

### ÉDITO

#### « Pour faire une vieille ou un vieux, il faut toute une vie »

La famille et les relations familiales intergénérationnelles contribuent à la qualité de vie et au bien-être des personnes âgées. Pour ces dernières, parcours professionnel, liens sociaux et bien-être sont étroitement liés. « Pour faire une vieille ou un vieux, il faut toute une vie », on doit donc prendre en considération la trajectoire individuelle et professionnelle des individus pour apprécier. Notons que l'État providence, avec son système d'aides, se charge de certaines tâches autrefois assumées, plus ou moins bien, par les familles.

Mais qu'est-ce que la qualité de vie ?

La qualité de vie est une notion mal connue devenue un critère d'évaluation des divers modèles de protection sociale, un concept qui prend en compte les aspects matériels et non matériels, objectifs et subjectifs, individuels et collectifs du bien-être.

L'espérance de vie s'allonge, comment faire pour que les années de vie gagnées soient sans incapacité ? C'est un enjeu de santé publique. Les espérances de vie sans incapacité portent sur différents facteurs : l'autonomie de la marche, de l'audition, de l'activité domestique, et des soins personnels. *A contrario*, la dépendance, c'est avoir besoin d'une aide au quotidien.

Seule une minorité de personnes âgées se perçoivent en bonne santé, même si globalement les personnes de plus de 60 ans résident à leur domicile privé.

Comme veut le signifier le titre de cet éditto, il faut donc agir sur les conditions de vie tout au long de la vie pour accroître la qualité de vie des futurs retraités. Agir sur les facteurs de risques individuels, mais aussi augmenter les revenus des plus pauvres, améliorer le logement des populations en situation de précarité, car nous vieillissons comme nous avons vécu.

**Bernard VALENTINI**



- II Union confédérale des retraité-e-s**  
Trois jours de débats et d'échanges.  
Intervention pour l'UFR Sgen.
- III Section syndicale des retraité-e-s**  
La section syndicale des retraité-e-s Sgen-CFDT Drôme-Ardèche au mémorial du Camp des Milles.
- IV-V Union fédérale des retraité-e-s**  
Structurer une équipe, une formation pour mieux agir.  
Une équipe motivée autour du même projet.
- VI Dossier : « Déserts médicaux » en France**  
Des inégalités de santé et des inégalités de soins dans les territoires français.
- VII Vos droits**  
Fin de vie et directives anticipées.

### TROIS JOURS DE TRAVAIL ET D'ÉCHANGES

#### En conseil de l'Union confédérale des retraité-e-s (UCR), Bernard Valentini et Bernadette Peignat ont représenté l'Union fédérale des retraité-e-s (UFR) Sgen.

Débats et votes ont égrené un ordre du jour dense. La note d'actualité revendicative présentée par la secrétaire générale, Dominique Fabre, a fait l'objet de nombreuses interventions, des délégués relayant les inquiétudes des adhérents sur la situation internationale, la guerre en Ukraine, les déserts médicaux, la baisse du pouvoir d'achat et d'autres points qui ont fait l'objet de la déclaration finale du Conseil. Bernard est intervenu sur le thème de l'héritage (voir encadré).

La deuxième journée a été consacrée en grande partie au prochain congrès de l'UCR qui aura lieu à Valence, du 6 au 8 juin 2023 : adoption de l'ordre du jour provisoire, votes sur les modifications du règlement intérieur, proposition d'organisation. Nicole Chauveau, secrétaire nationale de l'UCR, a présenté le logo et le slogan : « Agir collectivement pour un syndicalisme dynamique & transgénérationnel ».

Pour démarrer le troisième jour du conseil, l'assemblée a assisté au direct de Laurent Berger, invité du 7/9:30 de France inter, une liaison en phase et bienvenue pour Dominique Fabre qui devait présenter le retour du bureau de l'UCR sur les interventions.

Invitée pour le débat sur le développement, Lydie Nicol, secrétaire nationale de la confédération, a répondu aux nombreuses questions sur l'actualité CFDT, le Conseil national de la refondation, la prochaine réforme des retraites.

Bernadette est intervenue sur le point développement de l'UFR Sgen et le suivi de Réponse à la carte : nous avons initié une communication en direction des adhérents en activité. En effet, dans le numéro 286 de rentrée de *Profession Éducation*, un article ([lire p. 6 : https://urlz.fr/juil](https://urlz.fr/juil)) est consacré aux nouvelles et nouveaux retraités pour les inviter à poursuivre leur adhésion à la CFDT et rester en contact avec le Sgen. Le publipostage UCR est en bonne place, page 2 du magazine.

La dynamique des transferts et de fidélisation est positive en ce début du mois d'octobre, et même si notre participation au « challenge » développement ne s'inscrit pas dans l'ADN du Sgen, opposant historique

des notes, nous ne pouvons que remercier les équipes des SSR locales pour le travail engagé.

#### Bernadette PEIGNAT

##### « Pourquoi devons-nous soutenir la proposition de la CFDT de prélever 1 % sur les droits de succession pour financer la prise en charge du grand âge – la dépendance ? »

L'héritage est la première cause d'inégalité en France. Celui des plus riches est en moyenne 180 fois plus élevé que celui des classes moyennes. Les dynasties d'héritiers possèdent aujourd'hui 60 % du patrimoine privé en France ; 1/3 des ménages français n'hériteront de rien et un autre 1/3 de très peu, soit 70 000 euros en moyenne.

Comme le souligne Nicolas Frémeaux, de l'université de Panthéon-Assas, les Français sont obsédés par les inégalités salariales, mais beaucoup moins par les inégalités patrimoniales qui sont pourtant bien plus fortes. Le patrimoine privé moyen a en effet doublé en quatre décennies, mais cette richesse est héritée à 60 % – contre 30 % il y a quarante ans ; de plus, cette richesse est concentrée : 10 % des héritiers captent plus de la moitié de l'héritage total.

L'homogamie renforce encore ces inégalités : en général, on choisit un partenaire qui a les mêmes diplômes que soi, le même niveau d'instruction, les mêmes codes, les mêmes références. Ainsi, un couple de cadres en milieu de carrière appartient aux 10 % des ménages qui touchent le plus de revenus.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, les recettes fiscales sur l'héritage représentaient 6 % de l'impôt ; aujourd'hui, ce n'est plus que 1 %. La détaxation a commencé vers les années 1990 et s'est amplifiée de façon importante sous Nicolas Sarkozy (loi TEPA\*) sans être vraiment remise en cause par François Hollande. Les successions en ligne directe sont taxées aujourd'hui à 15 %, soit deux fois moins qu'en 2004. On peut estimer que cette détaxation fait perdre à l'État 6 milliards d'euros, ce qui est très important. L'État serait bien inspiré de vraiment taxer les successions et ainsi financer l'aide au grand âge.

L'impôt sur l'héritage est impopulaire, car les plus riches ont joué la carte « famille ». Ils ont fait passer l'idée que l'impôt successoral n'est pas une menace que pour leur argent mais pour chaque famille française. Mais un peu plus de 60 % des ménages ne paient pas de droit de succession. Les 30 % premiers parce qu'ils n'ont rien et les autres moins de 70 000 euros, donc pas d'impôt de succession. Ainsi, depuis des générations, les Français sont attachés à l'héritage, même ceux qui n'en auront pas. Alors oui, nous devons défendre la proposition de notre syndicat, la CFDT, de taxer de 1 % dès le premier euro les successions afin de financer le grand âge et la dépendance. N'allons pas chercher des financements dans le recul de l'âge de la retraite !

Bernard VALENTINI

\* La loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 dite « TEPA » visait notamment à freiner le départ des capitaux et des grandes fortunes vers l'étranger grâce à un régime fiscal moins dissuasif. Pour ce faire, les droits de succession et de donation ont été allégés.

## LA SECTION SYNDICALE DES RETRAITÉ·E·S SGEN-CFDT DRÔME-ARDÈCHE AU MÉMORIAL DU CAMP DES MILLES

Notre section syndicale des retraité·e·s (SSR) se réunit cinq fois par an, et lors de la session de juin, nous échangeons sur un thème choisi, généralement à partir d'un livre.

L'idée d'une visite avait germé en 2019 après la lecture d'un article de *CFDT Magazine* consacré au Mémorial du Camp des Milles; plusieurs adhérents, l'ayant déjà visité, confirmèrent l'intérêt de se rendre sur les lieux de cette ancienne briqueterie près d'Aix-en-Provence.

### UN CAMP D'INTERNEMENT PUIS DE DÉPORTATION

À partir de septembre 1939, elle servit de camp d'internement pour « sujets ennemis » puis pour « personnes indésirables » avant de devenir, d'août à septembre 1942, un camp de déportation d'hommes, de femmes et d'enfants juifs vers Auschwitz. Ce camp, n'ayant fonctionné que sous autorité de la France, ferma en décembre 1942. L'une des caractéristiques de ce camp est d'avoir accueilli une importante communauté d'intellectuels et d'artistes européens de toutes les disciplines : peinture, dessin, littérature, théâtre, sculpture, architecture, musique.

Le projet du Mémorial, ouvert en 2012, consiste à conserver la mémoire des faits, mais aussi à outiller le visiteur sur le plan historique, sociologique, philosophique pour lui permettre d'analyser la société contemporaine, de décrypter les ressorts de la propagande, d'être vigilant aux falsifications du passé, de saisir les mécanismes récurrents des génocides.



Depuis Valence, par car, la visite est possible en une journée. L'initiative, s'adressant d'abord aux adhérents de la SSR, était également ouverte aux membres de l'union territoriale des retraités (UTR). Prévu pour 2020, le projet n'aboutit que le 31 mars 2022 à cause de l'épidémie de Covid. Cependant l'intérêt ne se démentit pas et il y eut 40 inscrits. Il se trouve qu'à la même période, la CFDT était partie prenante de l'exposition itinérante organisée par le Mémorial.

### UN TÉMOIGNAGE BOULEVERSANT

Quinze jours plus tard, grâce à une adhérente ex-enseignante d'espagnol, nous avons pu compléter cette visite par une rencontre avec Maria Baqué, fille de réfugiés espagnols, qui vécut son enfance dans les camps d'internement d'Argelès, Saint-Cyprien, Rivesaltes, Gurs. Nous mesurons le prix de son témoignage transmis à une quinzaine d'adhérents bouleversés et impressionnés.

En faisant le bilan de cette initiative, qui était une première pour la SSR, nous avons trouvé plusieurs points positifs : une forme de rencontre et d'échanges active, qu'il s'agisse de la visite du Mémorial ou du témoignage individuel, une proposition qui a permis la participation d'adhérents que nous ne voyions pas dans les réunions classiques de la section, deux moments que la SSR a pu partager avec d'autres adhérents CFDT retraités de l'UTR.

Ces différents aspects pourront guider nos choix pour d'autres projets hors nos réunions régulières.

**Marie-Andrée RYSIEWICZ et Edmée MONTAGNAT**

Pour aller plus loin :

Lion Feuchtwanger, *Le Diable en France*, Éd. Biblio / Le livre de poche, 1982. Le livre retrace l'internement de son auteur au camp des Milles. Ce récit est une mise en garde bouleversante contre ce « diable de la négligence, de l'inadvertance, du manque de générosité, du conformisme, de l'esprit de routine ».

### STRUCTURER UNE ÉQUIPE, UNE FORMATION POUR MIEUX AGIR

Pendant deux jours, les membres du conseil de l'Union fédérale des retraité·e·s (UFR) – celles et ceux qui ont pu dégager le temps nécessaire – se sont retrouvé·e·s à Bolivar pour une formation « Structurer une équipe ».

Les conseillers ne se rencontrent au mieux que deux fois par an. Comment travailler ensemble? Qu'est-ce qu'une équipe? Comment fonctionne l'UFR? Des questions qui nous ont permis d'établir un état des lieux pour rechercher ensuite des pistes d'amélioration de notre fonctionnement.

#### LES ATELIERS, UNE MÉTHODE BÉNÉFIQUE

Pour travailler ensemble, il faut aussi se connaître. Une longue séquence de plus de deux heures a permis à chacun de retracer ses parcours syndicaux, professionnels et personnels. Si tous les conseillers, titulaires et suppléants avaient pu participer à cette formation, il aurait fallu doubler le temps de cette séquence. Trop long? Au contraire, tant les parcours personnels sont passionnants à suivre.

Les nombreux temps de travail en ateliers ont permis à chacun d'être plus actif. Il nous faudra d'ailleurs envisager d'utiliser plus souvent cette méthode lors de nos conseils en présentiel. Des pistes se sont dégagées : terminer le guide des sections syndicales des retraités (SSR) avec la participation de tous les conseillers, mettre en place un socle commun de livret d'accueil des adhérents dans les SSR, faire connaître le syndicalisme retraité... Ces pistes seront validées par le prochain conseil de novembre qui devra aussi dégager les priorités. On ne peut pas tout faire en même temps et il faut prendre en compte les compétences et les aptitudes de chacun.

#### LES VALEURS DE LA CFDT

Pour cadrer nos actions et réflexions, nous avons abordé les valeurs de la CFDT. Quelles sont-elles? Pas si facile que ça de les définir! Solidarité, tolérance, égalité, équité, émancipation, démocratie, intérêt général. Ces mots sont apparus après quelques échanges. Mais Europe n'a pas été retenu. Non pas que la CFDT ignore et encore moins s'oppose à l'Europe! Cet axe important de notre action découle justement de nos valeurs. Les

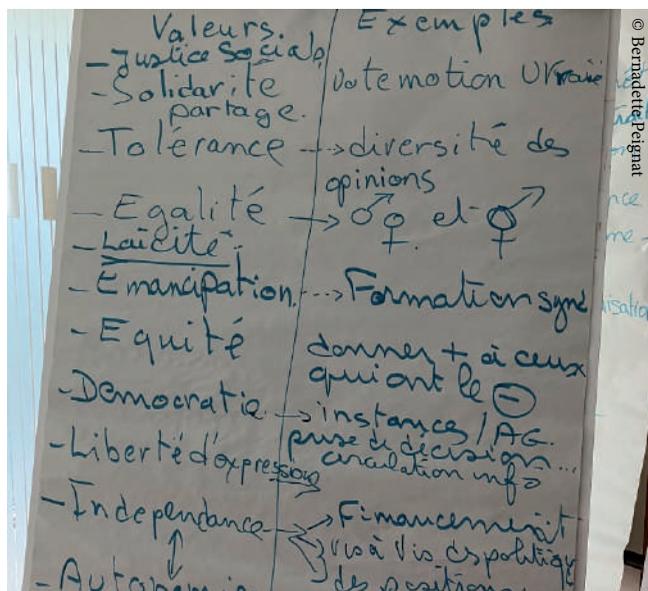
échanges ont d'ailleurs montré que la confusion était grande entre revendications, décisions de congrès et valeurs de la CFDT.

Pour trancher le débat, revenons aux statuts de la confédération qui se trouvent sur le site ouvert au public (<https://www.cfdt.fr>). L'action de la Confédération est porteuse de valeurs : l'émancipation individuelle et collective, reconnaissant à chacun la capacité à se prendre en charge et à agir ensemble; la solidarité entre les travailleurs, entre salariés et demandeurs d'emploi, entre les générations et plus largement entre les peuples; l'égalité, et donc la lutte contre toutes les formes d'exclusion, de discrimination, de sexisme, de racisme et de xénophobie; la démocratie, les femmes et les hommes devant avoir prise sur leur vie, du lieu de travail à la gouvernance mondiale.

Deux journées vécues ensemble qui nous ont permis de progresser tant dans la connaissance des structures que dans celle des membres présents du conseil.

Deux journées qui nous ont permis de descendre du vélo pour nous regarder pédaler.

Jean GULLAUD



## UNE ÉQUIPE MOTIVÉE AUTOUR D'UN MÊME PROJET

**Cette rentrée syndicale fut bien remplie pour les membres du conseil de l'Union fédérale des retraité-e-s (UFR) réunis en formation d'équipe.**

Cette formation a été animée par Élisabeth Bagault et Maïté Druelle, de l'Union confédérale des retraités (UCR), qui ont été grandement remerciées par les stagiaires pour la qualité de leurs interventions, le déroulé sans faute et leur dynamisme.

Le programme de cette formation « Structurer une équipe syndicale » se décompose en trois temps : un premier module de deux journées (les 14 et 15 septembre derniers) a permis de faire le bilan depuis l'assemblée générale de l'UFR du 9 mars, mieux se connaître, se mobiliser et repartir avec des pistes de travail dans son territoire; à venir, un travail intersession à l'issue duquel les membres du conseil vont partager les actions menées localement dans leurs sections syndicales (SSR) et proposer une mutualisation de bonnes pratiques; un module de deux journées (prévu en mai 2023) pour analyser le travail intersession, acquérir une méthodologie et se doter d'outils pour notre plan de travail.

Ces orientations seront partagées lors du prochain conseil UFR aux membres qui n'ont pas pu participer à ce premier module de la formation afin que l'équipe puisse se les approprier.

Nous retiendrons de ces journées de formation les témoignages, les tours de parole, les échanges en atelier, le travail en petits groupes, les retours sur paperboard et les synthèses, les anecdotes et les exemples d'actions de terrain, les ressources et compétences, les moments de convivialité et de retrouvailles après deux années de Covid.

La richesse des parcours syndicaux et les engagements associatifs peuvent nous rendre fiers d'être à la CFDT.

**Bernadette PEIGNAT**



### DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DES INÉGALITÉS DE SOINS DANS LES TERRITOIRES FRANÇAIS

Ces inégalités sont de plus en plus documentées depuis le début du XXI<sup>e</sup> siècle, à toutes les échelles territoriales, ce qui permet d'éviter les oppositions schématiques entre ruralité et métropoles.

Alors qu'elles se sont longtemps réduites au cours du XX<sup>e</sup> siècle, les inégalités de santé se creusent à nouveau depuis une vingtaine d'années, ne se limitant plus à la classique opposition France du Nord/France méridionale, mais se retrouvant à toutes les échelles géographiques selon le dispositif centre/périphérie.

Cette géographie de la santé, marquée par une histoire médicale ancienne, a été négligée par les progrès fulgurants de l'art médical au XX<sup>e</sup> siècle d'après Emmanuel Vigneron, professeur émérite de géographie et d'aménagement à l'université de Montpellier, mais aussi de la croissance du nombre de médecins. Ne serait-ce pas l'une des causes de la contradiction soulignée par Yves Verollet en 2018 : « Il n'y a jamais eu autant de médecins en France (près de 200 000). Leur nombre a progressé plus vite que la population française. Et pourtant, nous parlons régulièrement de déserts médicaux. Quelle contradiction ! »<sup>1</sup>.

Entre 1971 et 1983, le nombre de médecins, généralistes et spécialistes, est passé de 65 191 à 118 000 (+ 81 %). La variabilité de densité entre départements a baissé de 30 % pour l'ensemble des libéraux et de 20 % pour les

généralistes libéraux. Ainsi, en 1981, 8 843 communes étaient dotées d'un médecin, contre 6 923 en 1976, tendance qui s'est ralentie puisque 9 595 communes en sont dotées en 2016.

Contrairement à la notion d'accès aux soins, définie le plus souvent par l'énumération des différents obstacles (restes à charge, dépassement d'honoraires, distance à parcourir, temps d'attente...), il n'existe aucune définition scientifique des déserts médicaux. Définir les déserts médicaux suppose que l'on fixe un seuil à partir duquel un territoire est défini comme tel, notamment quant à la densité de médecins – généralistes ou spécialistes –, de pharmacies, de services d'urgence. Par ailleurs, les inégalités de santé relèvent aussi des inégalités sociales, bien connues par les écarts d'espérance de vie entre ouvriers et cadres, mais inégalités territoriales et inégalités sociales ne se recouvrent que partiellement.

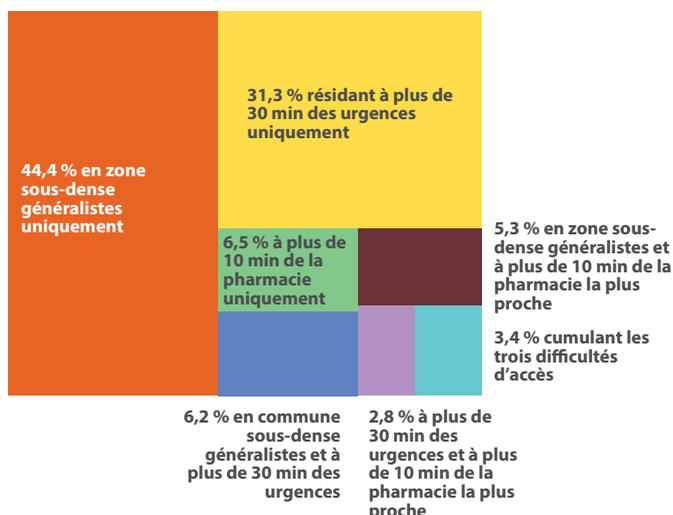
Pour répondre à cette question des seuils, un indicateur sur l'accessibilité potentielle localisée (APL), décliné à différentes échelles jusqu'à celle des communes, permet de définir les zones sous-dotées.

#### COMMENT CARACTÉRISE-T-ON LES DÉSERTS MÉDICAUX ?

La loi Touraine du 26 janvier 2016, en modifiant l'article L1434-4 du Code de la santé publique, a introduit la notion de « territorialisation de la politique de santé » et donné aux agences régionales de santé (ARS) le soin de déterminer les « zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ». Ces zones concernent non seulement les médecins, mais aussi des professionnels de santé tels les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, sages-femmes...

Dans la pratique (arrêté modifié du 13 novembre 2017 sur la méthodologie), ces zones sont divisées en deux catégories en fonction de l'APL : les zones d'intervention

Répartition des habitants résidant dans une commune avec au moins une difficulté d'accès, selon les difficultés qu'ils cumulent.



Sources : Cnam-TS ; SAE, répertoire Finess, Drees, Insee.

<sup>1</sup> « Le maintien de la liberté d'installation sans limite n'est plus soutenable, interview de Yves Verollet, secrétaire national de la CFDT Retraités », <https://urlz.fr/jtLw>

prioritaire (Zip), qui sont les territoires les plus en tension, et les zones d'action complémentaire (Zac), qui le sont un peu moins. Développé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), l'APL mesure l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin permettant de mettre en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur de densité calculé sur des mailles comme le département masquerait. Pour les médecins généralistes, l'indicateur APL prend en considération l'activité de chaque praticien, le temps d'accès au praticien, la consommation des soins par classe d'âge. Les APL les plus faibles se retrouvent en Zip<sup>2</sup>.

Sur la base d'une méthodologie tout à fait similaire, l'APL a été également calculée pour les autres professions de santé de premier recours. Les zones sont alors divisées en zones très sous dotées, en zones sous dotées, et en zones intermédiaires.

### DES MESURES DÉCLINÉES EN FONCTION DES ZONES

Dans ces zones, sont mises en œuvre les mesures destinées à réduire les inégalités en matière de santé et à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels, des maisons, des pôles et des centres de santé. En voici quelques-unes : des contrats de début d'exercice, conclus par l'ARS, avec un étudiant habilité remplaçant ou avec un médecin exerçant une activité libérale (conditions : être installé depuis moins d'un an, contrat de 3 ans non renouvelable); des contrats avec des établissements publics de santé, des centres de santé concernant les médecins salariés les incitant à pratiquer une activité en ambulatoire dans ces zones; les collectivités territoriales peuvent aussi attribuer des aides ou des indemnités d'étude (logement, déplacements...); est aussi prévue la possibilité d'un contrat d'engagement de service public pour les étudiants; enfin, les caisses d'assurance maladie octroient également des aides.

### ET LES « AMÉLIORATIONS » DU PLFSS 2023 ?

Elles sont loin de satisfaire les besoins urgents. Ce sont la création d'une 4<sup>e</sup> année de 3 cycles pendant laquelle les internes se verront proposer des stages en pratique

<sup>2</sup> « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », Les dossiers de la Drees, mai 2017, n° 17, <https://urlz.fr/jtMy>

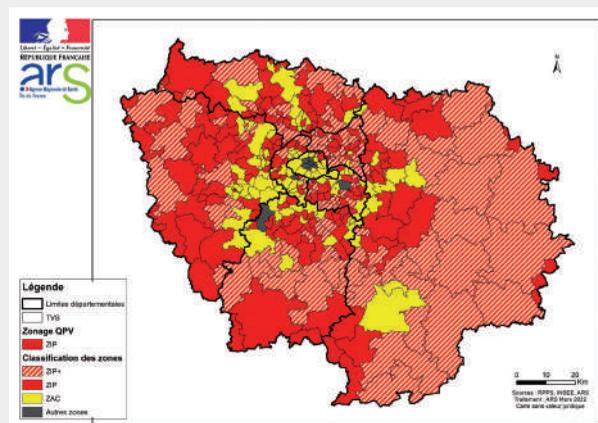
ambulatoire prioritairement dans les Zip et les Zac, avec des mesures d'aide à l'installation. C'est aussi une tentative de mieux articuler tous les dispositifs proposés par les collectivités territoriales, l'État ou l'assurance maladie. Mais, en attendant que le numerus clausus soit un mauvais souvenir, de l'eau coulera sous les ponts.

**Odile NAVE et Bernard MASSABIEAUX**

Pour aller plus loin : <https://urlz.fr/jtPN>

#### Île-de-France : 62,4% de la population en Zip !

L'Île-de-France est la région de métropole ayant la plus forte proportion de sa population en Zip ! Cela peut surprendre nos lecteurs et lectrices résidant dans des régions avec des espaces à dominante rurale, montagneuse. Et pourtant le vécu des Essonnais, même résidant en ZAC, corrobore cette donnée. Trouver un nouveau médecin référent dans la ville préfectorale est un véritable parcours du combattant, expérimenté en 2016... et que je m'apprete à renouveler en cette fin d'année ! Départ en retraite, choix d'exercer hors Île-de-France, concurrence entre centre municipal de santé et maison de santé ayant bénéficié pour sa création du soutien de l'ARS dans la commune voisine classée Zip...



La région se trouve en 2021 dans la même catégorie que les trois anciennes régions limitrophes (Picardie, Haute-Normandie et Centre-Val de Loire), régions les plus mal dotées.

Mais si l'on prend en compte l'APL médecins généralistes, les personnes à plus de 30 minutes d'accès aux urgences et un accès critique aux pharmacies, le résultat est bien sûr différent. 6 % de la population de la France DOM compris, cumule ces trois difficultés... le classement n'est plus du tout le même !

Une mine d'infos sur la répartition et les besoins ! : <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

**Odile NAVE**

### FIN DE VIE ET DIRECTIVES ANTICIPÉES

**Qui dit « directives anticipées » dit « fin de vie ». Qui dit « fin de vie » dit « droit de mourir dans la dignité ». Mais la France est loin d'être le pays le plus progressiste en la matière. La Suisse (avec le suicide assisté), la Belgique (avec l'euthanasie) sont bien plus en avance.**

#### LA FIN DE VIE AUJOURD'HUI

L'actuelle loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016, qualifiée d'impasse législative par l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD), provoque l'exil des Français en fin de vie qui souhaitent mourir dans la dignité. Pour le suicide assisté – et l'on pense à Jean-Luc Godard qui y a récemment eu recours –, la Suisse est une direction privilégiée, mais onéreuse.

Cette situation ne pouvant durer, suite à l'avis en septembre 2022 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) jugeant possible « une aide active à mourir strictement encadrée », une convention citoyenne sur la fin de vie a été annoncée pour ce mois d'octobre 2022. Elle devrait aboutir à une nouvelle loi en 2023 – l'information a été bien accueillie.

La loi actuelle interdit l'acharnement thérapeutique et autorise une sédation profonde et continue 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 ou décide d'arrêter les soins. La notion de « court terme » peut entraîner une fin de vie très difficile pour ceux qui ont toute leur conscience et sont atteints d'une maladie incurable.

#### LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Instaurées par la loi Léonetti du 22 avril 2005, renforcées par la loi de 2016, les directives anticipées (DA) peuvent être rédigées par toute personne majeure pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer ses volontés. Elles concernent les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte

médicaux. D'une durée illimitée, elles sont néanmoins révisables et révocables, à tout moment et par tout moyen. Un modèle est disponible sur le site du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie : <https://urlz.fr/jiAI>. Il prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige. Les DA peuvent aussi être rédigées sur papier libre. Si la personne ne peut écrire elle-même, elle peut les exprimer devant deux témoins, dont l'un peut être la personne de confiance (cf. ci-dessous). Les DA s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation ou lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

Les DA doivent être facilement accessibles. Il est nécessaire de faire connaître leur existence ou le lieu où elles se trouvent. Elles peuvent être déposées et conservées dans le dossier médical partagé (DMP), intégré dans l'espace numérique de santé, et sont donc ainsi inscrites dans un registre national. Elles peuvent aussi être conservées par leur auteur ou confiées à une personne de confiance, à un membre de la famille ou à un proche, en le mentionnant dans le DMP. Elles peuvent l'être aussi par un médecin de ville, traitant ou autre. L'ADMD peut recevoir vos directives et se charger de leur enregistrement. La personne de confiance (voir ici la définition <https://urlz.fr/jiAO>) peut être un parent, un proche, le médecin traitant. La désignation peut être faite à tout moment, et elle est révisable et révocable.

En avril 2021, seuls 11 % des Français de plus de 50 ans avaient rédigé leurs DA...

**Bernard MASSABIEAUX**



Directives anticipées

*J'exprime par écrit mes volontés pour ma fin de vie.*

Quelques liens utiles :

Service-public.fr : <https://urlz.fr/jiAU>

ADMD : <https://www.admd.net/>

*Tout s'est bien passé*, film de François Ozon, 2021 (<https://urlz.fr/jqrr>).