domicile, ils ont préconisé une prolongation de placement. Entendue par la justice de paix le 26 janvier 2023, la recourante a indiqué en substance qu'elle était disposée à prendre régulièrement sa médication et à accepter l'aide du CMS.

Contrairement à ce que soutient l'intéressée dans son mémoire, la situation n'apparaît cependant pas avoir évolué de ce point de vue depuis lors, dans la mesure où les médecins du SUPAA ont relaté les mêmes éléments dans leur rapport actualisé du 22 février 2023 : banalisation des inquiétudes des membres du réseau de soin, opposition passive envers les soignants, acceptation de prendre les traitements « avec une certaine réticence », incompréhension de la dimension préventive de la médication et incapacité de gérer celle-ci. S'il est certes indiqué que progressivement, la recourante accepte les entretiens, il est précisé qu'elle met régulièrement fin à ceux-ci lorsqu'il est question du projet de soin. La collaboration n'est du reste pas entière puisque l'intéressée a refusé toute évaluation de psychomotricité et une nouvelle imagerie s'agissant du plan cognitif. La compliance en milieu ambulatoire semble toujours aléatoire au vu de la compréhension des enjeux en lien avec celle-ci. En outre, l'intéressée négocie les aides pour les soins d'hygiène, les refusant régulièrement. Selon ces médecins, la recourante ne semble toujours pas capable d'intégrer ses besoins et d'accepter les mesures limitant son sentiment de liberté. Il leur semble peu probable que la recourante accepte l'ensemble des aides dont elle a besoin et que celles-ci puissent être maintenues.

On constate ainsi que si la recourante sait se montrer relativement collaborante en milieu hospitalier, en faisant preuve de

passivité, tant du point de vue de l'acceptation des soins que de la prise de sa médication, et a assuré lors de chacune de ses auditions par la justice de paix qu'elle avait compris son besoin d'aide et l'acceptait ainsi que l'importance de sa médication – comme elle l'a encore répété devant la Chambre de céans le 23 février dernier –, elle s'est systématiquement montrée oppositionnelle aux soins prodigués par le CMS et n'a pas régulièrement pris sa médication lorsqu'elle se trouvait à domicile, ce qui a à chaque fois induit une péjoration de son état. Quoiqu'en dise la recourante, elle ne semble toujours pas avoir compris l'importance d'accepter l'aide, nécessaire, du CMS et de la prise régulière de sa médication. Dans son mémoire de recours, l'intéressée fait une lecture biaisée du rapport d'évolution du 25 janvier 2023 pour tenter de démontrer que les conditions du placement ne seraient plus réalisées ou qu'elle se montrerait parfaitement collaborante. L'intéressée a eu à plusieurs reprises l'occasion de démontrer avoir compris les enjeux liés à son état de santé, en particulier au mois de septembre 2022 lorsqu'il a été renoncé à prononcer une quelconque mesure contraignante, en vain dès lors que sa situation a ensuite une fois de plus empiré, et ce pour les mêmes motifs que ceux ayant nécessité ses hospitalisations de 2021 et le signalement du mois de septembre 2022. Il n'apparaît ainsi en l'état pas vraisemblable que la recourante se montre suffisamment collaborante pour une prise en charge ambulatoire. A cela s'ajoute que l'encadrement devant être mis en place s'agissant d'un retour à domicile n'est absolument pas défini, aucune démarche en ce sens n'apparaissant avoir été entreprise.

Certes, les médecins de l'Hôpital de Z._____ ont inscrit la recourante pour qu'elle intègre un EMS, démarche qui n'avait semble-t-il jusqu'alors pas encore été concrètement mise en œuvre par les enfants de celle-ci. Mais cette inscription est récente et rien n'indique qu'elle pourrait aboutir rapidement, au contraire. De plus, la recourante a exposé lors de son interrogatoire du 23 février 2023 qu'elle ne voulait pas aller en EMS tant qu'elle pouvait se débrouiller seule ou avec de l'aide et qu'elle ne pensait pas qu'elle serait mieux dans un tel établissement par rapport aux prestations que cela pourrait lui offrir.

On relèvera par ailleurs que la recourante ne semble pas avoir conscience, ou du moins semble minimiser, la problématique liée au risque d'incendie relaté par les intervenants du CMS et le Dr V._____. Si les épisodes des branches de sapin brûlées apparaissent liés à la période de Noël et ne devraient pas se reproduire avant l'hiver prochain, il n'en demeure pas moins que la banalisation de ces événements par l'intéressée est préoccupante. En outre, et contrairement à ce qu'elle semble exposer dans son recours, il n'est pas reproché à la recourante de fumer sur le principe, mais que dans ce cadre, il lui arrive d'oublier des cigarettes dans le cendrier, qui continuent alors à se consumer, ce qui crée un risque d'incendie, ce qu'elle semble éluder.

Compte tenu de ce qui a été exposé, seul un placement provisoire à des fins d'assistance apparaît en l'état de nature à permettre à la recourante de bénéficier de l'aide nécessaire afin de s'assurer qu'elle ne se mette pas elle-même en danger notamment en ne prenant pas régulièrement sa médication. A cet égard, l'Hôpital de Z._____ est un établissement, provisoire, approprié aux besoins de l'intéressée. Aucune mesure moins incisive n'est à ce stade envisageable, la personne concernée minimisant la situation et adoptant régulièrement une attitude oppositionnelle face à l'aide d'autrui lorsqu'elle ne séjourne pas en milieu hospitalier, de sorte que l'absence de collaboration ne permet pas à l'heure actuelle un suivi ambulatoire sans qu'une prise en charge institutionnelle soit envisagée après la sortie de l'hôpital. Il y a ainsi lieu de confirmer, au stade des mesures provisionnelles, le placement provisoire à des fins d'assistance de la recourante.

Cela étant, on rappellera à l'intéressée qu'il s'agit d'un placement provisoire et que l'enquête en placement à des fins d'assistance touche à sa fin car l'expertise psychiatrique mise en œuvre dans ce cadre sera vraisemblablement rendue très prochainement. Ainsi, en fonction des constats et conclusions des experts, et pour autant que la recourante collabore aux soins dont elle a besoin - ce qui n'apparaît pas

exclu -, des mesures ambulatoires pourraient le cas échéant être envisagées sur le fond.

4.

4.1 En définitive, le recours doit être rejeté et l'ordonnance confirmée.

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

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.** L'ordonnance est confirmée.
- III.** L'arrêt, rendu sans frais, est exécutoire.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Maëlle Le Boudec (pour D._____)
- Service des curatelles et tutelles professionnelles, à l'attention de Mme [...],

et communiqué à :

- Mme la Juge de paix du district de Lausanne,
- Direction de l'Hôpital de Z._____,

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).

Le greffier :