**Lettre pour arrêt des traitements.**

Votre nom / Votre adresse / Votre numéro de téléphone

Lien de parenté ou d’amitié avec le patient

Docteur Y.

Nom de l’établissement de santé

Docteur,

C’est de manière explicite que nous (personne de confiance, parent, ami) venons vous demander l’arrêt IMMEDIAT de toutes les thérapies « actives » en cours concernant M. (Mme) X, âgé(e) de…, hospitalisé(e) dans votre service depuis le xx/xx/20xx, conformément aux articles L. 1110-5 et suivants du code de la santé publique.

Continuer à lui administrer, contre sa volonté clairement exprimée lorsqu’il (elle) était en état de le faire, des produits tels que (détailler si possible : antibiotiques, anticoagulants…) nous paraît en effet relever de ce que la loi qualifie d’« obstination déraisonnable ».

M. (Mme) X se trouve en fin de vie. La poursuite, contraire à la volonté du malade, des traitements administrés s’apparente aujourd’hui à un acharnement inutile et disproportionné. Ils ne servent qu’à prolonger son agonie dans le meilleur des cas et, dans le pire, à lui faire courir le risque d’une brève survie dans des conditions de vie inacceptables qu’il (elle) a précisément toujours refusées, ce qui serait de nature à engager votre responsabilité civile.

Nous vous demandons donc instamment :

* d’ordonner immédiatement l’arrêt de l’administration de TOUT traitement n’ayant pas pour objet exclusif le confort du malade,
* de prodiguer à M. (Mme) X les soins palliatifs de nature à lui assurer une fin de vie paisible.

Ce faisant, nous ne vous demandons que d’appliquer la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. En effet cette loi reconnaît désormais à tout malade un droit au « laisser mourir », sans souffrances. Nous vous demandons donc de lui appliquer une sédation profonde et continue jusqu’au décès, conformément aux dispositions suivantes :

*Art. L. 1110-5-2 : « A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre […] »*

*Art. L. 1110-5-3 : « Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »*

Chargés (aux termes de ses directives anticipées) par M. (Mme) X de faire respecter ses volontés ainsi que les droits reconnus par la loi et soucieux d’accomplir fidèlement notre mission, nous vous informons que nous n’hésiterons pas à saisir le Conseil départemental de l’Ordre des médecins, voire à engager votre responsabilité civile devant les tribunaux, ce que nous serions tenus de faire si nous ne devions pas être entendus.

En vous remerciant par avance de nous tenir informés, nous vous prions de croire, Docteur, à l’assurance de notre considération distinguée.

Fait en double exemplaire, dont un remis en main propre, le xx/xx/20xx à xx heures au docteur Y. de (nom de l’établissement de santé).

Votre signature

*PJ : Copie des directives anticipées de M. (Mme) X*

*Copie : Responsable de la commission juridique de l’ADMD, responsable de la commission Soignants de l’ADMD*

 *Directeur de l’établissement hospitalier, président de la commission des usagers de l’établissement*