**Lettre pour mise en œuvre d’une sédation terminale.**

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,

En dépit des demandes que nous vous avons adressées et en opposition flagrante avec les articles L. 1110-5, L. 1110-5-1 et L. 1111‑4 du code de la santé publique, nous constatons que M. (Mme) X est toujours victime d’une obstination thérapeutique déraisonnable. Nous renouvelons notre demande de façon plus expresse afin que vous arrêtiez IMMEDIATEMENT toutes les thérapies actives en cours.

En effet, 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)* relève d’un acharnement inutile et disproportionné. Ces traitements 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 inacceptable qu’il (elle) a toujours refusées, ce qui est de nature à engager votre responsabilité civile.

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.

En conséquence, nous vous demandons de stopper l’administration de TOUT traitement n’ayant pas pour objet exclusif le confort de M. (Mme) X et de lui prodiguer les soins palliatifs de nature à lui assurer une fin de vie paisible. Nous vous demandons également de le soulager, de le faire bénéficier / de lui administrer une sédation terminale, en conformité avec la loi du 2 février 2016, article L. 1110-5-2 et L. 1110-5-3 du code de la santé publique.

Dans le cas où vous persisteriez, 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*