

C1 16 106

DÉCISION DU 24 MAI 2016

**Tribunal cantonal du Valais
Cour civile II**

Jean-Pierre Derivaz, juge unique; Elisabeth Jean, greffière;

en la cause

X_____, recourante,

contre

Autorité de Protection de l'Enfant et de l'Adulte de M_____, autorité attaquée.

(placement à des fins d'assistance)

recours contre la décision du 22 avril 2016 de l'Autorité de Protection de l'Enfant et de
l'Adulte de M_____

Faits et procédure

A.

A.a X_____ est née le xxx 1985, à A_____/B_____. Elle est la cadette d'une fratrie de cinq. Elle a effectué sa scolarité obligatoire dans son pays d'origine. De 12 ans à 14 ans, elle a bénéficié d'un suivi psychiatrique ambulatoire en raison d'un trouble de la personnalité non spécifié.

A.b A l'âge de 15 ans, X_____ a fait la connaissance de C_____, né en 1973, alors en voyage de classe à B_____. Ils ont entretenu une relation sentimentale et, le 11 octobre 2001, ont contracté mariage à D_____.

Après avoir accompli différentes formalités administratives, la jeune épouse a pu rejoindre son mari en Suisse au cours du mois d'avril 2002. Elle a d'abord vécu au domicile de ses beaux-parents, à E_____, avec lesquels elle a entretenu des relations conflictuelles. Les époux X_____ et C_____ se sont ensuite établis à F_____. Ils ont été rapidement confrontés à des problèmes conjugaux. X_____, livrée à elle-même, loin de ses racines et de sa famille, souffrait de solitude et éprouvait d'importantes difficultés d'intégration dans son nouveau milieu, voire au sein de sa belle-famille. A cette époque, elle s'est initiée à l'alcool et aux stupéfiants, dont la résine de cannabis.

Le 27 juin 2003, à l'occasion d'une dispute conjugale, X_____ a manipulé un pistolet Browning S, calibre 6.35; elle a appuyé sur la détente et le coup est parti. Prévenue de tentative de meurtre, subsidiairement de mise en danger de la vie d'autrui, elle a été placée en détention préventive du 21 juillet au 5 août 2003. Le juge en charge du dossier a confié au D^r G_____ le soin d'administrer une expertise psychiatrique. Celui-ci a objectivé les stigmates d'une déficience légère, avec un quotient intellectuel qui avoisinait les 59. Il a mis en évidence une personnalité immature et infantile du registre des états limités, organisée sur le mode caractériel, soumise à des facteurs de stress affectifs et psycho-sociaux défavorables. Statuant le 17 novembre 2008, le tribunal du II^e arrondissement pour le district de M_____ a constaté que l'action pénale était prescrite en tant qu'elle portait sur les faits survenus le 27 juin 2003, alors que l'accusée était mineure. L'autorité l'a reconnue coupable de voies de fait et l'a condamnée à une amende de 300 francs. Elle a, en outre, ordonné un traitement ambulatoire psychiatrique et psychothérapeutique. Mis en œuvre le 6 mars 2009, celui-ci a été levé en 2013.

A.c Le 19 mars 2007, un enfant est issu de l'union des époux X_____ et C_____, prénommé H_____.

Le 16 mars 2010, le chef de l'office pour la protection de l'enfant (ci-après : OPE) a retiré provisoirement, avec effet immédiat, le droit de garde de H_____ à ses parents (p. 82). Il a ordonné son placement auprès de I_____ (p. 79).

Dans l'intervalle, les époux X_____ et C_____, confrontés régulièrement à des conflits conjugaux et à des violences domestiques, ont suspendu définitivement la vie commune, le 1^{er} août 2009. Le 27 janvier 2011, le juge de district de M_____ a prononcé leur divorce. Il a homologué la convention sur les effets accessoires, en vertu de laquelle notamment l'autorité parentale sur H_____ a été confiée au père; le droit de visite de la mère, qui devait être mis en œuvre avec le concours du curateur, a été réservé.

A.d Le 28 septembre 2009, la chambre pupillaire de la commune de E_____ a institué une mesure de conseil légal en faveur de X_____. Le 6 avril 2010, elle a décidé la mise sous tutelle de celle-ci, en «raison de troubles psychiques répétés». Le 2 février 2011, l'autorité tutélaire a constaté une bonne évolution de la situation de l'intéressée. Celle-ci disposait d'un appartement; d'un point de vue médical, elle était régulièrement suivie et ne manquait jamais de rendez-vous. Elle gérait beaucoup mieux son stress, en sorte qu'elle était à même de mener des discussions «très constructives». Elle entretenait des contacts réguliers avec l'OPE.

Le 15 juin 2012, la chambre pupillaire de M_____ a accepté le transfert de la mesure d'interdiction. A la suite de l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2013, du nouveau droit de la protection de l'adulte, X_____ a été soumise à une curatelle de portée générale (art. 14a al. 2 Tfin CC). Le 26 septembre 2014, l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte de M_____ (ci-après : APEA), désormais compétente, a confirmé cette mesure et a désigné J_____ en qualité de curateur de portée générale. X_____ n'a pas entretenu de bonnes relations avec ses tuteurs, K_____ et L_____, puis son curateur, J_____.

A.e Dès le 1^{er} novembre 2008, l'intéressée, incapable de travailler depuis le 2 mars 2004 en raison de son état de santé, a bénéficié de prestations de l'assurance-invalidité (p. 34 ss). L'octroi de mesures d'ordre professionnel, tel le reclassement ou l'aide au placement, lui a été refusé (p. 35 s.).

A.f A des dates indéterminées, X_____ a déclaré avoir été violée par son ex-mari, C_____, et par N_____, O_____, L_____, «la propriétaire de son appartement, [...] la chambre pupillaire de M_____, [...] la chambre pupillaire de E_____, [...] sa famille ainsi que [...] l'hôpital psychiatrique de P_____». Le 2 janvier 2015, le procureur de l'office central du Ministère public en charge de la cause a rendu une ordonnance de non-entrée en matière.

B. A compter du 28 mars 2006, X_____ a séjourné à 45 reprises à l'hôpital psychiatrique de P_____. Il s'est agi de séjours volontaires, mais également de placements à des fins d'assistance, consécutifs à des décompensations psychotiques sur un mode délirant, essentiellement un délire de persécution, associées à des menaces de passage à l'acte auto et hétéro-agressif et à une grande labilité émotionnelle «sur fond d'appoint de toxiques».

B.a Le 12 août 2011, le centre hospitalier Q_____, en charge du suivi ambulatoire ordonné par le tribunal du II^e arrondissement pour le district de M_____ le 17 novembre 2008 (consid. A.b), a constaté une amélioration des symptômes de X_____ depuis plusieurs mois (p. 14 ss). L'humeur était ainsi plus stable, l'impulsivité moindre et sa capacité de prendre de la distance par rapport aux événements frustrants meilleure.

La situation s'est, par la suite, péjorée. X_____ a ainsi été hospitalisée du 30 septembre au 3 octobre 2011, au mois de janvier, au début du mois d'août, du 14 au 28 août, puis dès le 1^{er} septembre 2012. L'année suivante, elle a encore séjourné à huit reprises dans l'établissement psychiatrique de P_____.

B.b Le 7 janvier 2014, l'intéressée s'est présentée au service des urgences de l'hôpital de M_____. Le D^r R_____ a établi un rapport de consultation (p. 118). Il a, en substance, exposé qu'elle était connue pour des troubles schizo-affectifs, avec de multiples tentamen. Elle était confrontée à une situation sociale et familiale «insupportable».

Le 27 juin 2014, X_____ a été hospitalisée dans l'établissement de P_____ sur un mode volontaire. Le 2 juillet 2014, la D^{resse} S_____, médecin assistante auprès du centre de compétences en psychiatrie psychothérapie (ci-après : CCPP) de T_____, a ordonné le placement de l'intéressée à des fins d'assistance (p. 136 ss). Celle-ci a entrepris cette décision. Désigné par le juge des mesures de contrainte en qualité d'expert, le D^r U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a exposé qu'il s'agissait d'une situation chronique et lentement

évolutive d'une psychopathologie sévère, qui venait perturber le contact avec la réalité de façon quasi permanente. Faute de soins réguliers et d'une médication adaptée que l'intéressée avait bien du mal à accepter, les décompensations sur un mode délirant persécutoire avec menaces agressives extrêmement violentes étaient devenues très fréquentes. Le placement était dès lors justifié. Statuant le 11 juillet 2014, le juge des mesures de contrainte a rejeté le recours de X_____ (p. 143 ss). Le 22 juillet 2014, la D^{resse} V_____ a levé la mesure de placement. D'un commun accord entre l'équipe médico-soignante et la patiente, la poursuite de l'hospitalisation est intervenue sur un mode volontaire.

B.c Dès le 1^{er} novembre 2014, X_____ a séjourné à l'hôpital psychiatrique de P_____ sur un mode volontaire. Le 4 novembre 2014, J_____ a invité l'APEA à apprécier l'opportunité d'un placement institutionnel de X_____ (p. 164 ss). Il a mis en évidence les dommages commis par celle-ci dans son ancien appartement, ainsi que les plaintes formulées par le concierge, le bailleur et les voisins de son nouveau logement. Il a exposé que, lors de «ses crises de colère», elle menaçait les intéressés et adoptait un comportement inadéquat. Un «sentiment de crainte général» régnait dans l'immeuble.

Le 5 novembre 2014, l'APEA, se référant à cette requête dont la teneur était corroborée par le rapport de la police municipale de M_____ qui portait sur la période du 1^{er} janvier au 4 novembre 2014 (p. 163 ss), a «converti» l'hospitalisation volontaire de X_____ en un placement à des fins d'expertise médicale (p. 166 ss). Désignés en qualité d'experts, le D^r U_____ et le D^r W_____ ont déposé leur rapport le 3 décembre 2014 (p. 191 ss). Ils se sont entretenus avec le D^r AA_____, médecin adjoint auprès de l'hôpital de P_____. Celui-ci a exposé que X_____ souffrait d'un grave trouble schizo-affectif, fortement décompensé, qui se greffait sur un retard mental. En raison de cette pathologie, l'intéressée, même lorsqu'elle était plus ou moins stabilisée, demeurait «sub-délirante» et entraînait souvent en conflit avec les autres. L'idée d'un placement en foyer lui semblait, dans ces circonstances, illusoire. La D^{resse} BB_____, médecin-chef de la clinique du CCPP de M_____, a, pour sa part, rapporté aux experts qu'elle n'avait jamais connu X_____ asymptomatique. L'intéressée avait toujours présenté des difficultés à s'engager ou à se conformer au suivi ambulatoire, «même sous la contrainte». CC_____, infirmier du CCPP, qui a fait la connaissance de l'intéressée dès sa première hospitalisation en 2006 alors qu'il œuvrait dans l'établissement de P_____, a confirmé ces déclarations. X_____ était, selon

lui, décompensée depuis des années. Il l'a décrite comme une personne incontrôlable et impulsive, confrontée, depuis toujours, à des difficultés de compréhension et à un vécu persécutoire. Ses symptômes permettaient néanmoins un fonctionnement plus ou moins adéquat. Elle s'était astreinte, initialement, au suivi obligatoire en ambulatoire, avant de s'y tenir de manière sporadique. De l'avis de CC_____, un placement en foyer paraissait irréaliste en raison de l'intolérance à la frustration de X_____ et du comportement agressif et violent qu'elle adoptait très fréquemment lors de passages à l'acte.

Selon le D^r U_____ et le D^r W_____, l'intéressée est atteinte d'une maladie mentale chronique, évolutive depuis plusieurs années. Lorsqu'ils l'ont entendue, elle était en souffrance et en décompensation aiguë. Elle présentait des symptômes psychotiques sur un mode délirant, accompagnés d'un trouble de l'humeur labile, qui venait se greffer sur un trouble de la personnalité prémorbide de type borderline caractériel avec une intolérance à la frustration, une immaturité et une impulsivité, favorisées par une consommation régulière de cannabis depuis plusieurs années. En raison de sa pathologie, elle pouvait être menaçante envers autrui et se mettre en danger en entrant en conflit avec les autres. Les experts judiciaires ont ajouté que l'état de santé «actuel» de l'intéressée ne lui permettait pas de vivre d'une manière autonome et n'était pas compatible avec un suivi ambulatoire, «prématuré et illusoire». Seule une thérapie intensive en milieu hospitalier était concevable tant que les symptômes présents étaient aussi florides.

Dans l'intervalle, le 21 novembre 2014, les D^{rs} DD_____ et V_____ de l'hôpital psychiatrique de P_____ ont indiqué à l'APEA que, eu égard au traitement psychiatrique consécutif à l'état de crise aiguë de X_____, le «moment [était] défavorable à l'établissement des besoins ultérieurs».

Le 12 décembre 2014, l'intéressée a quitté l'hôpital psychiatrique de P_____. Elle était alors sortie de l'état de crise qui avait justifié le séjour hospitalier quelques semaines auparavant, état de crise dans lequel elle se trouvait encore lors de l'administration de l'expertise (p. 193).

B.d Le 21 avril 2015, X_____ a été admise, sur un mode volontaire, à l'hôpital psychiatrique de P_____. Le 24 avril suivant, le D^r EE_____ a converti le séjour en un placement à des fins d'assistance (p. 212). L'intéressée a fait recours contre ce prononcé. Désigné en qualité d'expert, le D^r U_____ a, le 1^{er} mai 2015, mis en évidence un état mixte, à la fois déprimé et délirant. Il a souligné que le désarroi

était tel que l'expertisée ne savait plus où se diriger, n'avait pas de perspective d'avenir si ce n'était un rêve idéal de regagner son pays d'origine, alors qu'auparavant elle était ambivalente sur cette question. Il a qualifié le risque suicidaire d'élevé en raison de l'intensité de la désorganisation. L'ambivalence quant aux soins était de nature à augmenter ce risque. L'expert a, dans ces circonstances, préconisé la poursuite du placement. Le 5 mai 2015, le juge des mesures de contrainte a rejeté le recours. Le 2 juin suivant, la D^{resse} V_____ a levé la mesure de placement, sans ordonner un suivi post-institutionnel ou un traitement ambulatoire (p. 216).

B.e Le 16 juin 2015, la D^{resse} FF_____ du CCPP de M_____ a indiqué à l'APEA que le suivi était irrégulier. X_____ ne consultait, en effet, qu'en cas de crises. Elle ne s'était pas présentée au CCPP. En outre, elle n'avait pas passé chercher ses médicaments. La D^{resse} FF_____ suggérait, dans ces circonstances, un traitement ambulatoire avec une médication hebdomadaire ou des hospitalisations régulières à P_____ (p. 220).

C. Le 30 juillet 2015, le D^r W_____ a ordonné le placement de X_____ à l'hôpital psychiatrique de P_____ à des fins d'assistance. L'intéressée a recouru contre ce prononcé.

C.a Le 4 août 2015, le D^r GG_____, désigné en qualité d'expert par le juge des mesures de contrainte, a déposé son rapport (p. 227 s.). Il a, en substance, exposé que l'intéressée présentait des troubles de la mémoire, était moyennement orientée dans le temps, l'espace et quant à sa personne; en revanche, elle ne l'était pas «quant à sa situation». Par instants, elle était irritable. Elle présentait des troubles de l'attention et des idées délirantes de persécution, alimentées par des problèmes rencontrés avec ses voisins d'immeubles et d'autres personnes. Le D^r GG_____ n'a mis en évidence ni troubles anxieux ni idées suicidaires. Il a souligné que le traitement administré par l'hôpital psychiatrique de P_____ permettait le contrôle des symptômes florides de la lignée psychotique. On ne pouvait, pour autant, «parler de rémission et de stabilisation du tableau clinique».

Entendue le 5 août 2015 par le juge des mesures de contrainte, X_____ a déclaré qu'elle était consciente de souffrir d'une addiction au cannabis et à l'alcool, ainsi que de la nécessité d'un traitement psychiatrique (p. 228).

Statuant le lendemain, le juge des mesures de contrainte a rejeté le recours.

C.b Le 28 août 2015, le D^r AA_____ a préconisé la poursuite du traitement hospitalier, à tout le moins jusqu'à la mi-octobre. Il a, en substance, exposé que l'intéressée consommait des stupéfiants, se montrait violente avec les autres patients, s'adonnait à la prostitution au sein de l'établissement et refusait de prendre sa médication. Statuant le 9 septembre 2015, l'APEA a prolongé le placement au-delà du 10 septembre 2015 (p. 236 ss).

C.c Parallèlement, cette autorité, se référant à la requête de J_____ du 4 novembre 2014, a sollicité le service de l'action sociale de rechercher un établissement approprié, afin de mettre en œuvre une solution durable (p. 237 s.). Le 30 novembre suivant, ce service a établi un rapport. Il a, en particulier, exposé que, selon le personnel soignant de l'établissement de P_____, X_____, «hyper indépendante», était d'un «tempérament volcanique» - «chaque jour peut être différent avec elle» -; elle n'était, par ailleurs, pas compliant dans la prise de ses médicaments et s'opposait aux injections; selon le personnel soignant, elle ne supporterait pas le cadre d'un foyer.

Le service de l'action sociale a invité HH_____, assistante sociale auprès du service social handicap de la fondation II_____, à évaluer les besoins en matière d'hébergement et de prestations de X_____. Dans un rapport adressé à l'APEA le 30 novembre 2015, l'intéressée a, en substance, exposé que, pour le personnel de l'établissement psychiatrique de P_____, la priorité demeurait la prise régulière de sa médication (matin, midi et soir). Il fallait chaque fois consacrer du temps à la convaincre de prendre ses médicaments. HH_____ estimait que le Centre de la fondation JJ_____ et le Centre d'accueil KK_____ pouvaient correspondre au profil de X_____. Demeurait, en sus, la possibilité d'un retour à domicile avec un éducateur, à raison de trois heures par semaine, et l'assistance d'une aide au ménage; si cette solution devait être mise en œuvre, il conviendrait d'assurer encore le traitement médicamenteux, qui, nonobstant la présence d'une infirmière ou l'intervention du CCPP, n'était pas garanti (p. 241 s.).

HH_____ s'est rendue, par la suite, en compagnie de X_____ dans les deux établissements précités. Celle-ci a exprimé son refus d'y être placée. Elle a pu néanmoins se projeter dans le KK_____, afin que le personnel l'accompagne pour recouvrer son indépendance et prendre, par la suite, un appartement seule (p. 248).

Le 20 janvier 2016, HH_____ a spécifié que l'état de santé de X_____ était stable depuis quelques temps, en sorte que l'hospitalisation n'avait plus vraiment de

raison d'être. L'intéressée ne disposait cependant pas d'un appartement et ne pouvait, par ailleurs, pas être logée par ses proches, voire des amis «en attendant une place dans un foyer».

Dans un nouveau rapport du 2 février 2016, HH_____ a exposé que, selon le personnel de P_____, le respect d'un cadre tant médical que social s'avérait compliqué pour X_____, dont le rythme était plutôt nocturne, qu'il convenait de convaincre de prendre ses médicaments et qui avait tendance à consommer de l'alcool. HH_____ a ajouté que l'intéressée «serait d'accord» d'entrer au KK_____. Elle était d'avis que ce centre, à l'instar de l'établissement de la fondation JJ_____, était approprié dans l'optique d'un recouvrement progressif de son indépendance et d'un retour dans un appartement individuel. Certes, X_____ était disposée à se rendre au CCPP, mais cela s'était avéré compliqué dans le passé.

C.d Le 25 février 2016, l'APEA a mis en œuvre une expertise. Désignés en qualité d'experts, le D^r LL_____, psychiatre, coresponsable du service d'expertises médicales de l'hôpital du Valais, et la D^{resse} MM_____, médecin investigateur, ont rendu leur rapport le 7 avril suivant.

Les experts judiciaires se sont entretenus avec la D^{resse} V_____, qui leur a rapporté que, dans un cadre contenant et soutenant avec un encadrement clair et ferme, X_____ parvenait à se stabiliser et à montrer plus de compliance à l'égard du projet thérapeutique institutionnel. Elle a mis en évidence que, au vu de la fragilité intellectuelle et des antécédents personnels de l'intéressée, le fait de disposer de repères et de projets fixes, auxquels elle pouvait s'accrocher, constituait un élément fondamental dans la stabilisation de son état psychiatrique. Si un placement en foyer devait être envisagé, l'institution serait idéalement une structure fermée, qui offrirait un maximum d'opportunités thérapeutiques, tels les congés, les sorties ou encore la possibilité d'exercer le droit de visite. Un traitement ambulatoire devrait, pour sa part, se faire auprès du CCPP, avec la mise en place d'un suivi infirmier, en plus d'une personne susceptible d'assister l'intéressée à long terme. L'infirmier CC_____ a déclaré aux experts que le KK_____ était un lieu de vie adapté dans une perspective d'un recouvrement progressif de l'autonomie de X_____.

Les experts judiciaires ont souligné que, de 2006 à 2015, plusieurs modalités de prise en charge ambulatoire avaient été mises en place sans qu'une collaboration étroite ne puisse être obtenue de l'intéressée, qui manquait de façon quasi systématique les entretiens proposés, ne se présentait qu'au moment des crises et ne respectait pas les

prescriptions médicamenteuses. Ils ont ajouté que X_____ avait interrompu, de sa propre initiative, toutes les stratégies thérapeutiques mises en œuvre, hormis l'amisulpride (Solian®), consommé de façon plus ou moins anarchique. Lors de son audition, elle s'était montrée globalement compliant envers les soins hospitaliers. Elle entendait pouvoir conserver sa médication neuroleptique habituelle, soit l'amisulpride (Solian®).

De l'avis des experts judiciaires, X_____, dont l'orientation temporo-spatiale est préservée, présente un état d'anosognosie totale de la pathologie psychiatrique dont elle souffre. Sa thymie oscille entre des phases de relative euphorie, des rires immotivés et des passages de profonde tristesse pathologique avec une comorbidité suicidaire. Ils ont mis en évidence une perte de contact avec le sens de la réalité. L'intéressée a ainsi la conviction délirante d'être tombée enceinte lors de la dernière hospitalisation, d'avoir vu son ventre gonfler et d'avoir senti son enfant bouger; elle a fait valoir un préjudice lié au fait que les injections reçues auraient conduit à une interruption prématurée de grossesse. Elle a également rapporté, sur un mode victimaire, des abus, des viols et des menaces subis de la part de l'équipe médico-soignante et des autres patients.

Selon les experts judiciaires, X_____ souffre d'une pathologie psychiatrique chronique grave et invalidante, qui n'apparaît que difficilement stabilisée par le traitement psychotrope et institutionnel en cours lors de l'administration de l'expertise. Ses facultés mentales et son équilibre psychique sont significativement altérés du fait notamment d'une perception erronée du sens de la réalité et d'une atteinte des facultés émotionnelles et cognitives. Elle présente un état d'altération, et non d'abolition, significative de son sens critique, en sorte qu'elle n'est capable de faire preuve de discernement que de façon très partielle. Elle ne semble pas à même de se positionner par rapport aux enjeux liés à son lieu de vie et à la mesure de placement. De par l'imprévisibilité et l'instabilité comportementales inhérentes à la pathologie dont elle souffre, X_____ pourrait menacer sa propre sécurité ou celle d'autrui. Les risques apparaissent limités à l'heure actuelle parce que l'adhésion à la stratégie thérapeutique bio-psycho-sociale proposée dans le cadre institutionnel semble acquise.

Les experts judiciaires ont souligné que l'intéressée n'était, en l'état, pas capable de vivre de façon autonome avec des mesures ambulatoires. Un cadre institutionnel étayant et contenant paraissait nécessaire et de nature à permettre une évolution favorable. X_____ semblait disposer de ressources internes qui permettaient d'envisager son admission dans un foyer spécialisé privilégiant une approche

thérapeutique intégrative basée sur un modèle bio-psycho-social, tel le KK_____ ou la fondation JJ_____. Dans l'attente d'une place disponible, les experts judiciaires ont indiqué que le traitement ne pouvait raisonnablement être administré qu'en milieu hospitalier. Il convenait de maintenir le placement à des fins d'assistance. Ce dispositif était de nature à offrir à l'équipe soignante de l'hôpital de P_____ la faculté de négocier un relais avec celle de la structure qui accueillerait X_____, et à celle-ci la faculté d'effectuer la transition entre ces deux lieux de vie de façon sereine et dans un climat de réassurance.

Les experts judiciaires ont ajouté que l'intéressée devrait, à terme, bénéficier d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier. Il conviendrait de discuter de l'administration d'un traitement neuroleptique dépôt par voie injectable.

C.e Statuant le 22 avril 2016, l'APEA a prononcé le dispositif suivant :

«Le placement à des fins d'assistance (PAFA) de X_____ à l'hôpital de P_____, à T_____, prolongé le 09.09.2015 par l'APEA de M_____, est modifié. Elle sera dès que possible placée à des fins d'assistance au Centre d'accueil pour adultes en difficulté (KK_____), à NN_____. En fonction de l'évolution de ses troubles psychiques, les équipes soignantes du KK_____ et de P_____ pourront si nécessaire la faire hospitaliser, toujours en PAFA, jusqu'à ce que son état de santé autorise un retour au foyer. La situation sera périodiquement réexaminée.

Les frais de décision, y compris les frais d'expertise, sont supportés par la caisse communale de M_____».

C.f Le 10 mai 2016, X_____ a interjeté recours contre ce prononcé, qui lui a été notifié, au plus tôt, le 30 avril précédent. Elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise. Elle a sollicité l'administration d'une surexpertise. Elle a fait valoir que lorsqu'elle avait été entendue par les experts judiciaires, elle était «sous médication par injection de Aldol et alopéridol, médicament puissant qui altère le discernement, (...), ralentit et endort les neurones». Elle a ajouté que, actuellement, elle était «sous médication normale soit Solian».

C.fa Entendue par le juge de céans, X_____ a exposé qu'elle s'estimait capable d'assumer les tâches inhérentes à la tenue du ménage. Elle souhaitait occuper un logement privé avec son compagnon, OO_____. Les intéressés entendaient, à terme, contracter mariage. X_____ a souligné qu'elle était indépendante. Dans ces circonstances, elle ne se projetait pas dans un cadre institutionnel. Elle a ajouté qu'elle vivait difficilement l'éloignement avec son fils. Le cadre institutionnel n'était pas

adapté à l'exercice régulier du droit de visite. Il était propre à l'amener à quitter «[s]on fils, [s]on ami et [s]a vie».

X_____ a indiqué qu'elle souffrait de stress et de dépression. Elle supportait sa médication neuroleptique habituelle, soit l'amisulpride (Solian®), propre à stabiliser l'humeur et qui agissait sur les facteurs cérébraux. Elle ne nécessitait pas de soins supplémentaires. Le Solian® et le Temesta®, rapprochés de l'assistance de son ami, étaient, en effet, suffisants pour prévenir les rechutes. Au demeurant, lorsqu'elle avait besoin d'aide, elle s'adressait aux médecins. Elle s'était ainsi rendue en mode volontaire, à plusieurs reprises, dans l'établissement de P_____. Elle était certes «hyper, hyper fragile», mais cela n'était pas dû à la maladie.

C.fb La D^{resse} V_____ a été invitée à déposer un rapport tendant à déterminer notamment l'état de santé de X_____ lorsqu'elle a été entendue par les experts judiciaires les 7, 9 et 24 mars 2016 (D^r LL_____ et D^r MM_____), ainsi que le 3 août 2015 (D^r GG_____).

Le 20 mai 2016, les D^{rs} DD_____ et V_____ ont exposé que le médicament halopéridol était commercialisé sous l'appellation Haldol. En date du 3 août 2015, lors de l'entretien avec le D^r GG_____, X_____ recevait un traitement de Clopixol et d'Haldol. Le 7 mars, elle était sous l'influence du Clopixol Acutard. En revanche, les 9 et 24 mars 2016, elle prenait par voie orale le Solian®. Les D^{rs} DD_____ et V_____ ont précisé que, le 5 mars 2016, X_____ était en crise. Elle présentait une symptomatologie aiguë, raison pour laquelle une médication neuroleptique sédatrice lui avait été administrée sous la forme de Clopixol Acutard.

Les D^{rs} DD_____ et V_____ ont expliqué que l'Haldol et le Clopixol sont des médicaments prescrits à visée sédatrice et antipsychotique. Ils luttent contre les symptômes psychotiques, tels les délires, les hallucinations, les troubles du cours de la pensée principalement. Ils sont administrés par voie intramusculaire dans les situations d'urgence psychiatrique lorsque le patient est en crise. Ils ont pour effet que celui-ci est alors ralenti, «embrumé», certainement diminué dans ses facultés psychiques en raison de la sédation procurée par ces médicaments. Il peut être extrêmement difficile de distinguer l'effet propre des médicaments qui, en l'occurrence, ont des effets secondaires indésirables passagers et transitoires, de symptômes strictement liés à la maladie et qui, en eux-mêmes, peuvent altérer tant la capacité de concentration que celle de discernement, en particulier en ce qui concerne le consentement à un traitement et la reconnaissance des troubles psychiatriques. Les D^{rs} DD_____ et

V_____ ont relevé que, une fois l'état psychique stabilisé, une médication par voie orale était prescrite selon le consentement du patient. Cela a été le cas avec le Solian®, qui est un neuroleptique.

Les médecins ont encore indiqué que l'état de santé de X_____ était actuellement stabilisé. Elle ne présentait pas de troubles significatifs et du comportement. Sa maladie était contrôlée par la prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique et médicamenteuse.

De l'avis des D^{rs} DD_____ et V_____, le placement litigieux constituait une mesure appropriée. Le KK_____ était, en effet, un établissement où l'assistance requise par X_____ pouvait être donnée. Ce placement devait être limité dans le temps et soumis à une réévaluation fréquente et permanente.

Les médecins se sont étonnés que le placement puisse être ordonné simultanément au KK_____ et à l'hôpital psychiatrique de P_____, soit un établissement qui accueillait des patients, non pas sur le long terme, mais pour traiter des épisodes de crises aiguës.

Ils ont encore souligné que si, actuellement, une mesure ambulatoire paraissait difficilement réalisable au vu des récents échecs répétés, ils ne pouvaient pas affirmer que, à l'avenir, pareil suivi ne puisse être la mesure appropriée, propre à permettre à X_____ de ne pas se retrouver dans des conditions qui imposaient un nouveau placement à des fins d'assistance.

C.fc Invité à compléter le rapport d'expertise, le D^r LL_____ a indiqué, le 20 mai 2016, que le traitement neuroleptique par injection halopéridol (Haldol), subi par X_____, présentait des effets secondaires notables, tels des vertiges, une sédation ou encore des épisodes de somnolence. Ces manifestations n'étaient pas de nature à modifier davantage les capacités de discernement et d'autodétermination, déjà considérablement altérées par le caractère évolutif de la pathologie. Le traitement n'était, par ailleurs, pas propre à exercer une quelconque incidence sur les constatations médicales et leurs conséquences, exposées dans le rapport d'expertise.

Selon le D^r LL_____, nonobstant la durée du placement à l'hôpital psychiatrique de P_____ et l'évolution de l'état de l'intéressée durant celui-ci, une approche ambulatoire des soins dispensés ne doit pas être privilégiée, eu égard à «la gravité des désordres psychopathologiques constatés». Seul un cadre institutionnel étayant et contenant est de nature à favoriser une évolution clinique positive.

Considérant en droit

1.

1.1 Le tribunal cantonal est compétent pour connaître des recours contre les décisions rendues par l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (art. 114 al. 1 let. c ch. 4 LACC; sur la répartition des compétences entre le juge des mesures de contrainte et le tribunal cantonal, cf. art. 439 al. 1 ch. 1 et 450 al. 1 CC; GEISER/ETZENBERGER, Commentaire bâlois, 2012, n. 4 *ad* 439 CC; GEISER, Das neue Erwachsenenschutzrecht und die Aufgabe der Gerichte, *in* RJB 2013 p. 11). Selon l'article 114 al. 2 LACC, un juge unique peut connaître des recours de la compétence du tribunal cantonal.

Dans le domaine du placement à des fins d'assistance, le délai de recours est de dix jours à compter de la notification de la décision (art. 450*b* al. 2 CC). Le recours ne doit pas être motivé, même s'il doit être néanmoins formé par écrit (art. 450*e* al. 1 CC).

1.2 En l'occurrence, le recours, déposé le 10 mai 2016, a été formé en temps utile et dans les formes prescrites. La recourante, directement concernée par la décision entreprise, a qualité pour recourir (art. 450 al. 2 ch. 1 CC). Le juge de céans, compétent en raison de la matière, peut dès lors traiter le recours.

1.3 La recourante a sollicité l'administration d'une surexpertise. Elle a fait, en substance, valoir que, lorsqu'elle avait été entendue par les experts judiciaires, elle était «sous médication par injection de Aldol et alopéridol, médicament puissant qui altère le discernement, (...), ralentit et endort les neurones». Elle a ajouté que, actuellement, elle était «sous médication normale soit Solian».

1.3.1 En cas de troubles psychiques, la décision de placement à des fins d'assistance doit être prise sur la base d'un rapport d'expertise (art. 450*e* al. 3 CC; cf. ég. art. 118*f* al. 1 let. b LACC). Dans ce rapport, l'expert doit se prononcer sur l'état de santé de l'intéressé. Il doit également indiquer en quoi les éventuels troubles psychiques risquent de mettre en danger la vie de la personne concernée ou son intégrité personnelle, respectivement celle d'autrui, et si cela entraîne pour ce qui la concerne la nécessité d'être assistée ou de prendre un traitement (ATF 140 III 101 consid. 6.2.2; 137 III 289 consid. 4.5). Dans l'affirmative, il incombe à l'expert de préciser 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. L'expert judiciaire doit encore indiquer si, en vertu du besoin de protection de l'intéressé, un

internement ou une rétention dans un établissement est indispensable, ou si l'assistance ou le traitement nécessaire pourraient lui être fournis de manière ambulatoire. Le rapport d'expertise précisera également si la personne concernée paraît, de manière crédible, prendre conscience de sa maladie et de la nécessité d'un traitement. Enfin l'expert doit indiquer s'il existe un établissement approprié et, le cas échéant, pourquoi l'établissement proposé entre effectivement en ligne de compte (ATF 137 III 289 consid. 4.5; 114 II 213 consid. 7; 112 II 486 consid. 4c).

Lorsque les conclusions d'une expertise apparaissent douteuses sur des points essentiels, le juge doit le cas échéant mettre en œuvre des preuves supplémentaires pour dissiper ces doutes (ATF 140 III 105 consid. 2.3; arrêts 5A_879/2012 du 12 décembre 2012 consid. 4; 5A_469/2013 du 17 juillet 2013 consid. 2.3).

Si l'autorité de protection de l'adulte a déjà fait établir une expertise indépendante, l'instance judiciaire de recours peut se baser sur celle-ci (arrêt 5A_444/2014 consid. 3.1; STECK, CommFam, Protection de l'adulte, 2013, n. 16 ad art. 450e CC; SCHMID, Erwachsenenschutz, 2010, n. 6 ad art. 450e CC). Selon les circonstances, une seconde expertise peut se révéler nécessaire peu de temps après l'administration d'un premier rapport (STECK, ESR Komm, 2^e éd., 2015, n. 9b et 11b ad art. 450e CC).

1.3.2 En l'espèce, l'expertise est suffisamment complète et compréhensible. Le rapport a été établi par des spécialistes dans le domaine de la psychiatrie, qui ne s'étaient pas encore prononcés sur la maladie de la recourante et n'avaient pas traité celle-ci. Il répond aux questions importantes pour l'appréciation de la cause (cf. ég. consid. 2.2.1).

Certes, lorsqu'elle a été entendue par le D^r GG_____, le 3 août 2015, et par les D^{rs} LL_____ et MM_____, le 7 mars 2016, X_____ était sous l'influence d'un traitement neurologique administré par voie intramusculaire dans les situations d'urgence et dont les effets secondaires sont notables, tel un ralentissement du patient et une diminution de ses facultés psychiques. Il n'en demeure pas moins que, selon le D^r LL_____, rompu aux expertises en raison de sa fonction au sein de l'hôpital du Valais, le traitement n'a pas exercé une quelconque incidence sur les constatations médicales et leurs conséquences, exposées dans le rapport. Par ailleurs, lorsque les experts judiciaires se sont, à nouveau, entretenus avec l'intéressée les 9 et 24 mars 2016, elle prenait un médicament - le Solian® -, dont elle n'a pas prétendu qu'il était de nature à diminuer sa capacité de concentration. L'intéressée a, au contraire, souligné

qu'elle entendait être traitée, à sa sortie de l'institution, notamment au moyen de ce médicament.

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'ordonner une seconde expertise.

2. En vertu de l'article 426 al. 1 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.

2.1

2.1.1 Le placement ne peut avoir pour but que l'aide et les soins à la personne placée, qui peuvent inclure tout l'éventail des mesures médico-sociales. Il peut s'agir d'assistance, par exemple pour accomplir les gestes essentiels de la vie quotidienne, ou de traitements de nature médicale, pouvant englober aussi bien des soins psychiques que des soins somatiques. L'aide à fournir prendra des formes très différentes en fonction de la pathologie dont souffre la personne (GEISER/ETZENSBERGER, n. 8 ss ad art. 426 CC; MEIER, CommFam, Protection de l'adulte, 2013, n. 48 ad art. 426 CC).

La notion de "trouble psychique" 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 (Message du 28 juin 2006 concernant la révision du code civil suisse [protection de l'adulte, droit des personnes et de la filiation], (ci-après : Message), *in* FF 2006 p. 6676; arrêt 5A_497/2014 du 8 juillet 2014 consid. 4.1; ATF 137 III 289 consid. 4.2).

2.1.2 Eu égard au principe de la proportionnalité, le fait que l'assistance ou le traitement nécessaire ne puisse pas être fourni d'une autre façon que par le biais d'un internement ou d'une rétention dans un établissement constitue l'une des conditions légales au placement. Tel peut notamment être le cas lorsque l'intéressé n'a pas conscience de sa maladie et de son besoin de traitement (ATF 140 III 101 consid. 6.2.3, et réf. cit.). L'établissement doit par ailleurs être "approprié", ce qui est le cas lorsque l'organisation et le personnel dont il dispose normalement lui permettent de satisfaire les besoins essentiels de la personne placée (arrêts 5A_497/2014 du 8 juillet 2014 consid. 4.1; 5A_614/2013 du 22 novembre 2013 consid. 4.2 ; ATF 114 II 213 consid. 7; 112 II 486 consid. 4c).

L'absence d'institution appropriée, ou le refus d'une institution appropriée qui n'est pas tenue d'accueillir un patient placé à des fins d'assistance, doit conduire à refuser le placement, comme sous l'ancien droit (GEISER, Commentaire bâlois, n. 25 *ad* art. 397a aCC; GEISER/ETZENSBERGER, n. 39 *ad* art. 426 CC). La réalisation effective de certains placements, qui remplissent toutes les autres conditions matérielles, dépend ainsi, en fin de compte, des infrastructures existantes (GUILLOD, CommFam, Protection de l'adulte, 2013, n. 75 *ad* art. 426 CC).

2.1.3 Il y a placement dès que la personne concernée est contrainte à séjourner plusieurs heures dans un lieu déterminé, sans qu'il soit nécessaire qu'elle y passe la nuit (JT 2014 III 111 consid. 4a; GEISER/ETZENSBERGER, n. 9 *ad* art. 437 CC, p. 514; FASSBIND, *Erwachsenenschutz*, 2012, pp. 318-319; BERNHART, *Handbuch der fürsorglichen Unterbringung*, 2011, n. 258, p. 106). Deux heures et demie par jour suffisent pour retenir l'existence d'un placement à des fins d'assistance (arrêt 5A_137/2008 du 28 mars 2008 consid. 3.1).

2.2

2.2.1 En l'espèce, le rapport d'expertise, établi par les D^{rs} LL_____ et MM_____, contient notamment un compte rendu des faits pertinents, une brève anamnèse, une observation clinique, ainsi qu'une appréciation claire et motivée de l'état psychique de l'expertisée. Les experts ont également répondu de manière précise aux questions qui leur ont été adressées par l'APEA. Le D^r LL_____ a complété le rapport à la demande du juge de céans. Il n'existe dès lors aucun motif pertinent de s'écarter des constatations des experts, d'autant plus que le rapport traite de questions demandant des connaissances particulières que ne possède pas le juge de céans.

Selon les experts judiciaires, X_____ souffre d'une pathologie psychiatrique chronique grave et invalidante. Ses facultés mentales et son équilibre psychique sont significativement altérés du fait notamment d'une perception erronée du sens de la réalité et d'une atteinte des facultés émotionnelles et cognitives. Elle souffre dès lors de troubles psychiques au sens de l'article 426 CC.

De par son déficit du contrôle pulsionnel, ses perturbations relationnelles massives et son caractère imprévisible pour corollaire, elle pourrait s'exposer à des conduites à risque. Le 7 janvier 2014, le D^r R_____ indiquait d'ailleurs qu'elle était connue pour des troubles schizo-affectifs, avec de multiples tentamen. Les D^{rs} U_____ et W_____ ont également souligné, au mois de novembre 2014, qu'en raison de sa

maladie, elle pouvait être menaçante et se mettre en danger en entrant en conflit avec les autres. L'infirmier CC_____, qui a suivi l'intéressée depuis 2006, a mis en évidence l'intolérance à la frustration et le comportement agressif et violent qu'elle adoptait très fréquemment lors de passages à l'acte. Les experts judiciaires ont, pour leur part, souligné que la thymie oscillait entre des phases de relative euphorie, des rires immotivés et des passages de profonde tristesse pathologique avec une comorbidité suicidaire. De par l'imprévisibilité et l'instabilité comportementales, inhérentes à la pathologie dont elle souffrait, elle pourrait menacer sa propre sécurité ou celle d'autrui. Un besoin d'assistance personnelle doit, pour ce motif, être admis.

De l'avis des experts judiciaires, X_____ présente un état d'anosognosie totale de la pathologie dont elle souffre. Certes, elle s'est rendue, à plusieurs reprises, spontanément à l'hôpital psychiatrique de P_____, mais après quelques jours, nonobstant une situation de crise, elle a souhaité quitter l'établissement. Les séjours ont dès lors dû être convertis en placement à des fins d'assistance. De surcroît, hormis durant quelque mois en 2011, de 2006 à 2015, plusieurs modalités de prise en charge ambulatoire ont été mises en place sans qu'une collaboration étroite ne puisse être obtenue de l'intéressée, qui manquait de façon quasi systématique les entretiens proposés, ne se présentait qu'au moment des crises et ne respectait pas les prescriptions médicamenteuses. L'intéressée a d'ailleurs déclaré au juge de céans que la prise de Solian® et de Temesta®, rapprochée de l'assistance de son ami, était suffisante pour prévenir les rechutes. C'est dire qu'elle n'a pas pris conscience de sa maladie et de la nécessité d'un traitement. D'autres mesures moins contraignantes que le placement ne permettent pas, en l'état, de protéger X_____ de façon appropriée.

Nonobstant la durée du placement dans l'établissement psychiatrique de P_____ et l'évolution de l'état de santé, le D^r LL_____ estime que, eu égard à la gravité des désordres psychopathologiques constatés, seul un cadre institutionnel étayant et contenant est de nature à favoriser une évolution clinique positive. Les D^{rs} DD_____ et V_____, qui suivent l'intéressée, partagent cette appréciation. Dans ces circonstances, il y a lieu de confirmer la mesure de placement à des fins d'assistance.

2.2.2 Le KK_____ privilégie l'approche thérapeutique intégrative basée sur un modèle bio-psycho-social. Pareille approche est préconisée par les experts judiciaires et les D^{rs} DD_____ et V_____. Le KK_____ constitue dès lors un établissement approprié.

2.2.3 L'APEA a ordonné le placement «dès que possible» au KK_____. Dans l'intervalle, la recourante devait demeurer dans l'établissement psychiatrique de P_____.

L'hôpital psychiatrique de P_____ est un lieu de soin psychiatrique aigu, qui accueille des patients non pas à long terme, mais pour traiter des épisodes de crise. Actuellement, l'état clinique d'X_____ est stable. Elle ne présente pas de troubles significatifs du comportement et sa maladie est contrôlée par la prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique et médicamenteuse. Pareille prise en charge, propre à réduire les risques d'auto et d'hétéro-agressivité liés à l'imprévisibilité et à l'instabilité comportementales inhérentes à la pathologie dont souffre l'intéressée, peut être administrée dans le cadre du KK_____. Dans ces circonstances, cet établissement est mieux adapté à la situation actuelle de la recourante.

Il est certes indéniable que X_____ a actuellement besoin d'un encadrement et d'un suivi médicamenteux strict qui ne seraient pas assurés si elle sortait immédiatement de l'établissement psychiatrique de P_____. A ce jour, en effet, un suivi psychiatrique ambulatoire n'a pu être réalisé sur la durée en raison notamment du refus de l'intéressée de se conformer aux mesures thérapeutiques prescrites. Il convient dès lors d'impartir un court délai à l'autorité intimée pour que le transfert de la recourante au KK_____, plus approprié à ses besoins actuels que l'hôpital psychiatrique de P_____, intervienne rapidement. Compte tenu de la nécessité de bénéficier d'une place disponible, il se justifie de fixer à l'APEA un délai au 30 juin 2016 pour opérer ledit transfert. Si celui-ci ne devait pas être intervenu dans ce délai, la décision de placement à des fins d'assistance sera caduque (cf. arrêt 5A_864/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.3; ATF 140 III 101 consid. 6.3).

2.3 L'APEA a décidé que, en fonction de l'évolution des troubles psychiques de X_____, «les équipes soignantes du KK_____ et de P_____ pourront si nécessaire la faire hospitaliser, toujours en PAFA, jusqu'à ce que son état de santé autorise un retour au foyer».

2.3.1 L'exigence d'une institution appropriée constitue un aspect de l'appréciation du principe de la proportionnalité. Si un changement des circonstances devait amener à placer la personne dans une autre institution que celle prévue dans la décision initiale, une nouvelle décision devrait être rendue dans la mesure où la notion d'établissement approprié fait partie des conditions matérielles du placement (GUILLIOD, n. 76 ad

art. 426 CC; GEISER/ETZENSBERGER, n. 54 ad art. 426 CC; ROSCH, n. 15 ad art. 426 CC).

2.3.2 En l'espèce, pour les motifs exposés par les experts judiciaires, le placement de la recourante au KK_____ est apte à atteindre le but d'assistance et de traitement visé. Dans la mesure où l'assistance dont l'intéressée a besoin ne peut, dans l'immédiat, lui être fournie d'une autre manière que par le maintien de son placement à l'hôpital psychiatrique de P_____, celui-ci a été confirmé jusqu'au 30 juin prochain au plus tard, date à laquelle il devra toutefois être levé si, dans l'intervalle, le placement au KK_____ n'est pas intervenu.

La mesure ordonnée se confond avec un placement simultané dans deux établissements. Elle n'est pas de nature à garantir le droit de la recourante à bénéficier de l'établissement le mieux adapté à sa situation. Elle a surtout pour effet de «déléguer» la compétence de statuer en cas de changement de circonstances aux institutions concernées. Pareille «délégation» est contraire à la loi. La décision querellée doit, à cet égard, être annulée.

2.4

2.4.1 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 la 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, p. 6696). Il peut en effet arriver que l'état se soit amélioré, mais qu'une prise en charge ambulatoire ne soit pas pour autant possible ou que cet état ne soit pas encore suffisamment stabilisé (JT 2015 III 207 consid. 4.2).

La libération est ordonnée, d'office ou sur demande, par l'autorité de protection de l'adulte (art. 428 al. 1 CC) ou par l'institution (art. 428 al. 2 et 429 al. 1 CC). Un placement à des fins d'assistance est toujours prononcé pour une durée indéterminée puisque, en tant *qu'ultima ratio*, il doit durer le moins longtemps possible. Fixer une durée minimale de placement serait contraire au principe de la proportionnalité (GUILLIOD, n. 81 ad art. 426 CC; cf. ég. GEISER/ETZENSBERGER, n. 48 ad art. 426 CC; ROSCH, n. 15 ad art. 426 CC).

2.4.2 La recourante n'est pas apte, actuellement, à bénéficier, comme elle le souhaite d'une certaine autonomie. Le placement ordonné tend à ce que, à l'avenir, le traitement ambulatoire, qui peut consister notamment en la prise de certains médicaments et l'obligation de se présenter régulièrement à une autorité sanitaire déterminée ou de suivre une thérapie (art. 62 al. 3 LACC), puisse être la mesure appropriée de nature à prévenir les rechutes. Les D^{rs} DD_____ et V_____ ont préconisé de limiter le placement dans le temps et de le soumettre à une réévaluation fréquente et permanente. Pareille limitation serait contraire au principe de la proportionnalité. En revanche, il convient d'ordonner au KK_____ de remettre à l'APEA un rapport circonstancié sur l'évolution du placement à une fréquence mensuelle. La recourante est par ailleurs rendue attentive au fait qu'elle peut demander sa libération en tout temps (art. 426 al. 4 CC).

3. Le recours est partiellement admis dans le sens des considérants. Il n'est pas perçu de frais pour la présente décision ni alloué de dépens.

Par ces motifs,

Prononce

Le recours est partiellement admis; en conséquence, il est statué :

1. Le placement de X_____ ordonné à l'hôpital psychiatrique de P_____ est maintenu jusqu'au 30 juin 2016 au plus tard.
Dans l'intervalle, X_____ devra être transférée au Centre KK_____, à NN_____, sous peine de caducité de la mesure de placement à des fins d'assistance.
2. Le KK_____, à NN_____, adressera à l'Autorité de Protection de l'Enfant et de l'Adulte de M_____ un rapport circonstancié mensuel.
3. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 24 mai 2016