

**CHAMBRE DES CURATELLES**

---

---

**Arrêt du 14 décembre 2015**

---

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

\*\*\*\*\*

**Art. 426, 445, 450 ss et 450e CC**

La Chambre des curatelles du Tribunal cantonal prend séance pour statuer sur le recours interjeté par **B.**\_\_\_\_\_, à Renens, contre l'ordonnance de mesures provisionnelles rendue le 24 novembre 2015 par le Juge de paix du district de l'Ouest lausannois, dans la cause la concernant.

Délibérant à huis clos, la cour voit :

**En fait :**

**A.** Par ordonnance de mesures provisionnelles du 24 novembre 2015, envoyée pour notification le 27 novembre 2015, le Juge de paix du district de l'Ouest lausannois (ci-après : juge de paix) a ordonné le placement provisoire à des fins d'assistance de B.\_\_\_\_\_, née le [...] 1987, à [...] ou dans tout autre établissement approprié (I), invité les médecins de [...] à faire rapport sur l'évolution de la situation de B.\_\_\_\_\_ et à former toute proposition utile quant à la prise en charge, dans un délai au 31 mars 2016 (II), délégué à [...] la compétence de libérer B.\_\_\_\_\_ (III), statué sur les frais (IV) et déclaré l'ordonnance immédiatement exécutoire, nonobstant recours (V).

En droit, le premier juge a considéré que la cause d'un placement était indubitablement donnée au vu de la pathologie psychique présentée par B.\_\_\_\_\_, dont le poids était demeuré à plusieurs reprises au-dessous du seuil de réhospitalisation fixé dans le plan de traitement du 7 mai 2015 à un Indice de Masse Corporelle (ci-après : IMC ou BMI [Body Mass Index]) de 14 kg/m<sup>2</sup>, qu'au vu de ce poids, le danger demeurait concret pour la santé de l'intéressée, que le suivi ambulatoire mis en place était donc manifestement insuffisant, qu'il y avait lieu de craindre que son pronostic vital soit engagé sans prise en charge en milieu hospitalier, que seul un placement provisoire dans un établissement approprié était à même de fournir à B.\_\_\_\_\_ les soins et l'assistance personnelle dont elle avait besoin, que [...] était un établissement approprié à son état, un cadre strict étant indispensable à une prise de poids qui permettrait à l'intéressée d'avoir une capacité de discernement suffisante pour rédiger des directives anticipées.

**B.** Par acte motivé du 7 décembre 2015, B.\_\_\_\_\_, par son curateur ad hoc, a recouru contre cette ordonnance et pris les conclusions suivantes, sous suite de frais et dépens :

« **Principalement :**

Le placement provisoire à des fins d'assistance ordonné en date du 24 novembre 2014 [recte : 2015] par la Juge de paix du district de l'Ouest lausannois soit levé.

**Subsidiairement :**

La décision ordonnant le placement provisoire à des fins d'assistance de B.\_\_\_\_\_ en date du 24 novembre soit annulée, le placement levé et l'affaire renvoyée à l'autorité de protection pour compléter l'état de fait par expertise.

**Encore plus subsidiairement :**

Le chiffre I de la décision attaquée est modifié de la manière suivante :

I. Ordonne le placement provisoire à des fins d'assistance de B.\_\_\_\_\_, née le [...] 1987 à Lausanne, fille de [...] et de [...], originaire de [...] /FR, célibataire, domiciliée Chemin de [...], 1020 Renens/VD, dans un établissement approprié qui se (sic) soit pas [...].

Interpellé, le juge de paix a indiqué, par courrier du 8 décembre 2015, qu'il renonçait à reconsidérer sa décision et s'en remettait à l'autorité de céans.

Le 14 décembre 2015, la Chambre des curatelles a procédé à l'audition de B.\_\_\_\_\_, d'K.\_\_\_\_\_ et de la Dresse C.\_\_\_\_\_, respectivement assistante sociale et cheffe de clinique adjointe du [...].

**C.** La cour retient les faits suivants :

Par décision du 6 février 2015, le juge de paix a institué une curatelle ad hoc de représentation au sens de l'art. 449a CC en faveur de B.\_\_\_\_\_, née le [...] 1987, et nommé en qualité de curatrice ad hoc Me Micaela Vaerini avec pour tâche de représenter la personne concernée dans la procédure d'enquête en placement à des fins d'assistance.

Par décision du 16 avril 2015, la Justice de paix du district de l'Ouest lausannois (ci-après : justice de paix) a mis fin à l'enquête en placement à des fins d'assistance ouverte le 12 février 2014 en faveur de B.\_\_\_\_\_, levé la mesure de placement provisoire à des fins d'assistance,

sous réserve de la mise en place de mesures ambulatoires, conformément à l'art. 29 LVPAE, par le corps médical de [...], invité les médecins de cette unité à établir un plan de traitement définissant les mesures ambulatoires prises en faveur de B. \_\_\_\_\_ et renoncé à son placement à des fins d'assistance.

Le 7 avril 2015, les Drs [...] et [...], respectivement médecin adjoint et médecin hospitalière de [...], ont rendu un rapport d'expertise psychiatrique. Il en résulte notamment ce qui suit :

**« DISCUSSION**

Nous sommes en présence d'une jeune femme de 27 ans, d'origine suisse, célibataire, employée de commerce de profession, ayant effectué une demande de rente AI début 2014 en raison de troubles psychiques. Depuis le mois de janvier 2014, Madame B. \_\_\_\_\_ fait l'objet d'une mesure de placement à des fins d'assistance provisoire. Elle est actuellement hospitalisée pour la quatrième fois à [...], le premier séjour dans cette unité remontant au mois de janvier 2013. Au terme de notre évaluation, nous reconduisons le diagnostic d'anorexie mentale de type restrictif, retenu par nos collègues. Selon la CIM-10, l'anorexie mentale est un trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle induite ou maintenue par le sujet. Le trouble s'accompagne d'une dénutrition de gravité variable, entraînant des modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et des perturbations des fonctions physiologiques.  
(...)

La conscience morbide de Madame B. \_\_\_\_\_ concernant le trouble du comportement alimentaire dont elle souffre reste très partielle. Le discours qu'elle tient (que par ailleurs elle adapte) sur la nature de ses difficultés peut, à première vue, apparaître raisonnable, donner une impression de logique apparente, mais les conséquences qu'elle en tire sont inadaptées. Cela reflète une mauvaise compréhension de sa part de la nature exacte de ses troubles et en particulier de la gravité de ceux-ci, notamment dans sa capacité de contrôle sur les comportements alimentaires, qu'elle surestime, comme cela a par ailleurs été décrit à plusieurs reprises dans son dossier médical. Les difficultés d'adapter le comportement par rapport au poids font précisément partie de la psychopathologie du trouble du comportement alimentaire qu'elle présente. Elle se dit maintenant capable de le maîtriser, tout en déclarant que la prise en charge ne lui a rien apporté et qu'elle n'est pas guérie. Elle se montre ainsi incapable d'expliquer en quoi elle aurait acquis aujourd'hui les compétences qui lui ont fait défaut depuis l'apparition de sa pathologie.

Etant donné l'absence chez Madame B. \_\_\_\_\_ d'une réelle perception de sa capacité à gérer son trouble du comportement alimentaire, elle n'apparaît pas en mesure de développer un projet thérapeutique raisonnable, ne sachant pas ce dont elle a véritablement besoin.

La contradiction autour du projet de soins palliatifs en est l'expression la plus nette. En effet, elle demande des soins palliatifs,

tout en disant ne pas vouloir mourir, mais être prête à prendre ce risque pour échapper à la contrainte des soins imposés. Or le risque qu'elle dit être prête à prendre est précisément en lien avec la perte de contrôle sur le comportement alimentaire, perte de contrôle qu'elle dénie, et qui fait précisément partie de sa pathologie, dont elle admet par ailleurs ne pas être guérie comme signalé ci-dessus. Ainsi, elle apparaît présenter aujourd'hui les mêmes problématiques que celles qui ont conduit ses thérapeutes à signaler sa situation, ceux-ci notant alors qu'elle n'avait pas sa capacité de discernement concernant le traitement de ses troubles du comportement alimentaire (cf. p. 3). Son insistance actuelle à incriminer l'inefficacité des soins reçus jusque là dans le cadre de [...] nous paraît pouvoir être comprise à la fois dans le cadre des phénomènes projectifs de son fonctionnement psychique (mise à l'extérieur de difficultés internes qui peinent à être reconnues comme telles) et également dans un mouvement de découragement face à la persistance de la pathologie et au vécu de stagnation face à sa problématique. En l'absence d'une mesure de protection sous forme de placement à des fins d'assistance, Madame B.\_\_\_\_\_ présente un risque très élevé de présenter une rechute rapide et sévère de ses troubles du comportement alimentaire, entraînant dans le même mouvement une brusque détérioration de son pronostic vital. Dans ce contexte, il nous apparaît nécessaire de maintenir une mesure de placement à des fins d'assistance.

Les capacités de Madame B.\_\_\_\_\_ de se positionner par rapport à sa maladie et aux conséquences de celle-ci sont selon nous en grande partie à mettre en lien avec son mode de fonctionnement psychique et pas seulement avec son BMI (Body Mass Index). La dénutrition liée à un BMI inférieur à la norme (norme entre 18 et 25), participe certes au développement de troubles cognitifs, mais n'apparaît pas comme étant un critère en soi suffisant pour déterminer si Madame B.\_\_\_\_\_ à sa capacité de discernement concernant son aptitude à gérer son trouble du comportement alimentaire, à faire face à ses difficultés.

Ainsi, une mesure de PLAFPA reste selon nous nécessaire, indépendamment des variations quotidiennes, hebdomadaires ou mensuelles de son BMI.

## **CONCLUSION**

Au terme de nos investigations, nous pouvons répondre comme suit aux questions que vous nous posez :

**1. L'expertisée est-elle atteinte de déficience mentale ou de troubles psychiques (notion comprenant les dépendances telles que l'alcoolisme, la toxicomanie ou la pharmacodépendance) ?**

REPONSE : Oui, Madame B.\_\_\_\_\_ présente un grave trouble du comportement alimentaire sous forme d'une anorexie mentale de type restrictif.

**2. L'expertisée a-t-elle besoin de soins permanents ou d'un traitement ?**

REPONSE : Oui, Madame B.\_\_\_\_\_ nécessite des soins permanents.

**3. Est-elle capable de coopérer de son propre chef à un traitement approprié ?**

REPONSE : Madame B. \_\_\_\_\_ n'a pas sa capacité de discernement concernant ses capacités personnelles à gérer son trouble du comportement alimentaire.

**4. L'expertisée peut-elle recevoir ambulatoirement l'assistance personnelle ou le traitement nécessaires, notamment sur le plan médical ? Si oui, quelles mesures ambulatoires faut-il prévoir ?**

REPONSE : A l'heure actuelle, Madame B. \_\_\_\_\_ nécessite une prise en charge institutionnelle de son trouble du comportement alimentaire.

(...)

**6. Dans l'hypothèse où une mesure de placement serait prononcée, quel est le type d'établissement envisageable ?**

REPONSE : Un établissement où Madame B. \_\_\_\_\_ peut recevoir une prise en charge spécialisée de son trouble du comportement alimentaire.

**7. En quoi les éventuels troubles présentés par la personne concernée risquent-ils de mettre en danger la vie de l'intéressée ou son intégrité personnelle, respectivement celles d'autrui, et est-ce que cela entraîne chez lui la nécessité d'être assisté ou de prendre un traitement ?**

REPONSE : Comme mentionné dans le chapitre « Discussion », Madame B. \_\_\_\_\_ n'est pas capable de maîtriser son comportement par rapport à son poids. Elle opère d'importantes restrictions alimentaires, et présente une hyperactivité physique, notamment. La perte de contrôle de ces comportements est susceptible d'entraîner une perte de poids de plus en plus importante, avec des atteintes somatiques consécutives pouvant entraîner la mort.

**8. Quels seraient les risques concrets pour la vie ou la santé de cette personne, respectivement pour les tiers, si la prise en charge préconisée n'était pas mise en œuvre ?**

REPONSE : En l'absence d'une mesure d'astreinte aux soins, Madame B. \_\_\_\_\_ risque de décéder des conséquences de ses troubles du comportement alimentaire, à relativement brève échéance.

**9. La personne concernée paraît-elle, de manière crédible, prendre conscience de sa maladie et de la nécessité d'un traitement ?**

REPONSE : Comme signalé dans le chapitre « Discussion », la conscience morbide de Madame B. \_\_\_\_\_ concernant le trouble du comportement alimentaire dont elle souffre reste très partielle. Le discours qu'elle tient et qu'elle adapte concernant son trouble psychique, ses capacités à le gérer, son projet de soins, peut apparaître raisonnable, donner une impression de logique apparente, mais il s'agit en fait d'une pseudo-logique. En effet, ce qui sous-tend son raisonnement c'est le fait qu'elle se sent capable de maîtriser son comportement par rapport à son poids (lors de l'entretien de synthèse elle dit envisager de perdre un ou deux kilos par exemple), ce qui n'est pas le cas, comme le

rapportent les soignants, elle-même reconnaissant par ailleurs ne pas être guérie. C'est également un indicateur de l'absence chez Madame B.\_\_\_\_\_ d'une réelle perception de sa capacité à gérer ses troubles du comportement alimentaire. Elle surestime sa capacité de contrôle. Elle n'est ainsi pas en mesure de développer un projet thérapeutique raisonnable, ne sachant pas ce dont elle a véritablement besoin. La contradiction autour du projet de soins palliatifs nous paraît être l'expression de ces aspects. Dans ce contexte, il est pour nous nécessaire de maintenir une mesure de placement à des fins d'assistance.

(...) »

Le 7 mai 2015, un plan de traitement concernant B.\_\_\_\_\_ a été établi par les Dresses C.\_\_\_\_\_ et [...], respectivement cheffe de clinique adjointe et cheffe de clinique somaticienne à [...], K.\_\_\_\_\_ et [...], respectivement assistante sociale et infirmière à [...], et le Dr [...], médecin associé à [...]. Les dispositions suivantes ont été mises en place :

- « 1. Le suivi somatique de son trouble alimentaire est assuré au sein du [...] par la Dresse [...] au rythme d'un rendez-vous tous les 15 jours. Une surveillance et une pesée hebdomadaires sont effectuées par l'équipe soignante du [...]. En parallèle, la prise en charge somatique générale est assurée par la Dresse [...].
2. Madame B.\_\_\_\_\_ s'engage à mettre en place un suivi psychiatrique général en dehors du [...], selon son souhait. Un suivi psychiatrique mensuel de son trouble alimentaire est poursuivi au [...], sous la supervision de la Dresse C.\_\_\_\_\_.
3. Le seuil de réhospitalisation à l'unité hospitalière du [...] est fixé à un BMI de 14 kg/m<sup>2</sup>, avec un objectif de sortie à un BMI de 16 kg/m<sup>2</sup>.
4. Un refus de réhospitalisation selon les critères du point 3 ou l'interruption de l'un des suivis définis aux points 1 et 2 vous seraient immédiatement signalés. »

Le 2 juin 2015, la Dresse C.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ont signalé à la justice de paix que B.\_\_\_\_\_ présentait un poids inférieur à l'IMC qui avait été fixé à 14 kg/m<sup>2</sup> dans le plan de traitement du 7 mai 2015. Par décision du 16 septembre 2015, la justice de paix a mis fin à l'enquête en placement à des fins d'assistance ouverte à l'endroit de B.\_\_\_\_\_ et renoncé à ordonner son placement à des fins d'assistance sous réserve de la poursuite des mesures ambulatoires mises en place le 7 mai 2015.

Par courrier du 16 novembre 2015, la Dresse C.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ont demandé à la justice de paix la réactivation de la mesure de

placement à des fins d'assistance en faveur de B.\_\_\_\_\_, afin que cette dernière puisse réintégrer [...]. Ces intervenantes ont notamment signalé que le poids de l'intéressée correspondait à un IMC de 13,7 kg/m<sup>2</sup>, soit inférieur au seuil de réhospitalisation fixé dans les mesures ambulatoires à 14 kg/m<sup>2</sup>.

Le 24 novembre 2015, le juge de paix a procédé à l'audition de B.\_\_\_\_\_. Celle-ci a déclaré que le suivi une fois par semaine par la Dresse [...], psychiatre à [...], se passait bien, qu'elle n'était descendue qu'une seule fois au-dessous d'un IMC de 14 kg/m<sup>2</sup>, qu'elle se trouvait alors à 14,2 kg/m<sup>2</sup> et estimait se sentir bien, que [...] n'était pas un lieu approprié pour elle, qu'elle n'était pas disposée à guérir, qu'elle ne souhaitait donc plus être hospitalisée et aimerait arrêter le suivi ambulatoire au profit d'un suivi indépendant, qu'elle souhaitait toujours des soins palliatifs. Le juge de paix l'a informée des démarches à entreprendre pour « éviter les placements », soit prendre du poids afin d'avoir une capacité de discernement suffisante pour rédiger des directives anticipées avec l'aide du personnel soignant qui attesterait de sa capacité de discernement au moment de la rédaction de ces directives, dans lesquelles elle pourrait expliquer ses souhaits en relation avec les soins à lui prodiguer ou non en cas d'incapacité de discernement.

Par courrier du 25 novembre 2015, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a maintenu sa requête de placement à des fins d'assistance. Elle a expliqué que depuis son dernier courrier, le poids de B.\_\_\_\_\_ était passé à un BMI de 13,9 kg/m<sup>2</sup>, ce qui était toujours inférieur au seuil fixé à 14 kg/m<sup>2</sup>, qu'elle avait des doutes sur la fiabilité de ce poids, la patiente ayant bu de l'eau juste avant de monter sur la balance, qu'en définitive elle se détériorait cliniquement tant sur le plan psychique que physique avec un ralentissement psychomoteur et un état de dénutrition visuellement de plus en plus marqué.

Par courrier du 26 novembre 2015, la Dresse [...] a confirmé la dégradation clinique claire de l'état de santé de B.\_\_\_\_\_, arrivée à un stade de dénutrition sévère en dessous d'un BMI de 14 kg/m<sup>2</sup>. Elle a

exposé que cela se manifestait par un important ralentissement psychomoteur et une difficulté de plus en plus grande à maintenir des apports alimentaires, que cette situation classique de dénutrition sévère accélérât subitement sa péjoration, qu'il était probable que la patiente soit en dessous du poids affiché sur la balance vu sa tendance à boire avant les pesées, que même si la patiente maintenait ce poids, le temps qui passait dans cet état de dénutrition sévère aggravait progressivement l'atteinte des organes nobles comme le cœur, le cerveau et le foie.

Le 14 décembre 2015, la Chambre des curatelles a procédé à l'audition de B.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ et de la Dresse C.\_\_\_\_\_.

B.\_\_\_\_\_ a exposé qu'elle était à l'Hôpital [...] depuis dix jours en chambre stricte toute la journée, soit sans possibilité de sortie ni de participation aux groupes et avec deux rendez-vous par semaine avec des psychiatres, qu'elle avait une sonde qui lui était imposée même si elle mangeait les plateaux repas, que les méthodes de [...] ne fonctionnaient pas sur elle, qu'elle était consciente du fait qu'elle allait mourir de sa maladie, mais n'avait pas d'idée suicidaire, qu'elle ne souhaitait pas être guérie de force ni se soigner, mais souhaitait être suivie par la Dresse [...] qui pourrait l'aider et qu'elle arrivait à se stabiliser autour de 14 kg/m<sup>2</sup> et faisait en sorte de ne pas prendre de poids pour s'y maintenir.

Lors de son audition, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a exposé que B.\_\_\_\_\_ souffrait d'anorexie mentale grave, que le but de la nouvelle hospitalisation serait d'atteindre un IMC de 15 kg/m<sup>2</sup>, que l'intéressée était consciente des risques encourus, même si sa prise de conscience variait en fonction de son poids, que plus son poids était élevé, moins elle avait d'idées suicidaires, qu'il était important qu'elle dispose d'un espace à elle, qu'elle ne pouvait toutefois pas bénéficier de la prise en charge globale de [...] qui consiste en des groupes thérapeutiques car leur accès n'est possible qu'à partir d'un IMC de 15 kg/m<sup>2</sup>. K.\_\_\_\_\_ a pour sa part déclaré que lorsque B.\_\_\_\_\_ se sentait en danger, elle prenait des mesures, ce qui laissait penser qu'elle était consciente de la situation, qu'il serait possible d'arrêter le suivi si un suivi extérieur pouvait être mis en

place, que la prise en charge à [...] est globale, mais que l'IMC de la patiente était tellement bas que ce sont les chiffres qui primaient actuellement.

### **En droit :**

**1.** Le recours est dirigé contre une ordonnance de mesures provisionnelles de l'autorité de protection de l'adulte ordonnant le placement à des fins d'assistance provisoire de B. \_\_\_\_\_ en application des art. 426 et 445 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210).

**a)** Contre une telle décision, le recours de l'art. 450 CC est ouvert à la Chambre des curatelles (art. 8 LVPAE [loi du 29 mai 2012 d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant, RSV 211.255] et 76 al. 2 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]), dans les dix jours dès la notification de la décision (art. 445 al. 3 CC). Les personnes parties à la procédure, les proches de la personne concernée et les personnes qui ont un intérêt juridique à l'annulation ou à la modification de la décision attaquée ont qualité pour recourir (art. 450 al. 2 CC). Le recours doit être interjeté par écrit, mais il n'a pas besoin d'être motivé (art. 450 al. 3 et 450e al. 1 CC). Il suffit que le recourant manifeste par écrit son désaccord avec la mesure prise (Droit de la protection de l'adulte, Guide pratique COPMA, 2012, n. 12.18, p. 285 ; Meier/Lukic, Introduction au nouveau droit de la protection de l'adulte, 2011, n. 738, p. 341).

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).

L'art. 446 al. 1 CC prévoit que l'autorité de protection établit les faits d'office. Compte tenu du renvoi de l'art. 450f CC aux règles du CPC (Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272), l'art. 229

al. 3 CPC est applicable devant cette autorité, de sorte que les faits et moyens de preuve nouveaux sont admis jusqu'aux délibérations. Cela vaut aussi en deuxième instance (Steck, Basler Kommentar, Zivilgesetzbuch I, 5<sup>ème</sup> éd., n. 7 ad art. 450a CC, p. 2626, et les auteurs cités). En matière de protection de l'adulte et de l'enfant, la maxime inquisitoire illimitée est applicable, de sorte que les restrictions posées par l'art. 317 CPC pour l'introduction de faits ou moyens de preuve nouveaux sont inapplicables (CCUR 30 juin 2014/147 ; cf. JT 2011 III 43).

**b)** Interjeté en temps utile par l'intéressée, le présent recours est recevable. Interpellée conformément à l'art. 450d CC, l'autorité de protection a renoncé à reconsidérer sa décision et s'en est remise à justice.

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

**b/ba)** 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). En effet, si l'autorité de protection a déjà demandé une expertise indépendante, l'instance judiciaire de recours peut se baser sur celle-ci (Message 28 juin 2006 concernant la révision du Code civil suisse [Protection des personnes, droit des personnes, et droit de la filiation], Feuille fédérale 2006, pp. 6635 ss, spéc. p. 6719 ; ATF 139 III 257 consid. 4.3 in fine). Les experts doivent disposer des connaissances requises en psychiatrie et psychothérapie, mais il n'est pas nécessaire qu'ils soient médecins spécialistes dans ces disciplines (Guide pratique COPMA, n. 12.21, p. 286 ; Geiser, Basler Kommentar, op. cit., n. 18 ad art. 450e CC, p. 2650).

L'expert doit être indépendant et ne pas s'être déjà prononcé sur la maladie de l'intéressé dans une même procédure (cf. sous l'ancien droit : ATF 137 III 289 consid. 4.4 ; ATF 128 III 12 consid. 4a, JdT 2002 I 474 ; ATF 118 II 249 consid. 2a, JdT 1995 I 51 ; TF 5A\_358/2010 du 8 juin 2010, résumé in Revue de la protection des mineurs et des adultes [RMA] 2010, p. 456 ; Guillod, CommFam, Protection de l'adulte, Berne 2013, n. 40 ad art. 439 CC, p. 789), ni être membre de l'instance décisionnelle (Guillod, loc. cit., et les références citées).

La loi n'exige pas que le médecin consulté soit étranger à l'établissement de placement. Lorsque l'autorité de protection statue sur une mesure provisoire, elle peut se contenter, dans certaines circonstances, d'entendre l'intéressé seul et se fonder sur un simple rapport médical, même oral (JdT 2005 III 51 consid. 2c).

**bb)** En l'espèce, l'autorité de protection a ordonné le placement provisoire à des fins d'assistance de la recourante. Cette décision est fondée sur la requête du 16 novembre 2015 de la Dresse C.\_\_\_\_\_, sur le courrier du 25 novembre 2015 de ce même médecin, ainsi que sur la lettre du 26 novembre 2015 de la Dresse [...]. S'agissant de mesures provisionnelles, ces avis médicaux sont amplement suffisants pour le prononcé d'un placement à des fins d'assistance.

Au demeurant, l'ordonnance querellée renvoie au dossier d'enquête, lequel comprend notamment l'expertise établie le 7 avril 2015 par les Drs [...] et [...]. Au vu des derniers événements, les conclusions de cette expertise demeurent pertinentes.

**3.** L'art. 450e al. 4 1<sup>ère</sup> phr. CC prévoit que l'instance judiciaire de recours, en règle générale réunie en collège, procède à l'audition de la personne concernée (cf. ATF 139 III 257).

La Chambre des curatelles a auditionné la recourante le 14 décembre 2015, de sorte que le droit d'être entendue de celle-ci a, comme en première instance, été respecté.

**4. a)** La recourante fait valoir que le cadre strict de [...] n'est pas indispensable pour qu'elle soit en mesure de limiter son activité physique et d'augmenter les apports caloriques par voie orale, qu'au sein de cette structure elle ne peut pas bénéficier d'un suivi thérapeutique approprié et que son placement ne respecte pas le principe de proportionnalité, une baisse momentanée de son IMC de 0,1 kg/m<sup>2</sup> ne justifiant pas cette mesure. Elle soutient également que [...] n'est pas un établissement adéquat ; elle y a déjà été hospitalisée durant une année, sans résultat et les conditions de l'hospitalisation, extrêmement dures, ne lui apportent aucun bénéfice.

**b/ba)** L'art. 426 CC prévoit qu'une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière (al. 1). Il y a lieu de tenir compte de la charge que la personne concernée représente pour ses proches et pour des tiers, ainsi que de leur protection (al. 2), et la personne concernée doit être libérée dès que les conditions du placement ne sont plus remplies (al. 3). La notion de troubles psychiques – qui est la même que celle de l'art. 390 al. 1 ch. 1 CC – comprend la maladie mentale ainsi que les dépendances, en particulier l'alcoolisme, la toxicomanie et la pharmacodépendance. Cette notion englobe toutes les maladies mentales reconnues en psychiatrie, c'est-à-dire les psychoses et les psychopathies ayant des causes physiques ou non, ainsi que les démences et les dépendances (Meier/Lukic, op. cit., n. 668, p. 303 ; Guide pratique COPMA, n. 10.6, p. 245 ; Guillod, op. cit., n. 35 ad art. 426 CC, p. 678 et les références citées).

Le placement à des fins d'assistance ne peut être décidé que si, en raison de l'une des causes mentionnées de manière exhaustive à

l'art. 426 CC, l'intéressé a besoin d'une assistance personnelle, c'est-à-dire présente un état qui exige qu'une aide lui soit fournie, souvent sous la forme d'un traitement médical, et qu'une protection au sens étroit lui soit assurée (ATF 134 III 289 consid. 4, JdT 2009 I 156 ; Steinauer/Fountoulakis, Droit des personnes physiques et de la protection de l'adulte, 2014, n. 1365, p. 596). Il faut encore que la protection nécessaire ne puisse être réalisée autrement que par une mesure de placement à des fins d'assistance, c'est-à-dire que d'autres mesures, telles que l'aide de l'entourage, l'aide sociale ou un traitement ambulatoire, aient été ou paraissent d'emblée inefficaces (JdT 2005 III 51 consid. 3a ; Message, FF 2006 p. 6695 ; Steinauer/Fountoulakis, op. cit., n. 1366, p. 596). Il s'agit là de l'application du principe de proportionnalité, qui exige que les actes étatiques soient propres à atteindre le but visé, justifié par un intérêt public prépondérant, et qu'ils soient à la fois nécessaires et raisonnables pour les personnes concernées. La mesure doit être considérée comme une *ultima ratio*, toutes les mesures alternatives portant une atteinte moins importante à la situation juridique de l'intéressé devant être examinées (Meier/Lukic, op. cit., n. 673, p. 306 ; Guide pratique COPMA, n. 10.7, pp. 245-246). Une mesure restrictive est notamment disproportionnée si une mesure plus douce est à même de produire le résultat escompté. L'atteinte, dans ses aspects matériel, spatial et temporel, ne doit pas être plus rigoureuse que nécessaire (TF 5A\_564/2008 du 1<sup>er</sup> octobre 2008 consid. 3).

L'exigence d'une institution appropriée constitue un autre aspect de l'appréciation de la proportionnalité (Guillod, op. cit., n. 67 ad art. 426 CC, p. 685). La notion d'institution doit être interprétée de manière large (Geiser/Etzensberger, Basler Kommentar, op. cit., n. 35 ad art. 426 CC, p. 2435 ; Meier/Lukic, op. cit., n. 675, p. 307 ; Guide pratique COPMA, n. 10.10, p. 246) et englobe toute la gamme des établissements hospitaliers, des cliniques de jour ou de nuit, des maisons de convalescence, des établissements médico-sociaux et des unités médicales au sein d'autres institutions (Guillod, loc. cit.). L'institution est jugée appropriée si, par son organisation et le personnel dont elle dispose, elle permet de satisfaire les besoins essentiels de la personne placée (TF

5A\_212/2014 du 1<sup>er</sup> avril 2014 consid. 2.3.1 et les références citées ; Meier/Lukic, op. cit., n. 676, pp. 307 s. ; Geiser/Etzensberger, Basler Kommentar, op. cit., n. 37 ad art. 426 CC, p. 2436).

La loi exige ainsi la réalisation de trois conditions cumulatives, à savoir une cause de placement (troubles psychiques, respectivement alcoolisme, déficience mentale ou grave état d'abandon), un besoin d'assistance ou de traitement ne pouvant être fourni autrement et l'existence d'une institution appropriée permettant de satisfaire les besoins d'assistance de la personne placée ou de lui apporter le traitement nécessaire (Meier/Lukic, op. cit., n. 666, p. 302 ; Steinauer/Fountoulakis, op. cit., nn. 1358 ss, pp. 594 ss).

**bb)** Selon l'art. 445 al. 1 CC, l'autorité de protection de l'adulte prend les mesures provisionnelles nécessaires pendant la durée de la procédure et peut notamment ordonner une mesure de protection de l'adulte à titre provisoire. S'agissant d'une mesure provisoire, il suffit que la cause et la condition soient réalisées à première vue (JdT 2005 III 51).

**c)** En l'espèce, dans leurs récents courriers, les Dresses C.\_\_\_\_\_ et [...] font état de la détérioration de l'état de santé de la recourante, dont l'IMC oscille autour de 14 kg/m<sup>2</sup>. Il résulte de l'expertise médicale du 7 avril 2015 que la recourante présente un grave trouble du comportement alimentaire sous forme d'une anorexie mentale de type restrictif. Sa conscience morbide concernant ce trouble reste très partielle ; elle ne saisit en effet pas la nature exacte de ses troubles, ni leur gravité et pense - à tort - être capable de contrôler ses comportements alimentaires. La recourante ne dispose donc pas de la capacité de discernement en relation avec son trouble. Il y a lieu de considérer qu'elle souffre de troubles psychiques et que l'existence de l'une des causes de placement à des fins d'assistance prévue à l'art. 426 CC est suffisamment avérée au stade des mesures provisionnelles.

En outre, l'état de santé de la recourante s'est récemment dégradé, son poids atteignant 13,7 kg/m<sup>2</sup> le 16 novembre 2015, puis 13,9

kg/m<sup>2</sup> le 25 novembre 2015. Ces deux mesures sont inférieures au seuil de réhospitalisation fixé à 14 kg/m<sup>2</sup> dans le plan de traitement du 7 mai 2015. La question de savoir si la recourante avait bu de l'eau avant la pesée ou non n'est pas relevante dans la mesure où son poids est de toute façon au-dessous du seuil de 14 kg/m<sup>2</sup>. Dans son courrier du 26 novembre 2015, la Dresse [...] a exposé qu'au-dessous d'un poids de 14 kg/m<sup>2</sup>, la recourante se trouvait dans un stade de dénutrition sévère entraînant une dégradation clinique claire de son état de santé, avec de graves répercussions sur les organes nobles comme le cœur, le cerveau et le foie ; le maintien de la recourante dans un poids de 14 kg/m<sup>2</sup> entraînerait également avec le temps une dégradation de ces organes. Il est établi que la recourante perd du poids lorsqu'elle sort de l'hôpital où elle bénéficie d'un régime alimentaire strict et, parfois, d'une sonde naso-gastrique. L'hospitalisation de la recourante est donc nécessaire au vu de son état de santé, les mesures ambulatoires ayant jusqu'à présent échoué. En l'absence d'une telle mesure, la recourante présente un risque élevé d'une grave perte de poids, la mettant indiscutablement en danger de mort.

Le placement est en outre proportionné, dans la mesure où le seuil d'hospitalisation fixé à 14 kg/m<sup>2</sup> est très inférieur à la norme pondérale d'un être humain, soit entre 18 et 25 kg/m<sup>2</sup>, et que la mise en danger de la recourante est déjà avérée. Le fait que la recourante soit descendue au-dessous de cette limite démontre qu'elle cherche à se maintenir à la limite pour les contrôles, ce qu'elle a admis lors de ses auditions, alors qu'elle devrait plutôt être au-dessus. Il faut encore relever que le juge de paix a délégué aux médecins de [...] la compétence de libérer la recourante lorsqu'ils estimeront que son état le permettra et que les conditions du placement ne seront plus remplies.

On ne peut retenir qu'un placement serait disproportionné du simple fait que l'intéressée accepterait une issue fatale en cas de levée du placement. Ainsi que cela ressort de l'expertise du 7 avril 2015, le risque qu'elle dit être prête à prendre est directement en lien avec la perte de contrôle sur le comportement alimentaire, perte de contrôle qu'elle dénie et qui fait précisément partie de sa pathologie, on doit admettre qu'elle ne

possède pas une capacité de discernement sur ce point. Dans ces circonstances, il est au contraire nécessaire de protéger la recourante contre elle-même, étant par ailleurs relevé qu'elle admet ne pas avoir de souhait suicidaire et que la cour de céans a pu constater qu'elle n'était pas dénuée d'élan vital.

Enfin, la recourante est actuellement hospitalisée à [...]. Au vu du faible poids de la recourante, celle-ci ne peut actuellement pas participer aux groupes et est suivie à raison de deux rencontres hebdomadaires par un psychiatre, les soignants se focalisant sur la prise de poids de la recourante, qui devrait atteindre un IMC de 15 kg/m<sup>2</sup>. Au stade des mesures provisionnelles, cette prise en charge stricte semble appropriée au sens de l'art. 426 CC et permet de satisfaire les besoins d'assistance de la recourante, son poids devant être maintenu au-dessus de 14 kg/m<sup>2</sup>, le cadre ambulatoire arrêté au printemps n'étant manifestement pas suffisant.

Cependant, dans la perspective de la procédure au fond, il incombera à l'autorité de protection de mener une nouvelle instruction. En particulier, il s'agira de se poser la question de l'adéquation à long terme de la prise en charge telle que proposée par [...] qui semble être surtout somatique, questionner les experts sur les différentes possibilités d'approche thérapeutique, obtenir l'avis de la Dresse [...] sur l'évolution de la recourante et, enfin, veiller au maintien du lien thérapeutique entre la recourante et la Dresse [...], y compris durant l'hospitalisation si cela est conforme aux intérêts de la première.

La décision de placement à des fins d'assistance provisoire rendue à l'égard de la recourante ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

**5.** En conclusion, le recours doit être rejeté et l'ordonnance entreprise confirmée.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** L'ordonnance est confirmée.
- III.** L'arrêt est rendu sans frais judiciaires.
- IV.** L'arrêt est exécutoire.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Micaela Vaerini (pour B. \_\_\_\_\_),

et communiqué à :

- Justice de paix du district de l'Ouest lausannois,
- Hôpital de [...],

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 :