

Témoignage : « J'ai reçu 3 mails de la CPAM me proposant une assistance pour mourir »

Le 12 mai 2026

Le 26 avril 2026, un homme de 57 ans m'a affirmé devant témoin : « J'ai déjà reçu 3 mails de la CPAM me disant : *“Vous êtes en invalidité, si ça ne va pas trop, vous pouvez recevoir une assistance pour mourir”*. »

Il a répété plusieurs fois avoir été choqué de recevoir non pas un, mais TROIS mails à ce sujet. Je lui ai demandé de me les envoyer. Mais au lieu de cela, il a téléphoné à la CPAM, qui se trouve à 1h30 de chez lui en voiture. Un agent de la CPAM est venu chez lui illico et a tout effacé en lui disant qu'il s'agissait d'une « fake-news » !

Bien qu'il soit en invalidité, les pathologies qui rendent homme « éligible » au « droit à mourir » ne le rendent pas pour autant suicidaire. Heureusement pour lui...

Mais si de telles « fake news » peuvent déjà être envoyées et reçues avant même l'adoption de la loi sur le « droit à mourir », qu'en sera-t-il *après* son adoption ? Quel effet pourront avoir, sur des patients dépressifs, de telles incitations à programmer son propre suicide médicalement assisté ?

Témoignage : Des patients Alzheimer encore alertes sont euthanasiés en milieu hospitalier

Fin mars 2026, j'ai recueilli le témoignage suivant :

« Je travaille dans un hôpital de province. Dans les couloirs, je croise des personnes debout, souriantes, mais qui ont Alzheimer. Après une “réunion collégiale” les concernant, en présence de leur famille et de médecins, ces personnes sont mises sous perfusion. Deux ou trois jours plus tard, elles ne sont plus là. »

La législation déjà applicable depuis 10 ans est donc d'ores et déjà interprétée de façon... plutôt « large ».

La loi Clayes-Leonetti du 2 février 2016 permet aux personnes malades dont la fin de vie est inéluctable de ne pas subir d'agonie en recevant une « *sédation profonde et continue jusqu'au décès* » (article L. 1110-5-2* du code de la Santé publique.*A lire ci-dessous *in extenso*).

Lien légifrance :

(sauvegardé ici le 15 juillet 2025 :

<https://www.santepublique-editions.fr/objects/article-L1110-5-2-code-de-la-sante-publique-legifrance.pdf>)

Mon enquête depuis un an révèle que cette loi est désormais largement appliquée, tant à domicile que dans les établissements recevant des personnes malades ou âgées, selon les dires de tous les soignants avec qui je me suis entretenue, confirmés par les témoignages de personnes ayant été confrontées à la maladie incurable, puis à la mort d'un membre de leur famille.

Dans plusieurs cas, cette « mort choisie » a été déclenchée alors que le patient était encore en pleine possession de ses moyens intellectuels.

La morphine (principalement) utilisée provoque une analgésie (privation de la sensibilité à la douleur) et une anesthésie générale (privation totale de la faculté de sentir ; torpeur, endormissement) de quelques jours, suivie du décès du patient endormi.

Témoignage : « *Je ne pensais pas que cela irait aussi vite* »

Un homme dont la mère, qui venait de recevoir au printemps 2025 un diagnostic de cancer du cerveau et a subi, dans la foulée, cette sédation profonde et continue alors qu'elle était encore capable de marcher, de parler et de s'alimenter par elle-même, ce qui a entraîné son décès en quatre jours, m'a

confié, encore sous le choc : « *Je ne pensais pas que cela irait aussi vite.* »

Ce que permettrait la *nouvelle* loi sur le « droit à mourir », c'est le décès en quelques minutes de patients ayant encore plusieurs années d'espérance de vie.

C'est ainsi que la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap) a estimé à 1 million (*Le Monde*, 16 février 2026) le nombre de patients « éligibles » au vu des critères définis par son Article 4, qui ne sont donc pas si restrictifs qu'ils semblent l'être, au regard de l'état de santé de la population française, qui compte 13 millions de personnes en ALD (Affection longue durée).

Le fait le plus marquant que m'ont révélé les très nombreuses conversations que j'ai eues au sujet de cette loi avec de multiples personnes depuis le printemps 2025 est que 100% de celles qui sont favorables à cette nouvelle loi ignorent tout de son contenu, ne se sentent pas directement concernées mais veulent « pouvoir choisir » le cas échéant.

En France en 2026, le seul réel obstacle que rencontrent les personnes malades, qu'elles soient ou non en fin de vie, c'est l'existence de « déserts médicaux » dans lesquels il est tout aussi impossible de déclarer un médecin traitant que d'obtenir une consultation ou une visite médicale, ou d'accéder à des soins palliatifs.

Ne trouvez-vous pas sordide de préparer une loi qui règle ce très grave problème en ne prévoyant à aucun moment l'implication du médecin traitant, mais en constituant un bataillon de médecins et d'infirmiers inscrits sur une liste, comme le prévoit l'Article 14-III, aptes à se déplacer sur tout le territoire pour donner la mort à des patients qui voudront la programmer, ce qu'ils pourront faire sans en informer leurs proches ?

Ne trouvez-vous pas sordide que la nouvelle rédaction de l'Article 17 adoptée le 25 février dernier par l'Assemblée nationale n'empêche pas des sociétés privées de faire de la publicité pour l'euthanasie et le suicide assisté, pudiquement nommés « aide à mourir », après avoir recruté ces médecins et ces infirmiers pour pratiquer ces actes qui seront remboursés par la Sécurité sociale et par les mutuelles (Article 18, muet sur l'impossibilité de créditer le compte bancaire du défunt, qui sera bloqué...).

Il suffirait que ces sociétés privées recourent aux services d'agences de communication pour élaborer des publicités conçues comme des informations sur le « droit à mourir », conformes à cette rédaction de l'Article 17 approuvé par l'Assemblée nationale le 25 février dernier...

Le Sénat examine en ce moment en séance publique un texte dont l'Article 17 vient d'être expurgé de ces dispositions par sa Commission sociale.

Mais l'Assemblée nationale, qui aura le dernier mot, pourrait les réintroduire... Et quand bien même elle ne le ferait pas, ces pratiques, n'étant pas expressément interdites dans la version du texte que le Sénat examine, pourront avoir court... le plus légalement du monde, si la loi reste muette sur ce point.

Les boîtes mail des 13 millions de personnes en ALD, de même que les notifications Ameli des 2,4 millions de personnes atteintes d'un handicap visible en France, n'ont pas fini de contenir des « fake news » qui seront devenues... légales.

Des personnes Éligibles au droit à mourir veulent VIVRE et font entendre leur voix

Dans une lettre qu'elle m'a adressée le 6 mars 2026, Madame Yaël Braun-Pivet, Présidente de l'Assemblée nationale écrit que la nouvelle loi est « *très attendue par nos concitoyens* ».

Nombre d'entre eux, pourtant parmi les plus concernés puisqu'ils sont d'ores et déjà « éligibles » au « droit à mourir », la redoutent plus qu'ils ne l'attendent !

« J'ai peur qu'on me rembourse mon euthanasie plutôt que mon traitement », confie un homme de 41 ans qui dépend de la Sécurité sociale pour son traitement, et donc pour sa survie (*Politis*, 20 janvier 2026).

Regroupés en association, Les « Éligibles » et leurs aidants ont rédigé, pour faire entendre leur voix, le Manifeste que voici :

<https://leseligibles.fr/manifeste>

**

01 — Notre Appel

« Nous sommes des personnes malades, handicapées, vieillissantes, en situation de précarité, que certains désignent comme « éligibles » à l'euthanasie ou au suicide assisté. À nos côtés, des familles, des proches, des aidants, des professionnels, des membres de la société civile affirment avec nous : Nous sommes tous des Éligibles. »

Tous nous vivons, assumons et partageons une même vulnérabilité. Au-delà de toute considération politique ou confessionnelle, notre inquiétude est commune. Elle nous mobilise et nous oppose à la proposition de loi relative à l'aide à mourir. Car cette loi, loin d'être une simple réforme, engage un projet de société. Elle crée une fracture symbolique majeure : celle qui distingue les vies qui valent d'être accompagnées de celles qu'on peut proposer d'interrompre.

Nous refusons cette fracture.

02 – Notre Indignation

->Un contexte inquiétant

Cette loi intervient dans un contexte politique et social qui ne peut que nourrir les inquiétudes de celles et ceux qui vivent la dépendance, le handicap, l'âge et/ou la maladie. Nous venons de franchir le seuil des 20 ans de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, dont l'un des fondamentaux renvoyait à l'obligation de solidarité collective. Or aujourd'hui, tous les constats vont dans le sens de notre incapacité à fournir un accompagnement technique et humain digne de ce nom aux personnes qui en ont besoin. À cela s'ajoute un secteur du soin en berne, et une crise profonde du secteur de l'aide à domicile – les proches-aidants sont devenus la variable d'ajustement des politiques publiques en matière d'accompagnement, le pilier d'un système qui ne sait toujours pas respecter l'autonomie de toute personne.

->Nous ne sommes pas des fardeaux

Par ailleurs, l'accompagnement est encore trop souvent perçu comme une « prise en charge », et les personnes accompagnées encore trop souvent

considérées comme des « objets de soins ». Beaucoup de personnes concernées se sentent comme un poids pour leurs proches et la société toute entière. Nous le savons : notre fragilité ne diminue en rien notre dignité. Elle est même l'expression de notre condition humaine.

Nous ne sommes pas des fardeaux. Nous ne sommes pas des coûts sociaux. Nous sommes des femmes et des hommes debout, des citoyens à part entière, porteurs d'expériences, de luttes, de volontés. Nous vivons avec la douleur, l'incertitude, la dépendance.

->Le droit de mourir n'est pas notre liberté

Nous vivons avec la douleur, l'incertitude, la dépendance. Nous savons mieux que d'autres qui en traitent comme d'une déchéance, ce qu'est la souffrance du corps et de la pensée, mais aussi avec quelle force on s'efforce jour après jour de la surmonter afin de préserver ou de reconquérir des espaces de liberté.

Que l'on ne nous parle donc pas de la liberté de renoncer à la vie, d'y mettre un terme en recourant à l'euthanasie ou au suicide assisté alors que notre conception de la liberté relève d'une volonté de vivre notre vie. Nous refusons que le « droit de mourir » devienne la norme sociale et une forme de devoir moral que devraient accepter d'assumer les plus vulnérables en y sacrifiant ce

qu'ils sont. Nous refusons qu'une société prétende soulager la souffrance en légalisant l'élimination des personnes qui souffrent.

03 — Notre Espérance

Nous demandons un basculement de regard : que l'on cesse d'interroger notre droit à mourir, pour enfin se demander comment nous permettre de vivre pleinement, malgré la dépendance, le handicap, la maladie, l'âge ou la souffrance. Les Éligibles veulent placer leur démarche dans une pulsion de vie, rappeler combien il est nécessaire de lui donner sa chance. Nous demandons que la vulnérabilité soit reconnue comme un levier d'humanité partagée, et non comme un critère de mise à l'écart. Nous demandons que la liberté ne soit pas réduite au choix de mourir, mais étendue au pouvoir de vivre dignement.

Nous proposons un basculement de cette attention aux conditions de notre mort pour qu'avec le même empressement soit ouverte une concertation consacrée aux conditions de notre vie en société, à nos droits existentiels et à notre autonomie.

Nous voulons une société qui soigne, qui accompagne, qui soutient. Une société qui ne renonce pas à la fraternité.

04 — Nos Exigences

01-Le retrait pur et simple de la proposition de loi sur l'aide à mourir tant que l'accès aux soins palliatifs n'est pas garanti, partout et pour tous.

02-L'organisation d'un Grenelle* de l'accompagnement pour refonder la politique du soin, du lien et de la solidarité envers les personnes vulnérables.

03-Un plan d'urgence pour les métiers de l'aide et du soin, incluant une revalorisation salariale et une révision des aides versées aux bénéficiaires.

04-La généralisation de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), quel que soit l'âge ou la pathologie, avec une gestion nationale équitable.

05-Une réforme du modèle d'accompagnement, conforme à la Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées (CIDPH) : autonomie accompagnée, co-construction des parcours, citoyenneté pleine et entière.

Ajoutez votre voix à la nôtre !

* *

Les Éligibles et leurs aidants invitent tout un chacun à signer ce Manifeste :

<https://leseligibles.fr/manifeste>

Le gouvernement attaque aussi les bien-portants : L'anticoagulant LOVENOX ne sera plus remboursé directement aux pharmaciens par la Sécurité Sociale

Le 12 mai 2026

Conçu et mis sur le marché par le laboratoire Sanofi (on l'appelle médicament « princeps » par opposition aux génériques), le LOVENOX est l'anticoagulant (molécule : enoxaparine sodique) administré dans toutes les cliniques, et aussi domicile : dès lors que vous ne pouvez plus marcher pendant quelques jours ou quelques semaines, le médecin prescrit des injections sous cutanées dans l'abdomen de cette molécule qui a largement fait la preuve de son efficacité, tant pour la prévention de la thrombose que pour son traitement.

Le corps est ainsi fait que lorsqu'il ne bouge plus assez, le sang s'épaissit, puis se forment des caillots qui, s'ils ne sont pas dissous par l'administration de LOVENOX, provoquent une thrombose veineuse profonde (douleur dans les jambes, gonflement), et/ou une embolie pulmonaire : la personne présente des difficultés respiratoires et la mort survient, en dépit de la mise sous oxygène, si le LOVENOX n'est pas administré à temps.

Le gouvernement n'a rien trouvé de mieux, dans le cadre de la réduction de 2 milliards d'euros des dépenses de la Sécurité sociale annoncée le 21 avril dernier par le Premier ministre Sébastien Lecornu, que de modifier de fond en comble les modalités de remboursement de nombreux médicaments, parmi

lesquels cet anticoagulant injectable LOVENOX du laboratoire Sanofi.

Actuellement, une personne en ALD bénéficie du remboursement de l'intégralité de son prix, qui est effectué directement au pharmacien, sans aucune avance de la part du patient, sous réserve que la mention « non substituable » figure sur l'ordonnance.

A compter de juin (ou de septembre) 2026, il faudra obligatoirement recourir aux génériques et non au LOVENOX lui-même (princeps) pour bénéficier de ce remboursement direct au pharmacien par la Sécurité sociale, y compris pour les patients en ALD (Affection Longue Durée, prise en charge à 100% des frais médicaux liés à cette affection).

Pour bénéficier du LOVENOX princeps, il faudra donc faire l'avance intégrale de son prix (TFR, tarif forfaitaire de responsabilité) et attendre le remboursement de la Sécurité sociale.

Contacté à ce sujet la semaine dernière, le laboratoire Sanofi ne semblait pas être informé de cette future modification (pourtant confirmée par deux pharmaciens d'officine distincts), affirmant faussement qu'elle ne s'appliquait pas aux médicaments « bio-cellulaires ».

Actuellement, les génériques d'énoxaparine sodique et le princeps LOVENOX sont au même prix : 48 euros la boîte de 10 seringues de LOVENOX 0,6 (que les médecins prescrivent généralement à raison d'une injection toutes les 12 heures en cas de thrombose constituée) et 25,45 euros pour 6 seringues de LOVENOX 0,4, utilisé en prévention (une injection par 24 heures). « Voie sous-cutanée ou intraveineuse et voie extracorporelle dans le circuit de dialyse », est-il écrit sur la boîte).

Les seringues de LOVENOX princeps, contrairement aux génériques (des laboratoires TEVA, ARROW, ZENTIVA et BIOGARAN) présentent en outre la particularité d'être munies

d'un système de sécurité les rendant sûres et d'utilisation facile, y compris par des non-professionnels : un manchon se déploie automatiquement dès que la seringue est entièrement vidée. Sur prescription médicale, en injection sous-cutanée, on peut se l'injecter soi-même après avoir été formé par un médecin ou un infirmier, ainsi que cela est mentionné sur la notice.

À ce jour, j'ignore encore pourquoi le LOVENOX princeps est actuellement l'anticoagulant quasi exclusivement administré dans les cliniques. Est-ce en raison de la sûreté de son injection ? ou pour d'autres raisons... médicales ?

Comment réagira l'organisme des patients qui seront contraints de recourir aux génériques ? Auront-ils des effets indésirables, comme par exemple l'augmentation du nombre de plaquettes induisant une coagulation sanguine accrue ?

Le passage d'un médicament princeps à un générique, on l'a vu il y a quelques années pour un grand nombre de personnes sous traitement d'hypothyroïdie, peut poser des problèmes.

La thrombose et l'embolie pulmonaire tueront-elles des personnes bien portantes mais temporairement immobilisées à la suite d'un accident de ski, ou après une intervention chirurgicale bien maîtrisée comme la pose d'une prothèse de hanche ou de genou ?

La profession médicale dans son ensemble a tout intérêt à monter au créneau pour faire reculer le gouvernement, car le LOVENOX n'est pas un médicament de confort !

L'intention du gouvernement de démanteler notre système de soin devient de plus en plus manifeste, à tel point que la loi sur le « droit à mourir » pourrait apparaître de plus en plus clairement comme la première étape d'un grand chamboulement dont nous ferons tous les frais.

Bien sincèrement à vous,
Annie Lobé
Journaliste scientifique indépendante.

Articles du 12 mai 2026 :

Témoignage : « J'ai reçu 3 mails de la CPAM me proposant une assistance pour mourir »

<https://www.santepublique-editions.fr/objects/lois-fin-de-vie-12-mai-2026.pdf>

***La loi Soins palliatifs met en coupe réglée l'intervention des associations et des bénévoles auprès des malades
Nouvel article L 1110-11 défini par ses articles 1, 2, 4bis, 10 13, 14 et 20 bis A***

<https://www.santepublique-editions.fr/objects/la-loi-soins-palliatifs-met-en-coupe-reglee-lintervention-des-associations-et-des-benevoles-12-mai-2026.doc>

***Le gouvernement attaque aussi les bien-portants :
L'anticoagulant le plus utilisé, le LOVENOX, ne sera plus remboursé directement aux pharmacies par la Sécurité Sociale***

<https://www.santepublique-editions.fr/objects/le-gouvernement-attaque-aussi-les-bien-portants.pdf>

Ma lettre du 20 avril 2026 à la Présidente de l'Assemblée nationale en réponse à son courrier du 6 mars 2026 :

<https://www.santepublique-editions.fr/objects/lois-fin-de-vie-lettre-a-yael-braun-pivet-20-avril-2026.pdf>

Extrait de cette lettre :

****« Or, vous savez que depuis 10 ans, la loi Clayes-Leonetti du 2 février 2016 permet aux personnes malades dont la fin de vie est inéluctable de ne pas subir d'agonie en recevant une « *sédation* »

profonde et continue jusqu'au décès » (article L. 1110-5-2 du code de la Santé publique).

Cette loi est désormais largement appliquée, tant à domicile que dans les établissements recevant des personnes malades ou âgées, selon les dires de tous les soignants avec qui je me suis entretenue, confirmés par les témoignages de personnes ayant été confrontées à la maladie incurable, puis à la mort d'un membre de leur famille. Dans plusieurs cas, cette « mort choisie » a été déclenchée alors que le patient était encore en pleine possession de ses moyens. La morphine (principalement) utilisée provoque une analgésie (privation de la sensibilité à la douleur) et une anesthésie générale (privation totale de la faculté de sentir ; torpeur, endormissement) de quelques jours, suivie du décès du patient endormi.

Par exemple, un homme dont la mère, qui venait de recevoir au printemps 2025 un diagnostic de cancer du cerveau et a subi, dans la foulée, cette sédation profonde et continue alors qu'elle était encore capable de marcher, de parler et de s'alimenter par elle-même, ce qui a entraîné son décès en quatre jours, m'a confié, encore sous le choc : *« Je ne pensais pas que cela irait aussi vite. »*

Et fin mars 2026, j'ai recueilli le témoignage suivant : *« Je travaille dans un hôpital de province. Dans les couloirs, je croise des personnes debout, souriantes, mais qui ont Alzheimer. Après une "réunion collégiale" les concernant, en présence de leur famille et de médecins, ces personnes sont mises sous perfusion. Deux ou trois jours plus tard, elles ne sont plus là. »*

La législation déjà applicable est donc d'ores et déjà interprétée de façon « large »...

Ce que permettrait la nouvelle loi sur le « droit à mourir », c'est le décès en quelques minutes de patients ayant encore plusieurs années d'espérance de vie.

C'est ainsi que la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs a estimé à 1 million (*Le Monde*, 16 février 2026) le nombre de patients « éligibles » au vu des critères définis par son Article 4, que vous énumérez dans votre lettre, et qui ne sont donc pas si restrictifs qu'ils semblent l'être, au regard de l'état de santé de la population française, qui compte 13 millions de personnes en ALD (Affection longue durée).

Le fait le plus marquant que m'ont révélé les très nombreuses conversations que j'ai eues au sujet de cette loi avec de multiples personnes depuis le printemps 2025 est que 100% de celles qui sont favorables à cette nouvelle loi ignorent tout de son contenu, ne se sentent pas directement concernées actuellement mais veulent « pouvoir choisir » le cas échéant. » ***

Les avis de ceux qui ont épluché cette loi :

<https://www.santepublique-editions.fr/indexc.html#loisfinvieFailles>

Société française d'accompagnement et de soins palliatifs ; Collectif Soins de vie ; Enjeux juridiques d'une légalisation d'un droit à l'aide à mourir ; Communiqué du 27 février 2026 des évêques de France ; Discours d'intention de vote de trois députés de profession médicale ...

Et aussi, sur cette page, d'autres articles, parmi lesquels :

- Politis*, 20 janvier 2026 : Aide à mourir : « J'ai peur qu'on me rembourse mon euthanasie plutôt que mon traitement »
- Le Monde*, 16 février 2026 : 1 million de patients « éligibles »
- Les textes actuellement examinés en séance publique les 11, 12 et 13 mai en 2^{ème} lecture par le Sénat (loi Soins palliatifs et loi Droit à mourir)

Et aussi, sur cette page, l'enquête sur cette loi :

Articles du 14 avril 2026 :

Les 700 000 malades sévèrement atteints de Covid long seront-ils éligibles au droit à mourir avant d'avoir eu accès à des soins adéquats ?

Suivi de :

Le député portant la loi sur l'euthanasie ne votera pas sa loi : il s'est fait élire maire de La Rochelle et quitte l'Assemblée nationale

<https://www.santepublique-editions.fr/objects/lois-fin-de-vie-14-avril-2026.pdf>

Article du 7 avril 2026 :

E. Macron supprimera-t-il par une simple ordonnance la condition d'être « apte à manifester une volonté libre et éclairée » pour être euthanasié, comme il a déjà supprimé le 29 janvier 2020 la loi sur l'accessibilité de 2005 ?

<https://www.santepublique-editions.fr/objects/lois-fin-de-vie-07-avril-2026.pdf>

Article du 10 février 2026 :

Avancées de la recherche sur le traitement de la douleur et sur la maladie de Charcot au regard des futures lois françaises sur la fin de vie et les soins palliatifs

<https://www.santepublique-editions.fr/objects/lois-fin-de-vie-10-fevrier-2026.doc>

Le Ziconotide, un antidouleur contre les douleurs réfractaires 1 000 fois plus efficace que la morphine, autorisé aux États-Unis et en Europe depuis 2004, mais encore inutilisé (et inconnu) en France

<https://www.santepublique-editions.fr/objects/Ziconotide-PUBMED-Resume-13-etudes.pdf>

Faillies signalées à la Présidente de l'Assemblée nationale avant le vote en deuxième lecture du mercredi 25 février 2026 : Lettre d'Annie Lobé à Madame Yaël Braun-Pivet

<https://www.santepublique-editions.fr/objects/lettre-lois-fin-vie-yael-braun-pivet-19-fevrier-2026.pdf>

* Article L1110-5-2 du Code de la Santé publique

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles

L1110-1 à L1545-4)

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé
(Articles L1110-1 à L1181-1)

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du
système de santé (Articles L1110-1 à L1115-3)

Chapitre préliminaire : Droits de la personne (Articles L1110-1 à
L1110-13)

Article L1110-5-2 du Code de la Santé publique

Version en vigueur depuis le 04 février 2016

Création LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 3

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 dans les cas suivants :

1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci

applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies.

L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier médical du patient.