**Lettre pour arrêt des traitements (relance).**

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

***Copie****:* Délégué National chargé de la commission juridique de l’ADMD, Délégué National chargé de la commission Soignants de l’ADMD, Directeur de l’établissement hospitalier, président de la commission des usagers de l’établissement

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).

Docteur,

En l’absence de réponse à la lettre que nous vous avons adressée le (date de la première lettre), sollicitant l’arrêt des traitements conformément à la volonté exprimée par M. (Mme) X, nous constatons que ce malade est toujours victime d’une obstination thérapeutique déraisonnable, et ce, en violation des articles L. 1110-5 et suivants du Code de la santé publique.

Nous renouvelons donc notre demande de façon plus pressante afin que vous arrêtiez IMMEDIATEMENT toutes les thérapies actives en cours.

En effet, ainsi que nous vous l’indiquions, continuer à administrer à M. (Mme) X, contre sa volonté clairement exprimée lorsqu’il (elle) était en état de le faire, des produits tels que (détailler, si possible) relève d’un acharnement inutile et disproportionné. Ces traitements ne font plus aujourd’hui que prolonger son agonie, lui faisant courir le risque d’une brève survie dans des conditions qu’il (elle) a toujours précisément refusées et qui sont donc inacceptables.

Ce faisant, vous êtes en contradiction avec les dispositions légales stipulées dans le texte de loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie : articles L. 1110-5, L. 1111-4 du code de la santé publique *(joindre si nécessaire le texte des dits articles).*

En conséquence, nous vous demandons de stopper l’administration de TOUT traitement n’ayant pas pour objet exclusif le confort de (parent, ami…) et de lui prodiguer les soins palliatifs de nature à lui assurer une fin de vie paisible. Nous vous demandons de soulager le (parent, ami…) et de lui appliquer une sédation profonde et continue jusqu’au décès, en conformité avec la loi du 2 février 2016 :

*Art. L. 1110-5-2 : « À 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. »*

Dans le cas contraire et si nous devions ne pas être entendus, nous serions contraints de saisir le Conseil départemental de l’Ordre des médecins et d’engager votre responsabilité civile devant les tribunaux.

Vous remerciant de nous tenir informés sans délai des suites que vous entendez donner à ce courrier, nous vous prions de croire, Docteur, à l’assurance de notre considération distinguée.

Votre signature

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