

Différent

le journal des *adh* érents de la fédération *Sud* Santé-Sociaux

NOUVELLE FORMULE DU JOURNAL «OFFENSIVE SYNDICALE» - ISSN : 1776-1875



NUMÉRO 25 - JUIN 2010 - 0,50 EURO

Sud Solitaires
santé sociaux

SOMMAIRE

le journal des adhérents de la Fédération *Sud* Santé-Sociaux - numéro 25

Différent

le journal des *adh* évents de la Fédération *Sud* Santé-Sociaux

ont collaboré à ce numéro :

Commission Femmes, Fabienne Binot, Patricia Garcia, Patrick Boneau, Jean Carré, Eric Planquois, Nicolas Laadj, Patrick Nicolaon, Vladimir Nieddu, André Giral, Pascal Piezanovski, Claude Carrey, Jean-Marie Sala, Alain Acquart, Jean Vignes.

santé & social - pages 4, 5, 13

- Création d'une UMD
- Une grève exemplaire
- Vent du sud dans le neuf quatre

dossier - pages 8, 9, 10, 11

«l'or gris»

- L'explosion des dépenses de santé dues à l'âge, mythe ou réalité?
- Ma petite entreprise (privée) connaît pas la crise.

vie syndicale - pages 6,7

- Fonction publique: - Un CHSCT sur mesure et sans pouvoirs
- Les infirmiers anesthésistes montrent la voie

international - pages 14, 15

- Contre sommet des peuples à Madrid
- Grèce: le laboratoire européen de l'austérité

Femmes page 12

Les femmes et la crise

culture & plaisir - page 16

- Jacques Bertin, l'intransigent

Union
syndicale
Solidaires

Nouvelle formule du journal «offensive syndicale» - ISSN : 1776-1875 - Numéro de CPPAP : **en cours de réactualisation**

Edité par la Fédération nationale Sud Santé-Sociaux, 70 rue Philippe de Girard, 75018 Paris

Directrice de publication : Fabienne Binot

Téléphone : 01 40 33 85 00 / Télécopie : 01 43 49 28 67 / Courriel : contact@sud-sante.org / Site internet : www.sud-sante.org

Secrétariat de rédaction : Alain Acquart Jean Vignes

Numéro25 imprimé en 16675 exemplaires par : IGC communigraphie, 10 rue G. Delory - 42964 Saint-Étienne Cédex

Différent
le journal des *adh* évents de la Fédération *Sud* Santé-Sociaux

numéro 25

Après 1993, 2002, 2007, le cru 2010 s'annonce exceptionnel pour les salariés du public, une augmentation du montant des cotisations de 3%, (sans parler de la remise en cause des possibilités de départ anticipé pour les parents de 3 enfants et plus), et pour tous une baisse du niveau des retraites, une augmentation de la durée de cotisation, et le recul de l'âge légal de départ, tous à 62 ans en 2018, voire 65/67 ans « dotés » d'une retraite en berne ! En dehors des retraites, les attaques sur la protection sociale vont concerner dès la rentrée la dépendance : augmentation de la CSG pour les retraités, et probablement sur l'assurance maladie et ses « déficits abyssaux » matraqués par gouvernement et médias.

Baisse des salaires, suppression d'emplois, attaques sur les services publics, et augmentation du coût de la vie en général (augmentations du gaz et de l'électricité pour exemple), cela ressemblerait-il à un plan de rigueur qui ne dirait pas son nom ?

En France comme en Grèce ou encore au Portugal, en Espagne, ce sont les salariés qui trinquent, sous prétexte d'orthodoxie économique et d'équilibres budgétaires, la réalité est toute autre, les choix sont délibérément en soutien à l'économie libérale et au capitalisme sauvage.

Pour nous le constat et les enjeux sont clairs, entre l'ultra libéralisme ambiant et le choix d'une autre société plus solidaire, respectant les droits et besoins fondamentaux, imposant un autre partage des richesses.

C'est dans la rue que ça se passera, au niveau national comme au niveau Européen. Construire cette mobilisation sera l'enjeu du Forum Social d'Istanbul début juillet.

Ce sera par la lutte, le tous ensemble, la mobilisation et la grève générale que nous pourrons gagner et ce, dès la rentrée.

Création d'une UMD: le sécuritaire arrive au pas de charge

La création d'une Unité pour Malades Difficiles dans le Centre Hospitalier du Rouvray (hôpital Psychiatrique de Sotteville les Rouen en Seine Maritime) a été actée par le préfet et le Maire de St Etienne du Rouvray.

Exploitant des faits divers dramatiques, Sarkozy et son gouvernement veulent faire de la psychiatrie un outil de répression plus qu'un outil de soins. Les moyens de soigner sont refusés à la psychiatrie, mais des crédits sont massivement accordés, pour surveiller, contrôler, enfermer. 10,5 millions d'€ sont donc accordés au Centre Hospitalier du Rouvray par l'Etat pour construire une UMD (Unité pour Malades Difficiles). Le chantier démarre actuellement. Cette UMD sera un vé-

ritable « bunker » ultra sécurisé, entouré de hauts murs, sous surveillance constante afin d'éviter toute « évasion », même si des équipes de soins spécialisés y travaillent. On y entre et on en sort qu'après avis d'une commission « d'experts » statuant sur la « dangerosité » du patient.

Au même moment dans l'établissement les moyens de soigner font cruellement défaut:

- les Centres Médico Psychologique (Centre de soins gratuits dans la cité) ferment ou sont regroupés, rendant plus difficile l'accès aux soins de proximité. Faute de personnel suffisant

il faut souvent des semaines, voire des mois pour obtenir un rendez vous en CMP. Très peu de structures assurant désormais un accueil rapide. Médecins et infirmiers ne disposent pas du temps nécessaire pour assurer un suivi suffisant des patients, et doivent parfois renvoyer vers le secteur privé (payant).

- les services de soins sont pleins en permanence (lits dans les couloirs, les bureaux...).



Le personnel est débordé, n'a pas le temps de s'occuper suffisamment de chaque patient alors que la psychiatrie a avant tout besoin de « temps d'homme » selon le psychiatre G. Daumézon

Il faut au plus vite libérer des lits ce qui incite à des sorties précoces, parfois trop précoces... qui aboutissent à des ré hospitalisations rapides. Mais « rentabilité » et « productivité » sont devenues les maîtres mots à l'hôpital aujourd'hui.

Pendant un demi-siècle, mettant en œuvre une politique d'ouverture de la psychiatrie, dont Lu-

cien Bonnafé qui exerça 10 ans à Sotteville (et fut également maire de la ville) fut le promoteur infatigable, les équipes de psychiatrie à Sotteville comme ailleurs ont contribué à dédramatiser la psychiatrie à faire reconnaître que le malade a d'abord besoin de soins et non d'enfermement, à le faire admettre comme un humain parmi les humains.

La politique de N. Sarkozy et de son gouvernement vont exactement à l'inverse !

La mobilisation dans l'hôpital n'a pas été au rendez-vous, seule la CGT (SUD a disparu du paysage syndical!) s'est opposée à cette construction. Le personnel dans son ensemble ne semble pas forcément contre et les oppositions ne sont pas rassemblées (médecins ou infirmières).

Cette situation peut s'expliquer par:

- le peu de personnel dans les services avec des situations de violences donc les salarié-

es notamment les plus jeunes pensent que l'UMD est une solution pragmatique (comme dirait la CFDT !).

- une dépolitisation du personnel et un mouvement de repli sur une pseudo tranquillité!

Alors que démarre les travaux de cette Forteresse Vide (de sens), le travail d'informations continue, le 29 avril une réunion débat a été organisée à l'initiative de plusieurs associations, partis politiques et organisations syndicales dont Solidaires et Sud santé/sociaux sur ce sujet avec l'intervention de C. Louzoun, psychiatre (Union Syndicale de

Création d'une UMD...

la Psychiatrie et collectif « NON à la politique de la peur », P. Coupechoux, journaliste au Monde Diplomatique, P. Janody. Avec le soutien national du Collectif national des 39 «contre la nuit sécuritaire ».

La seule réponse au mal être de la société devient, pour ce pouvoir, l'élimination sociale de toute personne qui «dérange » l'ordre social ou porte atteinte à l'ordre public. Caméras, fichiers, mise sous surveillance des populations et personnes « à risque » organisent la stigmatisation, le contrôle et l'enfermement des nouvelles « classes dangereuses ».

Alors face à cette politique nous crions: RESISTANCE!

Eric Planquois

«Résister et proposer» c'est aussi le programme du collectif qui se met en place contre le projet de révision de la loi dite de 90 sur les hospitalisations sous contrainte. Ce projet liberticide fait craindre le pire en terme de droits du citoyen. La liberté doit rester la règle, la contrainte l'exception, et la privation de liberté l'affaire des juges. Ainsi s'ouvre la réflexion de ce collectif en cours de constitution.

Advocacy France, Collectif Non à la Politique de la Peur, Fédération pour une Alternative Sociale et Écologique (FASE), Groupe Information Asiles (GIA), Ligue des Droits de l'Homme, Nouveau Parti Anticapitaliste, Parti communiste Français, Parti de Gauche, Solidaires, SUD santé sociaux, Syndicat de la Médecine Générale, Union Syndicale de la Psychiatrie, Les Verts... à suivre

Une grève exemplaire !

Le Samu social de Paris, un Groupement d'Intérêt Public financé à 70 % par des fonds publics a la particularité d'avoir un statut hybride où la principale référence se calque sur le statut de la fonction publique territoriale avec des variantes qui permettent l'ouverture de zones de non-droits pour les 600 salarié(e)s de l'établissement.

Sur l'ensemble du Samu social parisien seuls 150 salarié(e)s bénéficient d'un CDI, pour les autres la règle établie est le CDD sans prime de précarité, reconductible ou pas pouvant aller dans le temps jusqu'à 6 années. Cette règle fait de l'ensemble du personnel des salarié(e)s précaires en renouvellement perpétuel soumis à des conditions de travail particulièrement rudes sans Comité d'Hygiène et de Sécurité.

Les employé(e)s du Samu social sont pour la plupart de jeunes professionnel(le)s, qualifié(e)s, motivé(e)s et impliqué(e)s dans leur mission. Ils se retrouvent en première ligne devant des populations frappées de plein fouet par la crise, cabossées par la vie. A la sortie de l'hiver la direction a pour projet d'enregistrer les appels au sein de la régulation (le 115). C'est la goutte d'eau qui fait déborder le vase ! un premier préavis de grève est déposé par Sud, aucune négociation aboutie, les salarié(e)s des Equipes Mobiles d'Aide les rejoignent un cahier de revendications est établi et le 31 mars les salarié(e)s syndiqué(e)s et non syndiqué(e)s dans l'unité se mettent en grève. Le cahier de revendications porte sur les salaires, diverses primes (de suractivité, exceptionnelle

ou spécifique), la requalification des CDD en CDI, le statut du personnel, la mise en place du CHS et un groupe de travail sur les risques professionnels.....

Tous les jours en assemblée générale les salarié(e)s voteront la reconduction de la grève.

Ce mouvement va durer 17 jours !

17 jours durant lesquels les salarié(e)s vont se retrouver devant une direction très dure, « droite dans ses bottes », jouant sur le pourrissement de la grève n'hésitant pas à la casser en faisant intervenir des cadres réquisitionnés, des bénévoles, des vacataires et des vigiles. Les salarié(e)s déterminé(e)s ne céderont pas aux pressions.

La presse relayera et couvrira le mouvement auprès du public qui va découvrir l'envers du décor du Samu « anti-social ».

Un protocole de fin de conflit sera signé à l'issue de la grève. Les salarié(e)s obtiennent entre autre; une augmentation de salaires par tranche allant d'une manière dégressive de 4,05% pour les salaires de 1500 € à 2% pour les salaires de 2500 €, une nouvelle grille de rémunération pour les permanenciers le paiement de primes demandées, reste à mettre en place le CHS, des commissions de travail sur le statut et les risques professionnels.... Et le paiement partiel des jours de grève.

Les jeunes professionnel(le)s du Samu social au statut précaire ont pris conscience qu'un rapport de force et une mobilisation unitaire des salarié(e)s peut faire plier une direction et obtenir satisfaction.

Patricia Garcia

Fonction Publique : un CHSCT sur mesure et sans pouvoir

L'accord sur la santé au travail dans la fonction publique a été signé le 1er décembre 2009 par 7 syndicats sur huit : seule l'Union syndicale Solidaires a refusé de donner son aval !

Cet accord prévoit entre autre, la création de CHSCT (Comité d'Hygiène, de sécurité et des conditions de travail) en remplacement des CHS (Comité d'Hygiène et de Sécurité), point considéré comme étant une avancée par les syndicats signataires.

Solidaires a considéré que les mesures étaient plutôt cosmétiques avec la mise en place de CHSCT disposant de droits moins étendus que dans le privé. Ce qui aurait pu être une grande avancée se trouve donc ramenée pour l'essentiel à un effet d'annonce... surtout dans le contexte de suppressions de postes (1 sur 2 non remplacés) et de coupes budgétaires !!!

La situation antérieure à l'accord:

Les Fonctions Publiques d'Etat et Territoriale sont dotées de CHS (Comité d'Hygiène et de sécurité) sans compétence sur les conditions de travail.

Aucun corps d'inspection ne dispose des prérogatives des inspecteurs du travail pour les salariés du privé.

La médecine de prévention de la fonction publique ne joue pas le rôle de la médecine du travail. Seule la fonction publique hospitalière s'est dotée de dispositions issues du code du travail.

Changements et paralysie

Les CHSCT sont obligatoires dans la FPT à partir de 50 agents au lieu de 200 auparavant. Ils restent paritaires, contrairement à ce qui existe dans le privé... ou dans la FPH. Ce paritarisme vise à diminuer le poids des avis et décisions, en rendant le CHSCT au même rang que toutes les instances consultatives sans aucun pouvoir.

Dans l'administration, le secrétariat du CHSCT est confié à... un fonctionnaire désigné, alors que ce rôle important est assuré par un représentant du personnel dans le privé et la FPH !

Cerise sur le gâteau :

- l'employeur public pourra refuser les « demandes d'expertise » (à conditions de motiver ce refus)... alors que les CHSCT votent une expertise et donc peuvent l'imposer, en cas de désaccord de l'employeur il lui appartient de contester devant le juge, les frais engagés par le CHSCT en défense étant pris en charge par ledit employeur !

- le délit d'entrave n'est pas reconnu !!!

En cas de conflit les affaires seraient traitées par le tribunal administratif, les jurisprudences issues du privé ne seront donc pas utilisables.

SUD Santé-Sociaux a pesé sur le débat dans Solidaires pour un refus de signature. En effet, la FPH a aujourd'hui en matière de CHSCT un fonctionnement quasi identique au privé. Les derniers textes (circulaire de septembre 2009) clarifient des droits pour les suppléants en matière d'heures CHSCT mais hélas(!) pas pour les formations.

Déjà des fissures par rapport à la réglementation antérieure sur la prise en charge des formations CHSCT, puisque dans cette nouvelle circulaire, au chapitre 1-1-2, il est maintenant dit que

Non seulement il manque la mer, mais le boulot c'est trop souvent la galère et question gardes-chiourme on a ce qu'il faut !



**Horaires
Congés
Salaires
Effectifs
Formations
Qualifications**

**LE DROIT DES SALAIRES EXISTE
FAISONS LE RESPECTER**

Un CHSCT...

... sans pouvoir

la durée du congé est imputée, prioritairement, sur la durée du congé pour formation syndicale, alors qu'auparavant ce congé était en sus.

Et ce ne sont pas les «avancées» de l'accord qui vont nous rassurer :

- la mise en place d'une fonction d'observation de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique au sein de l'instance commune de dialogue social inter fonctions publiques ne sera qu'une instance supplémentaire sans pouvoir.

- les objectifs et définition des outils de prévention des risques professionnels, tels le respect du nombre de visites médicales auxquelles a droit chaque agent dans chaque versant de la fonction publique fera l'objet d'une

évaluation et non d'une application réelle. L'obligation de l'employeur de transcrire et de mettre à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs sera rappelée... alors que le document unique est obligatoire à toutes les entreprises depuis 1991 !

- le développement d'une véritable culture de prévention visant l'amélioration des conditions de travail passe par des actions de formation, plus particulièrement en direction des cadres, des agents chargés des ressources humaines et des acteurs de la santé et de la sécurité au travail (conseillers et assistants de prévention, Inspecteurs Hygiène et Sécurité, ces derniers voient leur possibilité d'interpellation accrue sans pourtant disposer du pouvoir de verbaliser l'employeur public....).

On voit que ces mesures sont sans réelles applications immédiates, ne sont pas forcément contraignantes, sont en contradiction avec la politique menée de réduction des postes conduisant à une dégradation des conditions de travail.

Tout cela est largement en dessous de ce que la loi exige dans le secteur privé. Comme quoi l'Etat-patron peut édicter des lois applicables... aux autres !

Le risque à terme pourrait être une uniformisation des fonctions publiques sur le moins disant, enlevant les pouvoirs des CHSCT des établissements de la FPH, à un moment où plus que jamais les conditions de travail doivent être le levier de l'action syndicale.

Patrick Nicolaon

Les infirmiers anesthésistes montrent la voie !

Depuis plus de trois mois, les IADE multiplient les actions afin de se faire entendre d'un ministère particulièrement sourd à leurs revendications

Une profession massivement mobilisée, plus de 3000 professionnels dans les rues (sur 7500 IADE) et un taux de grévistes impressionnant de 90%, une intersyndicale CGT, SUD qui joue son rôle, des collectifs syndiqués-non syndiqués, les décisions prises en assemblées générales ... les recettes du succès qui sans doute devraient inspirer l'ensemble des personnels soignants qui ont des revendications semblables : de véritables

revalorisations salariales, la reconnaissance des diplômes et qualifications, le maintien de la catégorie active et du droit légitime à la retraite à 55 ans.

Quatre manifestations nationales hors des sentiers battus, l'envahissement durant plusieurs heures des voies ferrées à la Gare Montparnasse, l'occupation de l'Arc de Triomphe, et en bouquet final les IADE qui s'invitent massivement dans les salons du ministère des affaires étrangères, obligeant Bernard Kouchner à organiser une rencontre avec le conseiller social de Matignon pour arracher des négociations. Si elles se sont en-

fin ouvertes le 14 juin, le ministère de la santé joue la montre et ne répond évidemment pas aux principales revendications exprimées.

Celles-ci ne pourront aboutir, notamment le retour en catégorie active qu'avec la mobilisation de l'ensemble des professions concernées.

C'est aussi le sens du dernier appel de l'AG francilienne des IADE qui donne rendez-vous à tous à la rentrée, tout en appelant à la poursuite de l'action durant l'été sous différentes formes.

Jean-Marie Sala

L'explosion des dépenses de santé dûes à l'âge, mythe ou réalité?

En 2040, plus d'une personne sur quatre aura 65 ans et plus

Les 65 ans et plus représentent 16 % de la population en 2000, ils représenteront 20,9 % en 2020, et 28 % en 2040.

"La proportion croissante de sujets âgés dans la population va entraîner une augmentation importante des dépenses de santé". A force d'entendre rabâcher cet argument il apparaît à chacun comme une évidence, une fatalité. Il procède en apparence du gros bon sens et à force de répéter des idées on finit par se convaincre qu'elles sont l'expression indéniable de la vérité. Quel impact aura le vieillissement de la population sur les dépenses publiques de santé ? C'est la question que s'est pourtant posée une étude de l'IRDES N° 66 Mars 2003 (Institut de recherche et documentation en économie de la santé).

L'idée généralement répandue est que les conséquences du vieillissement sur les dépenses publiques sont catastrophiques. Ce pronostic écrit l'IRDES, est construit pour fournir d'abord un argument contre l'idée de maîtrise budgétaire de la dépense de soins. Selon cet argument, si le besoin augmente fortement à cause du vieillissement, il faudra bien que les financements suivent et il faut donc se résigner à voir augmenter la part de la santé dans la richesse nationale. Certains ajoutent à ce discours «d'excusabilisant» pour les producteurs de soins, un argument culpabilisant

pour les bénéficiaires des soins : ce financement croissant d'un transfert en direction des inactifs ponctionnerait les jeunes de telle manière qu'il mettrait l'économie en danger ; il faudrait donc, selon ce deuxième argument, plafonner la dépense publique de santé, et laisser une place croissante au financement privé. Le vieillissement de la population précipiterait la Sécurité sociale à l'hospice.

Cette hypothèse selon laquelle le vieillissement de la population entraînera une augmentation de la dépense moyenne de santé par tête s'appuie sur un constat simple : chaque personne âgée dépense plus chaque année pour se soigner qu'une personne jeune, et les plus âgés engendrent plus de dépense que les faiblement âgés. On dit que le profil de dépense par âge est croissant de manière constante (certains parlent même de croissance exponentielle) Le scénario présenté ci-dessus repose cependant sur une hypothèse non démontrée : la stabilité du profil de dépense de soins par âge dans les années à venir. Or cette hypothèse semble fautive sur le passé. En effet, quand on dispose d'observations répétées (et obtenues selon une méthodologie identique, afin que la comparaison ait un sens), on constate toujours que le profil de dépense par âge se déforme au cours du temps. Et même si le profil de dépenses par âge restait stable : **la dépense croît mais n'explose pas!**

Un facteur majeur est mis alors en évidence : l'état de santé, qui explique l'essentiel de la croissance des dépenses de santé avec l'âge. L'impact de l'âge lui-même, une fois contrôlés l'état de santé et d'autres caractéristiques des individus (la couverture complémentaire notamment), est très faible. Il semble d'ailleurs plutôt négatif : c'est-à-dire qu'à état de santé donné, **on dépense moins de soins quand on est plus âgé**. Ceci montre que pour l'avenir, l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé va dépendre de l'évolution de l'état de santé des personnes âgées. Ainsi si, à âge donné, on est en meilleure santé, **le scénario mécanique surestime l'impact du vieillissement**

Les pistes de travaux à poursuivre pour développer les scénarios concernent donc l'évolution de l'état de santé à âge donné. Se pose également la question, à état de santé donné, de l'évolution des réponses du système de soins, c'est-à-dire du progrès technique.

Reste la question de l'état de santé de ces années de vie gagnées, avec plusieurs scénarios qui s'opposent.

L'hypothèse optimiste, pense que l'allongement de l'espérance de vie tient à l'amélioration de l'état de santé : à chaque âge, les individus seraient en meilleure santé, parce que leurs conditions de vie sont meilleures et cette amélioration de la santé expliquerait la majeure partie de l'augmentation

L'explosion des dépenses de santé...

des taux de survie à chaque âge. Dans cette hypothèse, la longévité supérieure s'accompagnerait d'une amélioration de la qualité de vie, mais aussi d'une augmentation de la dépense par tête moins rapide que dans le scénario central.

En comparant les enquêtes ESPS 1988 et 1998, il semblerait qu'on assiste à une stabilité globale, voire à une amélioration pour certaines maladies et certaines tranches d'âge, de l'état de santé à âge donné. On serait donc conduit plutôt vers une approche optimiste, mais ces premiers résultats sont encore fragiles.

L'impact du vieillissement sur les dépenses de santé s'explique aussi par les choix économiques et sociaux.

De même, nous constatons que l'impact de l'état de santé sur la dépense est différent en 1997 de ce qu'il était en 1992. Les modifications des modes de prise en charge médicale, liées au progrès technique médical ou à l'évolution du degré d'exigence des patients et de leur famille jouent aussi un rôle dans la variation de la dépense de santé. Pour peu que le progrès technique concerne plutôt des maladies survenant avec l'âge, ou qu'il soit jugé moins acceptable qu'une personne perde son autonomie parce qu'elle vieillit, la modification des modes de prise en charge médicale des maladies pourra creuser le profil de dépense par âge. Plus qu'un effet du vieillissement de la population sur la dépense, on devra parler d'un effet de la dépense sur le vieillissement de la population.

En résumé, nous sommes partis d'un scénario « mécanique », dans lequel l'augmentation de la part des personnes âgées dans la population se traduit par une augmentation (significative mais non explosive) de la dépense médicale par tête. L'examen critique de ce scénario montre que l'impact du vieillissement sur la dépense médicale dépend en fait de l'évolution future de la morbidité par âge. Si l'allongement de la vie s'accompagne d'une amélioration de l'état de santé, l'accroissement de la proportion de personnes âgées conduira à une augmentation moindre de la dépense par tête. Réciproquement, si l'amélioration de l'état de santé par âge est « achetée » par un accroissement de l'intensité des soins, l'augmentation de la proportion de personnes âgées pourrait se traduire par une augmentation forte de la dépense par tête. En tout état de cause, le vieillissement n'augmente pas fatalement la dépense, par un processus inéluctable, mais est largement affaire de choix et d'arbitrages sociaux.

Juanito



en bref...

La démocratie à Médica France!

Médica France gère plus de quatre vingt maisons de retraites (et une vingtaine d'établissements sanitaire) en France (et en Italie) où la direction maintient souvent les effectifs à quarante neuf équivalents temps pleins pour éviter la mise en place d'un comité d'entreprise.

Il n'y a donc qu'un comité d'entreprise national, ce qui a une implication sur la représentativité.

En effet la jurisprudence dit qu'à partir du moment où il existe un comité d'entreprise, c'est sur ce périmètre qu'il faut calculer la représentativité, c'est-à-dire au niveau de Médica France national et non au niveau des délégués du personnel dans chaque établissement.

Ma petite entreprise (privée), connaît pas la crise...

Les Ehpad (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), doivent faire face à une dépendance de plus en plus lourde. Les résidents ont un âge moyen de plus de 80 ans, la moitié d'entre eux circulent en fauteuil roulant, une grande partie souffrent de la maladie d'Alzheimer et/ou sont atteints de pathologies multiples : on en rencontre 6,3 par personne en moyenne.

euros pour les établissements les plus anciens et jusqu'à 100 euros et plus pour les plus modernes et confortables.

Le secteur privé commercial, qui totalise 22 % de l'offre contre un peu plus de la moitié pour le secteur public et un gros 30 % pour le secteur associatif, choisit de répondre à la demande des populations aisées.



PUBLICITÉ COMPARATIVE POUR LE SYSTÈME DE RETRAITE PAR OBLIGATION, ANNÉES 1970-1920.

Dès lors, à côté des tâches traditionnelles, prendre soin des patients, pour maintenir et si possible développer leurs capacités physiques et intellectuelles, il est de plus en plus nécessaire de traiter des problèmes médicaux. Face à cette médicalisation croissante, la difficulté est d'assurer ces deux fonctions sans ressembler à l'hôpital.

Les coûts de construction des Ehpad ont augmenté de 30 % en trois ans, ce qui se répercute évidemment sur les prix de journée de 75 euros en moyenne, TVA comprise, moins de 60

Les bénéficiaires de l'aide sociale sont par ailleurs pris en charge par la collectivité. Mais les classes moyennes ont de plus en plus de difficultés à financer les séjours en maisons de retraite médicalisées.

Par ailleurs, il y a des inégalités géographiques flagrantes. Ces structures sont développées dans les régions riches et denses, puisque c'est là que réside la clientèle la plus aisée, en délaissant les régions rurales. Le marché de la dépendance, le fameux « or gris », est rentable pour les actionnaires.

Le groupe Orpéa

Le gestionnaire de maisons de retraite Orpéa (ORP.PA: Cotation) a annoncé s'être doté de 1.627 nouveaux lits au cours des six premiers mois de 2009 et a relevé son objectif de chiffre d'affaires pour l'ensemble de l'exercice.

Le groupe vise un chiffre d'affaires de 840 millions d'euros en 2009, tout en réitérant son objectif d'un chiffre d'affaires 2011 «sensiblement supérieur à 1 milliard».

«Au-delà même de 2011, le réservoir de croissance de près de 8.500 lits assure la visibilité et la croissance du groupe dans les 4 à 5 prochaines années. Cette croissance s'effectuera bien entendu dans un contexte de rentabilité toujours solide et d'amélioration des ratios d'endettement», se vante le directeur général délégué d'Orpéa. Son réseau est aujourd'hui de 26.526 lits répartis dans 284 établissements.

Les nouveaux lits du groupe sont tous situés en France.

Orpéa, qui publiera son chiffre d'affaires du troisième trimestre confirme en outre «sa volonté de poursuivre sa dynamique à un rythme d'environ 3.000 lits par an»!

Il a vu son bénéfice bondir de 26,1% en 2009, pour atteindre 61 millions d'euros. Et le groupe table sur une progression de son chiffre d'affaire dans les prochaines années !

Il suffira de continuer à privatiser à tout va ce secteur...

Le groupe Korian

Le Groupe Korian, créé en 2001, est le leader européen de la prise en charge globale de la dépendance, temporaire ou permanente. Groupe privé employant plus de 14.000 collaborateurs, Korian dispose de trois plateformes implantées en France, en Italie et en Allemagne.

Au 31 décembre 2009, les 218 établissements de Korian totalisent 20 759 lits exploités. En France : 116 maisons de retraite (EHPAD), 35 cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR) et 11 cliniques psychiatriques pour un total de 13 698 lits. En Europe : 22 établissements en Italie totalisant 3 032 lits et 34 établissements en Allemagne pour 4 029 lits exploités. Le chiffre d'affaire de Korian enregistre une hausse soutenue de 8,9% en 2009. Cette croissance a été particulièrement significative dans les filiales européennes, qui avec une hausse globale de 23,1%, confirment leur dynamique et représentent désormais plus du quart de l'activité du Groupe.

La croissance organique de Korian est assurée au cours des 3 prochaines années

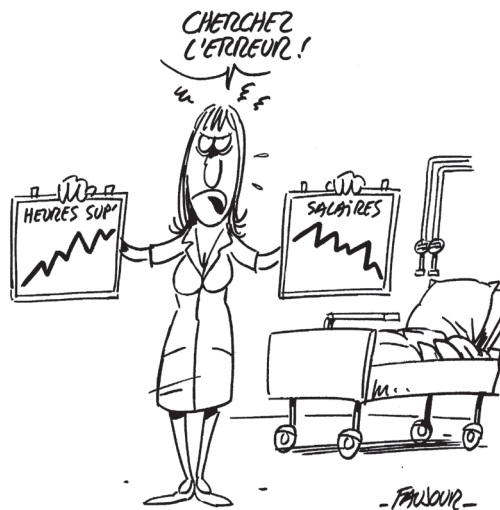
- 2 011 lits nouveaux qui complètent le parc actuel;
- 823 lits construits et en cours de remplissage ;
- 3 308 lits exploités sur lesquels des projets de restructuration sont identifiés et qui constituent une réserve d'amélioration de marge importante.

Que du bonheur... pour les actionnaires

(En ce qui concerne Médica France, troisième groupe privé, cf brève page 9.)

l'exemple de l'île de France.

Le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France, Claude Evin, a indiqué en début de mois de Juin que 31 établissements avaient été identifiés comme non conformes en Ile-de-France fin mars. Claude Evin a également signalé un foyer-logement qui est en procédure de fermeture progressive. En suivant le ministre du travail, Eric Woerth, et la secrétaire d'Etat aux aînés, Nora Berra, se sont rendus à l'ARS d'Ile-de-France pour dresser un bilan des établissements pour personnes âgées en situation d'irrégularité.



Dans l'année écoulée deux établissements ont signé une convention tripartite et donc se sont transformés en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Deux autres établissements ont fermés provisoirement, pour réaliser des travaux. Six foyers-logements ont procédé à une réduction de leur GIR moyen pondéré (GMP) pour pouvoir passer en-dessous du seuil des 300. En outre, 14 foyers-logements doivent faire

l'objet d'une réévaluation de leur GIR et quatre établissements font "l'objet d'une lettre d'injonction pour se mettre en conformité, à défaut de quoi la fermeture sera prononcée".

En outre, un établissement s'est engagé à passer dans les trois mois une convention avec un service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et un établissement a été fermé en mai par décision du préfet du Val-de-Marne.

Des bénéfiques, pas pour tout le monde!

Il n'y a pas de secret, les «gains de productivité», les dividendes distribués se font au détriment

d'une part de la qualité des prises en charge, des conditions de travail et des effectifs en personnel qualifié.

Cela aboutit à une situation ou de façon sporadique sortent des affaires de maltraitance.

Non pas de maltraitance forcément liée à des actes individuels, il s'agit de maltraitance institutionnelle. C'est de la micro-maltraitance, des actes qui, pris isolément, ont l'air anodins,

comme la perte d'une prothèse dentaire non remplacée, des troubles non traités de la déglutition, des repas servis froids ou sans aide à des personnes qui ne sont plus autonomes. Mais cumulés, ces actes peuvent constituer une maltraitance grave pouvant conduire jusqu'à la mort. Cette maltraitance-là est beaucoup plus mortelle que la canicule de 2003 selon le P. Soubeyran, gériatre.

Juanito

« Les femmes et la crise »

Les 11 et 12 mars 2010, la Bourse du Travail de Saint-Denis faisait le plein lors des Journées Inter-syndicales Femmes co-organisées par la CGT, la FSU et l'Union Syndicale Solidaires. Environ 300 militant(e)s, essentiellement des femmes (notons d'ailleurs qu'il y avait plus de jeune femmes que les années précédentes) mais aussi quelques hommes, s'y étaient retrouvés pour apprendre et débattre autour de 4 axes : « Les femmes et la crise », « 40 ans du mouvement féministe », « La parentalité dans l'entreprise », « Femmes et Guerres » thème de la 3^{ème} Marche Mondiale des Femmes.

Quelques mots sur la séquence :

« Les femmes et la crise »

Sylvie Schweitzer, historienne, a rappelé que le travail des femmes s'était construit à partir de leurs qualités « dites » féminines (finesse des mains, aptitude à l'obéissance, répétitivité des gestes...), tout en préservant le soin à apporter à la famille (notamment aux enfants, avec le temps partiel). Le salaire des femmes considéré alors comme un « salaire d'appoint » était généralement peu élevé.

En 1860, certains concours étaient strictement « réservés » aux femmes : maîtresse de maternelle, sage-femme, infirmière... La mixité au travail n'a été introduite que dans les années 1965-1975 quand les derniers verrous législatifs ont sauté permettant l'accès de tou(te)s à toutes les écoles notamment par la suppression des quotas hommes/femmes et la mise en place de concours

mixtes (comme en 1974 dans la Fonction Publique).

Le droit à la formation professionnelle (exclusivement entre femmes jusqu'en 1960) a été obtenu tardivement et de façon très limitée. Les lois sur la contraception en 1967 et sur l'avortement en 74 ont également été fondamentales.

Rachel Silvera, universitaire, est ensuite intervenue sur les « dessous de la crise » à partir des données 2009. Pour la 1^{ère} fois, le taux de chômage était le même chez les hommes que chez les femmes mais on retrouvait néanmoins plus de femmes dans les emplois non qualifiés, dans les emplois à temps partiel et dans les contrats précaires (environ 1/3 en plus), les jeunes femmes entre 15 et 24 ans étant particulièrement touchées.

Si les secteurs industriels, majoritairement masculins, ont été massivement touchés, on voit déjà apparaître des suppressions de postes dans le secteur des services à la personne (hors garde d'enfant) qui emploie essentiellement du personnel féminin.

Le sous-emploi se décline différemment si on est un homme (on parle alors de chômage partiel, celui-ci étant indemnisé) ou une femme (on parle alors de temps partiel, non indemnisé).

Dans les luttes, le combat des hommes (Conti, Arcelor...) est beaucoup + médiatisé que celui des femmes (Aubade, avec délocalisation en Tunisie, restructurations... ayant pourtant entraîné occupation, manifestations...) comme s'il était moins important.

Avec le RSA, l'obligation de mobilité pénalise particulièrement les femmes et on oppose de plus en plus le droit au travail pour les femmes à celui de s'occuper des enfants (il faut choisir !).

Le débat qui a suivi a apporté d'autres informations : les suppressions de postes dans la Fonction Publique touchent majoritairement les femmes ; Pôle Emploi envoie systématiquement les femmes vers les formations pour les services à la personne et les hommes vers les formations pour les métiers du bâtiment... Par ailleurs beaucoup de jeunes femmes ne vont pas s'inscrire à Pôle Emploi (défaut d'information ?...).

Seulement 8% d'entreprises ont signé un accord sur l'égalité de salaire alors que la loi du 23 mars 2006 sur l'égalité professionnelle (pas de discrimination du fait de la grossesse, la femme devant bénéficier des évolutions de conditions de travail auxquelles elle aurait eu droit si elle n'avait pas été absente) et sa transposition dans le Public en 2008, devait aboutir à l'égalité en 2010.

Pour Solidaires,

Pour celles et ceux qui souhaitent approfondir ces sujets:

Articles et publications de Rachel Silvera sur www.rachelsilvera.org

Sylvie Schweitzer « Les femmes ont toujours travaillé. Une histoire du travail des femmes, XIX^{ème}-XX^{ème} siècles, Odile Jacob, 2002, 2 revues : Clio, Histoire, femmes et société et Travail, Genre et Société

Commission femmes

Vents de Sud dans le neuf quatre !

11 mai 2010 : Election du CTE des hôpitaux de Saint-Maurice

L'hôpital Esquirol et l'Hôpital National de Saint-Maurice doivent fusionner au 1^{er} janvier 2011 (détail: l'arrêté de fusion n'est toujours pas sorti !). A ce titre, les 2100 salariés des deux établissements ont été appelés à désigner leurs représentants au CTE qui prendront leur fonction à cette date.

L'enjeu de cette élection était de mobiliser les personnels autour d'objectifs clairs dans le cadre d'une fusion qu'ils avaient massivement rejetée dans une consultation organisée par Sud santé et Force Ouvrière. La question du futur volet social « commun » a été un axe important, les situations étant très différentes d'un établissement à l'autre, notamment le tarif de crèche (4€ jour à Esquirol 18€ à l'HNSM) ou les RTT... mais c'est autour des valeurs qui nous sont chères, la solidarité, l'unité des salariés et des organisations syndicales, la démocratie et la nécessaire combativité de tous que nous avons fait campagne ! Les résultats sont les suivants :

Majorité absolue pour Sud (avec une augmentation en voix en comparaison des élections de 2007)

Sud obtient 55,98 % : 12 sièges, CGT : 5 sièges, CFDT : 2 sièges, SNCH : 1 siège. De ce fait SUD santé obtient les deux sièges au Conseil de Surveillance.

Lors des campagnes pour ces élections, nous avons été amenés à rencontrer de nombreux salariés. Des contacts ont été établis avec des personnels motivés : de quoi, au-delà de ces élections préparer l'avenir !

18 mai 2010 : Election du CTE de l'EHPAD de Vitry

L'intégration des salariés de l'EHPAD de Vitry à la Fonction Publique a impliqué l'organisation d'élections au CTE. Devant l'inefficacité de la CGT pour résoudre les problèmes liés à cette intégration, les personnels ont constitué une section Sud au cours du premier trimestre 2010. L'accompagnement du département porté ses fruits dans les urnes. L'établissement comporte moins de 50 agents et le taux de participation a été de 91.4%!

Les irrégularités dans l'organisation des élections ont été nombreuses : 5 salariés empêchés de voter (voix notoirement réputées SUD), bulletin de candidats titulaires et de candidats suppléants séparés etc etc... au point que la direction a dû effectuer deux envois de matériel électoral.

Les réunions organisées pour les salariés par Sud santé ont été perturbées par l'union départementale CGT du Val de Marne. Malgré les obstacles, le résultat du vote a été une égalité parfaite, chaque organisation ayant recueilli 20 voix !

Trois sièges étaient à pourvoir au CTE et trois au Conseil d'Administration. Au CTE au vu « de l'âge du candidat », Sud a obtenu 2 sièges, la CGT 1. Au conseil d'administration « par tirage au sort », SUD santé a obtenu 2 sièges, la CGT 1.

BASS : mobilisation réussie

Mardi 1er juin il fallait être dans la rue à Paris avec les salariés des établissements du secteur sanitaire, médico social et social, qui ont manifesté à l'appel de notre fédération et de la coordination des collectifs. Ils sont venus de nombreux départements pour dénoncer la casse des conventions collectives, dénoncer la baisse des budgets sanitaires et sociaux, dénoncer la remise en cause des métiers, la baisse des salaires et la dégradation des conditions de travail. Dans le droit fil des politiques gouvernementales, les employeurs de la BASS veulent remplacer les conventions actuelles au profit d'une convention unique au rabais avec baisse généralisée des salaires, remise en cause des métiers et des diplômes, restructurations et mise en concurrence généralisée des établissements...

Le 1er juin les salariés dans la rue ont montré leur détermination pour garder et améliorer leurs conventions collectives. Nous devons soutenir et amplifier leurs mobilisations. Il faut créer les conditions de l'unité, partout solliciter les salariés pour qu'ils se joignent au mouvement qui se dessine. La fédération appelle les salariés à s'organiser dans les établissements et les départements dans l'unité la plus large. Seule la convergence des luttes permettra de construire le rapport de force nécessaire face aux projets des employeurs et du gouvernement.

Pascal Piezanovski

Contre sommet des peuples à Madrid (14-18 Mai)

E au détriment des peuples, l'Europe libérale renforce sa politique prédatrice en Amérique latine et dans les Caraïbes, et comptait avancer dans cette voie lors du Sommet de Madrid réunissant chefs d'Etat d'Europe et d'Amérique latine. C'était l'occasion de leur opposer une vaste mobilisation des mouvements sociaux (plus de 400) des deux continents, à l'initiative du réseau bi-régional « Enlazando alternativas » (Entrelaçant des alternatives).

Et ce contre-sommet réussi, en présence de nombreux jeunes, a été l'occasion d'instruire le procès des multinationales européennes qui se livrent au pillage des ressources des pays de l'Amérique latine et des Caraïbes, avec la complicité des gouvernements et des institutions de l'UE. Une délégation de Solidaires était présente avec Sud-PTT, Sud-Culture, Sud-étudiant, Sud-santé-sociaux.

Juste au moment où s'ouvrait le contre-sommet, le premier ministre espagnol Zapatero annonçait pour son pays un plan d'austérité musclé : réduction de 5% du salaire des fonctionnaires, gel des pensions de retraite, annulation du « chèque-bébé » (prestation de 2500 euros versée aux familles à chaque naissance), réduction des dépenses publiques. Autant dire que le refus de ces politiques de l'UE et du FMI, consistant à faire payer la crise aussi aux peuples d'Europe (Grèce, Espagne, Portugal, Espagne, France à travers la réforme des retraites) a occupé une

place de premier plan !

Il a dominé la manif du dimanche 16 mai, réunissant associations environnementales et féministes, syndicats et partis politiques, avec une présence importante de la CGT espagnole (anarcho-sindicaliste) autour du mot d'ordre central de Grève Générale.

Quant aux deux principaux syndicats espagnols, les Commissions Ouvrières et l'UGT, membres de la Confédération européenne des Syndicats (CES), ils n'étaient présents ni au contre-sommet ni à la manif, et n'appelaient qu'à une riposte « proportionnée », c'est-à-dire une grève des seuls fonctionnaires, le 8 juin.

AU LIEU
DE SE SERRER
LA CEINTURE
IL FAUT BRISER
NOS CHÂÎNES !!!



Tout cela a été l'occasion de cultiver contacts et débats avec les syndicats alternatifs espagnols, la CGT donc, mais aussi IAC (Catalogne), Confédération Intersyndicale, et SAT (Andalousie).

Parallèlement se tenaient les sessions du Tribunal Permanent des Peuples (TPP) : les témoignages des mouvements sociaux, tant d'Amérique latine que d'Europe, ont été nombreux, passionnants et passionnés.

A signaler par exemple celui

du SME (Syndicat des électriciens de Mexico) engagé dans une épreuve de force avec le gouvernement mexicain, qui privatise l'approvisionnement en électricité des 18 millions d'habitants de Mexico et le livre à l'entreprise espagnole Union Fenosa, en licenciant au passage 40 000 salariés !

A signaler aussi celui du Front de Résistance Populaire du Honduras (résistance dans laquelle les mouvements des femmes jouent un rôle clé), contre le coup d'Etat de juin 2009 au Honduras, que seules la pression des multinationales et la complicité des USA et de l'UE ont rendu possible.

Etaient présents également des syndicalistes argentins, vénézuéliens, colombiens, et des représentant(e)s des mouvements indigènes du Guatemala, du Pérou, d'Equateur, etc.... venus expliquer comment les multinationales détruisent droits sociaux et environnement, par exemple dans la forêt amazonienne où les agissements des sociétés pétrolières sont moins connus mais tout aussi désastreux

que ceux de BP en Louisiane. Verdict du TPP : **coupables!**

Coupables par exemple les multinationales françaises, GDF, Suez, Louis Dreyfus (énorme société minière qui saccage la Colombie et n'hésite pas à utiliser les services des paramilitaires contre les travailleurs colombiens). Par delà les frontières, nos adversaires sont les mêmes, et nos combats... aussi !

Patrick Bonneau

Grèce : le laboratoire européen des plans d'Austérité !

Le 14 janvier, le ministre des Finances, George Papaconstantinou, a déclaré, « Nous atteindrons nos objectifs par tous les moyens possibles. »

Depuis mars 2010, la Grèce s'est vu infliger «un plan d'ajustement structurel» à l'instar des politiques réservées par le FMI et la Banque Mondiale aux peuples des pays du tiers monde depuis des années. Les tenants de la finance mondiale prétendent exiger de ce pays une réduction de 20 % des finances publiques, que paiera le peuple grec par une cure prolongée d'austérité, de chômage et de sacrifices.

L'endettement de l'état grec, aggravée par la crise financière, accélère la crise sociale qui se traduit d'une part par un sentiment d'impuissance, de résignation renforcée d'une partie de la population, mais d'autre part par la permanence de niveaux de mobilisations tout à fait exceptionnels avec des pics

de mobilisation les 11 mars, 5 et 20 mai, 5 et 31 juin 2010.



Le plan Grec bute à l'évidence sur un obstacle social.

Le gouvernement Grec vient d'inaugurer le modèle Européen de politiques qui aujourd'hui se propagent en Roumanie, Espagne, Italie et bientôt dans toute l'Europe...

La mobilisation en Grèce a certainement inspiré les mobilisations d'une ampleur exceptionnelles depuis le 31 mai et 1er juin contre le plan d'austérité

qui débute dès ce mois de juin en Roumanie. C'est la première grève générale interprofessionnelle du post communisme.

A l'heure où les plans d'ajustement se propagent Hongrie et Bulgarie et Lituanie pour les ex-pays de l'Est, à l'Italie, l'Espagne et le Portugal pour l'Ouest de l'Europe, il est plus que temps de donner une dimension internationale au combat des peuples d'Europe contre l'austérité.

La Grève générale appelée en Italie le 25 juin, les manifestations prévues en Espagne et au Portugal semblent être l'écho de l'immense banderole déployée à Athènes le 11 mars « peuples d'Europe révoltez vous ».

C'est à cette seule condition qu'on en finira avec « les cadeaux pour ceux d'en haut et les coups bas pour ceux d'en bas! »

Vladimir Nieddu



JACQUES BERTIN, L'INTRANSIGEANT

Jacques Bertin n'est pas une vieille connaissance à la manière du regretté Jean Ferrat. Ce n'est qu'assez récemment que je l'ai découvert et me suis intéressé à l'artiste, au journaliste, à l'écrivain.

Mais c'est au chanteur que cet article sera consacré. Comment aborder l'œuvre de Jacques Bertin car c'est d'une œuvre dont il s'agit, œuvre que je suis loin de connaître dans sa totalité. Peut-être faut-il aller à sa rencontre à contre courant ? En empruntant le fleuve, tant aimé, tant chanté, la Loire. « Loire bleue – Loire noire – Loire royale des gueux, des poètes, des enfants heureux Loire verte – qui conduit chaque homme à sa perte – Loin ! Aux cieux ! »

Plus de quatre décennies à parcourir pour arriver au début des années soixante, période au cours de laquelle Jacques Bertin interrompt des études de journalisme pour se lancer dans la chanson.

Plus de quatre décennies de refus des règles du showbiz, de fidélité à soi-même qui l'amèneront avec les complices du moment, Jean-Max Bruat, Gilles Elbaz, Jean Vasca, à se produire dans des centaines de récitals, portés par la vague des années soixante dix, les réseaux militants de l'Education Populaire... jusqu'au début de la décennie quatre-vingt, celle des « fausses roses et des vraies épines ». Cette période qui verra l'éducation populaire peu à peu dépérir sous les effets de sa bureaucratisation et de politiques culturelles toutes entières tournées vers les paillettes de la modernité. Au rencart donc, la chanson à texte et tous au Palace avec Jack Lang et Jean-Paul Goude !

Jacques Bertin lui, a entamé une traversée du désert mais avec la persévérance de celui qui se sait en

accord avec lui-même et ses convictions.

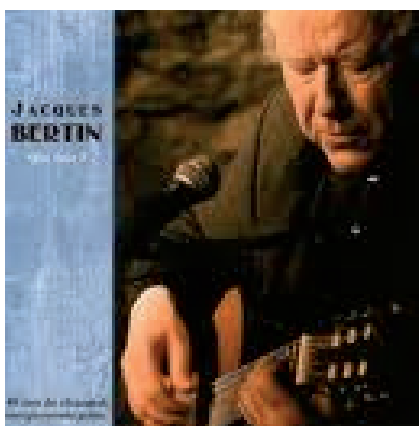
Et il a continué à égrener ses bijoux car il faut en parler de ce chant, ample, assuré, épuré dans son expression mais au service de textes d'une grande qualité poétique.

Leur composition fait immédiatement surgir des images, des émotions au point que nombre de ses chansons pourraient être comparées à des tableaux. Chansons ? Certains parlent de poésie chantée. Peu importe. Reste une puissance d'évocation, une gravité souvent bouleversante pour nous parler sans pathos, ni surenchères, des vies humbles, des paysages, de l'amour du pays, de l'engagement.

En effet, si Jacques Bertin est un homme assurément engagé, les textes de ses chansons n'ont rien à voir avec des tracts mis en musique, aptes à faire danser les jours de manifs. Mieux vaut le préciser. Bertin, ça s'écoute. Et des métaphores qui s'éclairent alors, de la lumière tamisée qu'elles diffusent, soutenues par un accord de piano ou de guitare, naît l'enchantement, une forme de bonheur.

Derniers disques parus : « Comme un pays », 2010 ou « Que faire ? », 2007 (enregistrement public au Théâtre du gymnase) disques Velen (<http://chez-alice.fr>)

Si vous souhaitez découvrir davantage Jacques Bertin, deux ouvrages : « Reviens, Draïssi ! Ecrits sur la chanson » Editions Le Condottiere « Chroniques du Malin plaisir » (68 articles publiés par Politis) Edition Corlet Enfin un DVD, « Jacques Bertin – Le chant d'un homme » Documentaire de Philippe Lignières et Hélène Morsly. Les films du Sud.



Claude Carrey