

CHAMBRE DES CURATELLES

Arrêt du 3 mars 2014

Présidence de M. BATTISTOLO, vice-président
Juges : MM. Colombini et Krieger
Greffière : Mme Rossi

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

La Chambre des curatelles du Tribunal cantonal prend séance pour statuer sur le recours interjeté par **D._____**, à Renens, contre l'ordonnance de mesures provisionnelles rendue le 12 février 2014 par la Justice de paix du district de l'Ouest lausannois confirmant son placement à des fins d'assistance provisoire.

Délibérant à huis clos, la cour voit :

En fait :

A. Par ordonnance de mesures provisionnelles du 12 février 2014, envoyée pour notification le lendemain, la Justice de paix du district de l'Ouest lausannois (ci-après : justice de paix) a ouvert une enquête en placement à des fins d'assistance en faveur de D._____ (I), confirmé le placement provisoire à des fins d'assistance de D._____ à [...] ou dans tout autre établissement approprié (II), invité les médecins de [...] à faire rapport sur l'évolution de la situation de D._____ et à formuler toute proposition utile quant à sa prise en charge, dans un délai au 30 juin 2014 (III), délégué à [...] la compétence de libérer D._____ (IV), dit que les frais de l'ordonnance suivent le sort de la cause (V) et déclaré l'ordonnance immédiatement exécutoire, nonobstant recours (VI).

En droit, les premiers juges ont considéré qu'au vu de la gravité de son état de santé et de l'absence de conscience de sa maladie, seul un placement provisoire dans un établissement approprié, tel que [...], était à même de fournir à D._____ les soins et l'assistance personnelle dont elle avait besoin. Ils ont notamment retenu que l'intéressée souffrait d'anorexie mentale restrictive, associée à une dénutrition de grade III, et qu'elle pesait 35,8 kg pour une taille de 160 cm, ce qui représentait un indice de masse corporelle (ci-après : IMC) de 13,98 kg/m² alors que la norme se situait entre 18 et 25 kg/m². A son domicile, elle opérait des restrictions qualitatives et quantitatives de nourriture, sans toutefois avoir recours à des laxatifs, diurétiques ou autres méthodes empêchant toute prise de poids, et pratiquait une activité physique de manière excessive. Malgré le suivi ambulatoire mis en place, ses médecins étaient d'avis que son pronostic vital était engagé et qu'il y avait un risque de chronicisation de la maladie et de graves répercussions somatiques et psychosociales. Les premiers juges ont ajouté que D._____ était dans le déni de la gravité de son état de santé, qu'un IMC de 15 kg/m² lui paraissait être l'idéal - alors que ceci correspondait encore à une dénutrition de grade III - et que l'intéressée estimait être en mesure de se soigner par le biais d'un suivi ambulatoire à 100%. Elle

expliquait l'échec du précédent suivi ambulatoire par le fait qu'elle avait eu trop de temps libre pour faire du sport, tout en admettant qu'elle n'était actuellement pas en mesure de limiter son activité physique.

B. Par acte daté du 16 février 2014 et remis à la poste le 18 février 2014, D._____ a recouru contre cette ordonnance en concluant implicitement à la levée de son placement à des fins d'assistance provisoire.

Interpellée, la justice de paix a, par courrier du 20 février 2014, indiqué qu'elle renonçait à reconsidérer sa décision et qu'elle s'en remettait à justice.

Le 26 février 2014, la Chambre des curatelles a procédé à l'audition de D._____, qui a confirmé son recours et sa demande de levée du placement à des fins d'assistance provisoire.

C. La cour retient les faits suivants :

Par courrier du 27 janvier 2014, les Dresses [...], [...] et [...], respectivement cheffe de clinique adjointe en psychiatrie, cheffe de clinique en médecine interne et médecin assistante en psychiatrie auprès du Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), et [...], assistante sociale auprès dudit département, ont signalé à la justice de paix la situation de D._____, née le [...] 1987. Elles ont notamment exposé que D._____, qui vivait seule tout en bénéficiant du soutien de ses parents, était suivie dans l'Unité des troubles du comportement alimentaire depuis décembre 2012 en raison d'une anorexie mentale restrictive, associée à une dénutrition de grade III. Elle souffrait de troubles du comportement alimentaire depuis 2008, avec une perte de poids d'abord progressive, soit 22 kg en trois ans, puis extrêmement rapide, soit 24 kg en une année. Hospitalisée en urgence au CHUV en décembre 2012 avec un IMC de 11 kg/m² alors que la norme se situe entre 18 et 25, l'intéressée avait été transférée à la mi-janvier 2013

au sein de l'unité hospitalière de [...] pour une prise en charge spécialisée de son trouble alimentaire. Elle y était restée jusqu'au 4 avril 2013 et avait décidé de quitter l'hôpital contre l'avis médical. Elle avait alors un IMC de 15,8 kg/m², avait pour objectif de maintenir son IMC entre 15 et 16 kg/m² et manifestait un déni de la gravité de sa situation. Dès son retour à domicile, D._____ avait rencontré des difficultés à s'alimenter et présenté une hyperactivité physique, ainsi qu'une importante anxiété et une perte d'espoir. Malgré la mise en place d'un suivi ambulatoire à [...], son état avait continué à se dégrader durant le printemps 2013. Ensuite d'une perte de poids de 2,5 kg, D._____ avait derechef été hospitalisée le 26 juin 2013, avec son accord, à l'unité spécialisée de [...] et avait alors un IMC de 13,9 kg/m². En septembre 2013, D._____, qui avait un IMC de 14,7 kg/m², avait demandé à sortir de l'hôpital, contre l'avis médical. A ce moment-là, il avait été décidé de laisser à la patiente la possibilité de profiter de la nouvelle offre de soins ambulatoires que constituait le [...], tout en attirant son attention sur les conditions d'intégration de ce centre - soit un IMC supérieur à 15 kg/m² - et de réhospitalisation d'urgence en cas d'IMC égal ou inférieur à 14 kg/m². Ayant atteint l'objectif de 15 kg/m² lors de sa première consultation ambulatoire qui avait suivi sa sortie le 3 octobre 2013, D._____ avait intégré le [...] à temps partiel à la mi-octobre 2013. Elle avait toutefois rapidement recommencé à perdre du poids et montrait une hyperactivité qu'elle ne parvenait pas à contenir. Elle avait refusé d'augmenter sa présence au [...] et la situation avait continué à se dégrader, avec depuis peu une nette perte d'espoir, une anxiété majeure et un épuisement patent. D._____ avait présentement un IMC de 13,9 kg/m², avec une accélération marquée de la perte de poids les quinze jours précédents. Elle avait fermement refusé la nouvelle hospitalisation qui lui avait été suggérée et proposé à la place une présence à 100% au [...]. Or, au vu de la symptomatologie actuelle de D._____, cette option n'était plus envisageable sans passer par une hospitalisation préalable. Les médecins et l'assistante sociale du CHUV ont ainsi fait part de leur extrême inquiétude quant à l'état de santé de D._____. Sans prise en charge rapide en milieu hospitalier, elles craignaient un engagement du pronostic vital de l'intéressée à court terme ou une chronicisation de la maladie avec de graves répercussions

somatiques et psychosociales. Elles avaient bon espoir de pouvoir amender les symptômes de l'anorexie de D._____, notamment en remédiant à son état constant de dénutrition, avec à terme une perspective de réinsertion professionnelle. Cet objectif nécessitait toutefois une prise en charge continue en milieu hospitalier pour atteindre un IMC de santé minimal de 18 kg/m², les suivis ambulatoires ayant systématiquement abouti à des dégradations de l'état de santé de D._____. Celle-ci n'avait plus sa capacité de discernement concernant le traitement de ses troubles du comportement alimentaire et elle se mettait en danger tant à court qu'à long terme. Les médecins et l'assistante sociale du CHUV ont en conséquence estimé qu'une prise en charge de D._____ dans un établissement approprié était nécessaire, afin d'améliorer son état de santé et d'éloigner le risque vital, et demandé le prononcé en urgence d'un placement à des fins d'assistance au sein de [...] dès le 31 janvier 2014, date à laquelle une place se libérerait.

Par ordonnance de mesures d'extrême urgence du 28 janvier 2014, la Juge de paix du district de l'Ouest lausannois (ci-après : juge de paix) a notamment ordonné provisoirement, dès le 31 janvier 2014, le placement à des fins d'assistance de D._____ à [...] ou dans tout autre établissement approprié (I), convoqué la prénommée à l'audience de la justice de paix du 12 février 2014 pour instruire et statuer sur le maintien du placement par voie d'ordonnance de mesures provisionnelles (III), invité les médecins de [...] à faire rapport sur l'évolution de la situation de D._____ et à formuler toute proposition utile quant à sa prise en charge, dans un délai au 11 février 2014 (IV), et dit que cette ordonnance était immédiatement exécutoire (V).

Par arrêt du 7 février 2014 (n° 36), la Chambre des curatelles a rejeté le recours interjeté par D._____ contre l'ordonnance de mesures d'extrême urgence précitée et confirmé cette décision.

Le 10 février 2014, le Dr X._____ et L._____, respectivement médecin associé et psychologue assistante auprès de [...], ont déposé un rapport concernant D._____. Après avoir précisé qu'ils ne

reviendraient pas sur l'« anamnèse » de l'intéressée qui était bien résumée dans le signalement de leurs collègues du 27 janvier 2014, ils ont notamment indiqué que D._____ avait travaillé à plein temps pendant neuf ans comme secrétaire dans une entreprise, qu'elle avait été en incapacité de travail dès le mois de décembre 2012, qu'elle avait été licenciée pour la fin août 2013 et qu'une demande de rente de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) était en cours. La présente hospitalisation était la troisième de D._____ dans leur unité et les deux premières avaient été avortées par la patiente, qui était devenue très rapidement oppositionnelle à une prise de poids. D._____ avait une conscience morbide très faible, voire nulle. Sur le plan des conduites alimentaires, elle opérait des restrictions qualitatives et quantitatives, bannissant certains féculents, les sucreries, la friture et les pâtisseries de son alimentation et admettant diminuer substantiellement les quantités de ses trois repas quotidiens. Elle ne consommait pas de médicaments, tels que laxatifs, diurétiques ou coupe-faim, et ne se purgeait pas. Elle avait une activité physique excessive, à raison selon ses dires de quatre heures d'aqua-fitness et une heure de marche par semaine. Le Dr X._____ et Mme L._____ ont relevé que D._____ avait une perception de son corps clairement altérée, se trouvant « bien physiquement » malgré sa maigreur évidente, et l'idée de prendre du poids au-delà de 40 kg, soit un IMC de 15,6 kg/m², l'angoissait au point de dire ne pas pouvoir envisager cette perspective. A son admission le 31 janvier 2014, l'intéressée pesait 35,8 kg pour une taille de 160 cm, correspondant à un IMC de 13,98 kg/m². Lors des entretiens, elle avait expliqué être opposée au placement à des fins d'assistance et à l'hospitalisation. Elle était dans le déni de la gravité de son état de santé, ne se sentant pas fatiguée et pensant que son état somatique était bon. Elle disait avoir pris conscience de la nécessité de reprendre du poids, mais souhaiter le faire en ambulatoire. L'expérience montrait toutefois qu'il ne lui avait jamais été possible de prendre du poids en ambulatoire, ni même de maintenir après sa sortie celui pris à l'hôpital. C'était pour cette raison que leurs collègues du CHUV, auteurs du signalement du 27 janvier 2014, pensaient qu'à défaut de prise en charge rapide en milieu hospitalier, le pronostic vital de D._____ était engagé à court terme, avec risque de chronicisation de la

maladie et de graves répercussions somatiques et psychosociales, mais qu'ils avaient bon espoir de pouvoir amener les symptômes de l'anorexie de l'intéressée, notamment en remédiant à son état constant de dénutrition, avec à terme une perspective de réinsertion professionnelle, et qu'ils posaient cependant l'indication d'une prise en charge continue en milieu hospitalier pour atteindre un IMC de santé minimal de 18 kg/m², les suivis ambulatoires ayant systématiquement abouti à des dégradations de l'état de santé de D._____. Le Dr X._____ et Mme L._____ ont estimé qu'il était trop tôt pour pouvoir se prononcer sur la capacité de la patiente à adhérer à ce projet, mais qu'ils étaient disposés à offrir la possibilité de renutrition jusqu'à un IMC de 18 kg/m² et qu'ils soutenaient donc la demande de placement à des fins d'assistance. Actuellement, le cadre hospitalier permettait à D._____ de diminuer son activité physique et d'approcher une alimentation correcte en termes de quantité et de qualité, mais les efforts qu'elle fournissait ne suffisaient toutefois pas pour permettre une prise pondérale. En effet, une semaine après son arrivée à l'hôpital, le poids de l'intéressée était, après une prise et une perte, égal à celui du jour de son admission et le risque vital demeurait.

Lors d'un entretien téléphonique du 12 février 2014, Mme L._____ a indiqué à la juge de paix que le poids de D._____ était de 35,8 kg, ayant fluctué à la hausse puis à la baisse d'environ 300 g, et que l'intéressée était toujours en danger vital.

Le même jour, la justice de paix a procédé à l'audition de D._____, accompagnée de [...], assistante sociale auprès de [...]. D._____ a notamment déclaré que son séjour en milieu hospitalier se passait bien au niveau alimentaire, mais que son moral était en baisse car elle se sentait enfermée. Elle ressentait le cadre de [...] comme trop fermé et avait besoin de sortir, mais cela était actuellement impossible puisque les sorties se faisaient en fonction de la prise de poids. Elle s'est dite convaincue que si des mesures ambulatoires étaient ordonnées à 100%, son temps libre serait contrôlé. Selon elle, le précédent suivi ambulatoire avait échoué parce qu'elle avait eu trop de temps pour faire du sport. Elle devait limiter son activité physique, qui l'empêchait de prendre du poids,

mais elle n'était pas en mesure de le faire actuellement. Elle a admis avoir besoin d'aide et expliqué être prête à rester à l'hôpital jusqu'à ce qu'elle ait atteint un IMC de 15 kg/m², avant d'intégrer un hôpital de jour à 100% et de reprendre, à terme et progressivement, une activité professionnelle. S'agissant du souhait des médecins de la voir atteindre un IMC de 18 kg/m², D. _____ a indiqué qu'elle ne pouvait se l'imaginer actuellement, 16 kg/m² lui paraissant déjà élevé et 15 kg/m² étant l'idéal pour elle en ce moment. Elle se sentait bien, pas en danger physiquement, mais était consciente qu'un IMC de 14 kg/m² mettait sa santé en danger, raison pour laquelle elle était d'accord de rester hospitalisée. Elle a précisé qu'elle avait perdu 2,5 kg les deux semaines précédant son hospitalisation, car elle venait d'apprendre que sa grand-mère était « condamnée » et que cela l'avait beaucoup touchée puisqu'elles étaient proches. Invitée à se déterminer sur les souhaits de D. _____, [...] a déclaré que l'intéressée paraissait motivée et souligné que l'inquiétude des médecins était d'éviter les erreurs passées en laissant sortir leur patiente avec un IMC insuffisant.

Entendue le 26 février 2014 par la Chambre des curatelles, D. _____ a déclaré qu'elle pesait ce jour-là 36,3 kg, soit un IMC de 14,2 kg/m², que ses analyses étaient bonnes et qu'elle n'était plus en risque vital. Elle a demandé la levée de son placement à des fins d'assistance au motif qu'elle s'engageait à rester hospitalisée de son plein gré jusqu'à ce qu'elle ait atteint un IMC de 15 kg/m², ce qui représentait une prise de poids d'environ 2 kg, et s'est dite consciente que c'était ce qu'il fallait pour sortir de la zone de danger. Elle a indiqué qu'elle se savait malade et que l'anorexie était une maladie psychique. Elle souhaitait être suivie - de manière plus serrée qu'à [...] - par un psychiatre et une diététicienne. Elle mangeait presque de tout, sauf les pâtisseries. Une diététicienne pourrait l'aider à gérer son apport en nourriture par rapport à sa dépense physique. Si le suivi ambulatoire avait certes par le passé échoué, elle avait maintenant pris conscience qu'elle devait attendre avant de refaire du sport. Elle n'avait pour l'instant pas de contact avec un psychiatre - sauf celui de l'hôpital qu'elle voyait une demi-heure par semaine, ce qui ne suffisait pas -, mais s'était renseignée et avait le temps de s'organiser d'ici à ce qu'elle ait atteint un IMC de 15 kg/m². Elle a ajouté que l'une de

ses grands-mères était décédée le samedi précédent et que l'autre était en fin de vie, ce qui ne l'aidait pas à avoir plus d'appétit. Cela lui avait toutefois fait du bien de voir sa famille à l'occasion de l'enterrement. Ses parents lui proposaient de venir manger chez eux le soir, étaient prêts à l'aider et la soutenaient dans sa démarche.

En droit :

1. Le recours est dirigé contre une ordonnance de mesures provisionnelles de l'autorité de protection de l'adulte confirmant le placement à des fins d'assistance provisoire de D. _____ 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 de l'adulte établit les faits d'office. Compte tenu du renvoi de l'art. 450f CC aux règles du Code de procédure civile du 19 décembre 2008 (ci-après : CPC ; 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, Erwachsenenschutz, 2012, n. 7 ad 450a CC, p. 644, et les auteurs cités). Peu importe à cet égard que le Tribunal fédéral ait affirmé en matière d'assurances complémentaires à l'assurance-maladie - où la procédure simplifiée de l'art. 243 al. 2 let. f CPC s'applique, de sorte que le tribunal établit les faits d'office conformément à l'art. 247 al. 2 let. a CPC - , qu'il était exclu d'appliquer l'art. 229 al. 3 CPC par analogie en appel (ATF 138 III 625). En effet, 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 (cf. JT 2011 III 43 ; CCUR 28 février 2013/56).

b) Interjeté en temps utile par l'intéressée elle-même, 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/aa) 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 (JT 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 du Conseil fédéral relatif à la révision du Code civil suisse du 28 juin 2006, FF 2006 p. 6719 ; ATF 139 III 257 c. 4.3 in fine). Les experts doivent disposer des connaissances requises en psychiatrie et psychothérapie, mais il n'est pas nécessaire qu'il 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. 667). L'expert doit être indépendant et ne pas s'être déjà prononcé sur la maladie de l'intéressé dans une même procédure (cf. Guillod, CommFam, Protection de l'adulte, Berne 2013, n. 40 ad art. 439 CC, p. 789 ; cf. sous l'ancien droit ATF 137 III 289 c. 4.4 ; ATF 128 III 12 c. 4a, JT 2002 I 474 ; ATF 118 II 249 c. 2a, JT 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, 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 (JT 2005 III 51 c. 2c).

bb) En l'espèce, la décision entreprise se fonde sur le rapport déposé le 10 février 2014 notamment par le Dr X._____, médecin associé auprès de [...]. Ce médecin, qui ne s'est pas déjà prononcé sur l'état de santé de l'intéressée, remplit les exigences pour assumer la fonction d'expert et le rapport rédigé est complet et précis.

3. L'art. 450e al. 4 1^{re} 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 26 février 2014, de sorte que le droit d'être entendue de celle-ci a, comme en première instance, été respecté.

4. a) La recourante sollicite un suivi ambulatoire, le cadre fermé de [...] ne lui convenant pas. Elle estime qu'un « placement ambulatoire à 100% » est plus approprié pour sa santé mentale et indique qu'elle a un appartement, des amis et une famille qui lui manquent. Elle estime être capable de gérer ses dépenses physiques, en ayant un apport calorique suffisant et en réapprenant à manger les bonnes quantités, et que les repas pris à l'hôpital se passent assez bien. Elle souhaite pouvoir retrouver, dans un avenir proche, un travail avec l'aide de l'AI et souligne que ses parents sont prêts à l'aider en l'accueillant chez eux pour le repas du soir. Elle demande une mesure ambulatoire, tout en s'engageant à rester à [...] jusqu'à ce que son IMC soit de 15 kg/m², condition d'admission à l'hôpital de jour.

b/aa) 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 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).

Cet article reprend la systématique de l'art. 397a aCC et les conditions matérielles du placement sont en substance les mêmes (JT

2013 III 38). Comme sous l'ancien droit, il convient de distinguer la cause du placement de sa condition (Deschenaux/Steinauer, *Personnes physiques et tutelle*, 4^e éd., Berne 2001, n. 1163, p. 435). La loi exige ainsi la réalisation de trois conditions cumulatives, à savoir une cause de placement (troubles psychiques, déficience mentale ou grave état d'abandon), un besoin d'assistance ou de traitement ne pouvant être fourni autrement et l'existence d'une institution appropriée permettant de satisfaire les besoins d'assistance de la personne placée ou de lui apporter le traitement nécessaire (Meier/Lukic, *op. cit.*, n. 666, p. 302).

La jurisprudence et la doctrine rendues sous l'empire de l'ancien droit gardent toute leur pertinence. 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, que des soins lui soient donnés et qu'une protection au sens étroit lui soit assurée (ATF 134 III 289, JT 2009 I 156 ; Deschenaux/Steinauer, *op. cit.*, nn. 1169 ss, p. 437). 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 (Deschenaux/Steinauer, *op. cit.*, nn. 1171 ss, pp. 437-438 ; FF 1977 III, pp. 28-29 ; JT 2005 III 51 c. 3a). Il s'agit là de l'application du principe de proportionnalité, qui exige que les actes étatiques soient propres à atteindre le but visé, 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^{er} octobre 2008 c. 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. 461 ; 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 (Meier/Lukic, op. cit., n. 676, pp. 307-308 ; Geiser/Etzensberger, op. cit., n. 37 ad art. 426 CC, p. 461).

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 (JT 2005 III 51).

c) En l'espèce, le Dr X. _____ se réfère à l'« anamnèse » contenue dans le signalement du 27 janvier 2014, qui indique que la recourante souffre d'anorexie mentale restrictive, associée à une dénutrition de grade III, pour laquelle elle est suivie depuis décembre 2012 à l'Unité des troubles du comportement alimentaire. Il souligne en outre notamment que, sur le plan des conduites alimentaires, la recourante opère des restrictions qualitatives et quantitatives et qu'elle a une perception de son corps clairement altérée. Il y a donc lieu de considérer que la recourante souffre de troubles psychiques, ce qu'elle a elle-même reconnu lors de son audition du 26 février 2014, 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 dégradé ces derniers mois. Après une première hospitalisation à laquelle elle a mis un terme le 4 avril 2013, contre l'avis des médecins, elle a effectué un deuxième séjour à l'hôpital du 26 juin au 3 octobre 2013, auquel elle a consenti. Malgré la prise en charge ambulatoire au [...] mise en place à sa sortie d'hôpital, la situation de la recourante s'est rapidement péjorée et l'intéressée a refusé tant l'augmentation de sa présence au [...] que la proposition de nouvelle hospitalisation. Au moment de son placement le 31 janvier 2014, la recourante venait de perdre 2,5 kg en deux semaines et son IMC était de 13,98 kg/m². Le poids de la recourante a par la suite fluctué, à la hausse puis à la baisse, d'environ 300 g et l'IMC de l'intéressée était toujours de 13,98 kg/m² lors du dépôt du rapport du 10 février 2014 et de l'audience du 12 février 2014. Selon les auteurs du rapport précité, le cadre hospitalier permet à la recourante de diminuer son activité physique et d'approcher une alimentation correcte en termes de quantité et de qualité, mais les efforts fournis ne suffisent toutefois pas pour permettre une prise pondérale ; une semaine après son arrivée à l'hôpital, le poids de l'intéressée était égal à celui du jour de son admission et selon eux le risque vital demeurait. Le 26 février 2014, la recourante a indiqué qu'elle pesait 36,3 kg, ce qui représente, compte tenu de sa taille de 160 cm, un IMC de 14,17 kg/m². Si l'augmentation de cet indice est positive, celui-ci demeure bien inférieur à un IMC de 15 kg/m² permettant, sur le principe, l'intégration du [...] et à l'IMC de santé minimal de 18 kg/m² préconisé par les médecins. Le besoin d'assistance ou de traitement peut ainsi être tenu pour suffisamment établi s'agissant de mesures provisionnelles, la recourante admettant elle-même que des soins lui sont nécessaires et ayant déclaré s'engager à rester hospitalisée jusqu'à ce qu'elle atteigne un IMC de 15 kg/m². Sans prise en charge en milieu hospitalier, les médecins craignent que le pronostic vital de l'intéressée soit engagé à court terme ou que la maladie se chronicise, entraînant de graves répercussions somatiques et psychosociales. Si l'augmentation de l'IMC peut éloigner le danger vital, le danger demeure concret pour la santé de la recourante au vu de son poids actuel, ce qu'elle a elle-même évoqué lors de ses auditions des 12 et 26 février 2014. Ce danger ne peut, en l'état, être écarté que par la mesure de

placement ordonnée. En effet, le suivi ambulatoire organisé après les deux premières hospitalisations, notamment auprès du [...] à temps partiel, s'est révélé insuffisant et les médecins auteurs du signalement sont d'avis qu'une présence à 100% audit centre n'est, en l'état, pas envisageable au vu de la symptomatologie de la recourante. Le Dr X. _____ relève que l'expérience a montré que la recourante n'a jamais été en mesure de prendre du poids en ambulatoire, ni même de maintenir après sa sortie le poids pris à l'hôpital. Cela semble en partie dû à l'activité physique excessive de la recourante, au sujet de laquelle celle-ci se montre ambivalente, dès lors qu'elle a déclaré devant la justice de paix qu'elle n'était pas en mesure de la limiter actuellement et devant la cour de céans qu'elle avait pris conscience du fait qu'elle devait attendre avant de refaire du sport. La recourante est dans le déni par rapport à la gravité de son état de santé, ayant dit devant la justice de paix se sentir bien, pas en danger physiquement et qu'un IMC de 15 kg/m² était actuellement l'idéal pour elle. Il ressort du rapport du 10 février 2014 que l'idée de prendre du poids au-delà de 40 kg, soit un IMC de 15,6 kg/m², l'angoisse au point de ne pas pouvoir envisager cette perspective et qu'elle a une conscience morbide très faible, voire nulle. La situation de la recourante est en outre fragilisée par le décès survenu récemment dans sa famille et l'état de santé de sa grand-mère, étant souligné que des circonstances similaires ont été à l'origine de sa perte de 2,5 kg intervenue les deux semaines précédant son hospitalisation le 31 janvier 2014. Au surplus, le suivi plus intensif par un psychiatre et une diététicienne dont la recourante souhaite bénéficier en-dehors du cadre hospitalier n'en est qu'au stade de projet et ne serait actuellement pas à même de lui apporter l'aide dont elle a besoin, qui nécessite un séjour en milieu hospitalier. Pour cette même raison, le soutien proposé par sa famille est, en l'état, insuffisant, et l'aide de son entourage n'a par le passé pas permis d'éviter la dégradation de l'état de santé de la recourante causée par sa maladie. Le placement à des fins d'assistance provisoire respecte ainsi le principe de la proportionnalité et on ne saurait suivre le raisonnement de la recourante lorsqu'elle demande la levée de la mesure au motif qu'elle s'engage à rester à l'hôpital jusqu'à ce que son IMC soit de 15 kg/m², l'atteinte d'un tel IMC ne signifiant pas encore qu'une mesure ne serait, le cas échéant,

plus nécessaire. Il faut encore relever que la justice 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.

Enfin, [...], spécialisée dans la prise en charge hospitalière des troubles alimentaires dans le canton de Vaud, est une institution appropriée au sens de l'art. 426 CC permettant de satisfaire les besoins d'assistance de la recourante et de lui apporter le traitement nécessaire. Un cadre strict est en l'état indispensable pour que la recourante soit notamment en mesure de limiter son activité physique, qui est une des raisons pour lesquelles elle ne parvient pas à prendre du poids.

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.

Le vice-président :

La greffière :

Du

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

- Mme D. _____,

et communiqué à :

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

par l'envoi de photocopies. Il prend date de ce jour.

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 :