**Lettre pour arrêt de l’obstination déraisonnable.**

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 expresse que nous *(proches parents, personne de confiance)* 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/xxxx, conformément aux articles L. 1110-5, L. 1110-5-1 et L. 1111‑4 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…)* relève en effet d’une obstination déraisonnable.

M. (Mme) X se trouve en fin de vie. Les traitements qui lui sont administrés ne lui apportent plus aucun bénéfice. Ils sont devenus trop lourds à supporter et leur poursuite s’apparente manifestement 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 de survivre dans des conditions de vie inacceptables qu’il (elle) a toujours refusées, ce qui est de nature à engager votre responsabilité civile.

Nous vous demandons donc :

(a) d’ordonner immédiatement l’arrêt de l’administration de TOUT traitement n’ayant pas pour objet exclusif le confort du malade *(alimentation, hydratation et assistance respiratoire)*,

(b) de prodiguer à M. (Mme) X les soins palliatifs afin de 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 personnes malades et des personnes en fin de vie qui reconnaît au malade un droit au « laisser mourir », sans souffrances.

Soucieux de voir respecter la volonté de M. (Mme) X et les droits qui lui sont reconnus par la loi, nous vous informons que nous n’hésiterons pas à saisir le Conseil départemental de l’Ordre des médecins et à engager votre responsabilité civile devant les tribunaux si nous ne devions pas être entendus.

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*