Décision de prescrire un traitement sans consentement

à une personne souffrant d'un trouble psychique

par le médecin-chef de service ou son suppléant désigné

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vu

- les articles 432, 433, 434 et 439 du code civil suisse (CC ; RS 210);

- les articles 114 alinéa 1 lettre b et 118e de la loi du 24 mars 1998 d'application du code civil suisse (LACC ; RS/VS 211.1);

Considérant

- que la personne mentionnée ci-dessous est placée dans l'institution :

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 pour y recevoir un traitement en raison d'un trouble psychique (personne concernée) :

 Nom : ……………………………………………………………. Prénom : …………………………………..………………………

 Date de naissance : ………………………………………. Filiation : ………………………………………………………….

 Etat civil : ………………………………………. Nationalité : ……………………………………….

 Adresse exacte : ………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| - qu'un plan de traitement a été établi en la forme écrite par le médecin traitant avec la personne concer- |
|  née et avec |  | ou sans |  | sa personne de confiance |

- que le médecin traitant a renseigné utilement la personne concernée et, le cas échéant, la personne de confiance sur tous les éléments essentiels du traitement médical envisagé;

- que la personne concernée n'a pas donné son consentement au plan de traitement;

- que le médecin-chef de service soussigné ou son suppléant désigné a procédé lui-même à l'examen de la personne concernée;

- qu'il a lui-même et directement auditionné la personne concernée sur sa situation et la mesure envisagée, puis consigné l'essentiel de ses déclarations à son dossier;

- que ces actes d'instruction, menés au sein de l'institution, ont eu lieu le ………………………………………….…….;

- qu'il est établi, à l'issue de ces actes d'instruction et avec mentions utiles au dossier :

 a/ que la personne concernée souffre d'un trouble psychique pour lequel un plan de traitement a été établi;

 b/ que le plan de traitement est nécessaire à la prise en charge du cas d'espèce;

 c/ que les soins médicaux prévus dans le plan de traitement doivent être administrés au motif que les trois conditions suivantes sont cumulativement réalisées, à savoir :

 1° le défaut de traitement met gravement en péril :

|  |  |
| --- | --- |
|  | la santé de la personne concernée, et/ou |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | la vie, ou |  | l'intégrité corporelle d'autrui; |

 2° la personne concernée n'a pas la capacité de discernement requise pour saisir la nécessité du traitement;

 3° les soins prévus dans le plan de traitement sont proportionnés à la cause du placement et conformes aux connaissances médicales les plus récentes;

- …

d é c i d e :

1. Mme/M.…………………………………………...…………………………….…, placé(e) en institution en raison d'un trouble psychique, doit y recevoir un traitement sans son consentement.

2. Il(elle) doit recevoir les soins médicaux prévus par le plan de traitement établi le ……………………………………

 par le médecin …………………………………………...………………………………………………….…………………………………..

3. Le traitement sans consentement doit prendre fin dès qu'une des conditions dont dépend son prononcé n'est plus réalisée.

4. Le plan de traitement, établi le ………………………………………………………….…, doit être constamment adapté à l'évolution de la médecine et à l'état de la personne concernée.

5. La présente décision peut faire l'objet d'un appel auprès du tribunal des mesures de contrainte (Rue Mathieu-Schiner 1, Case postale 2054, 1950 Sion 2) dans les dix jours à compter de sa notifica­tion; l'appel n'a pas d'effet suspensif.

Ainsi décidé à …………………………………………….. le …………………….……………………………

pour être notifié directement à la personne concernée en mains propres, notification accompagnée d'un formulaire-type d'appel, et être communiqué :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | à la personne de confiance |  | par pli recommandé ou |  | en mains propres, à savoir |
|  | Mme/M.………………………………………………………………………………………..……………….…...…………………………, en l'informant de sa possibilité de faire appel au moyen d'un formulaire-type joint à la communication |

Le médecin-chef de service ou son suppléant désigné :

Nom : ……………………………………… Prénom : …………………………………… Signature : …..…………………………………

Timbre professionnel