

Different

Le journal des adh' écrivain de la fédération Sud Santé-Social

ET UNE CUILLER POUR...



Le sous-effectif conduit à la maltraitance institutionnelle !

**EFFECTIFS,
FORMATION,
QUALIFICATION,
SONT DES SOLUTIONS !**



atelier graphique SUD CHR Orléans

NUMÉRO 28 - FEVRIER 2011 -



SOMMAIRE

Le journal des adhérents de la Fédération Sud Santé-Sociaux - numéro 28

santé & social - pages 4, 5, 10, 11

Loi HPST, ou la reprise en main du médico social par le sanitaire
Osons dire non!

dossier - pages 6, 7, 8, 9

La Sécurité Sociale en voie de démentiellement

Dépendance: Bachelot lance l'opération d'enfumage

société - page 12

Sécuritaire quand tu nous tiens

international - page 13

Michel Warchawski

femmes - pages 14, 15

Des combats peuvent être gagnés

culture & plaisir - page 16

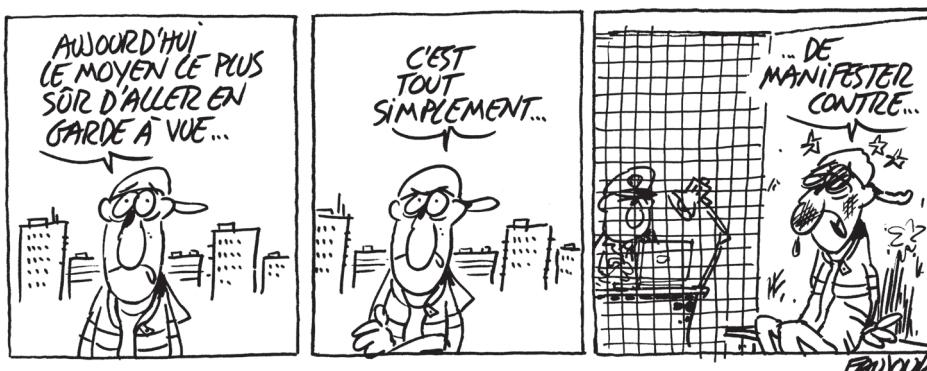
Agnès Bihl

Different

Le journal des adhérents de la Fédération Sud Santé-Sociaux

ont collaboré à ce numéro :

Commission Femmes, Fabienne Binot, Patricia Garcia, Thierry Lescant, Jean Carré, André Giral, Vladimir Nieddu, Faujour, Jean Marie Sala, Alain Acquart, Jean Vignes.



Union syndicale
Solidaires

Nouvelle formule du journal «offensive syndicale» - ISSN : 1776-1875 - Numéro de CPPAP : [en cours de réactualisation](#)

Édité 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

Numéro 27 imprimé en 16805 exemplaires par : IGC communigraphie, 10 rue G. Delory - 42964 Saint-Étienne Cédex

édito

Après avoir passé nos retraites à la moulinette le gouvernement continue son attaque sur la sécu via le cinquième risque et accompagne la montée en puissance de la loi HPST. Il lance une offensive contre le statut de la fonction publique, pendant que les patrons s'acharnent sur les conventions collectives, et pour couronner le tout, met en place des chapes sécuritaires via la LOPPSI2 et la loi de refonte des placements en psychiatrie.

C'est une offensive sans précédent qui tente de bouleverser notre société, le président des riches poursuit son œuvre de déconstruction des solidarités.

Face à cette offensive de classe des voix s'élèvent, d' « indignez vous » au « manifeste des 600 économistes atterrés », à travers les collectifs « mais c'est un homme », « antiloppsi2 », « la santé en danger », par des luttes acharnées, dans les établissements hospitaliers et médico sociaux, par l'organisation de la lutte dans le social, salariés et citoyens s'organisent à leur tour pour riposter.

Si un sentiment amer a dominé à l'issue de la bataille sur les retraites, si la révolte des peuples d'Espagne et de Grèce a été étouffée par la logique libérale du FMI, ce n'est pas pour autant que les citoyens baissent les bras et l'on sent comme un désir d'en découdre face au rouleau compresseur du capitalisme et la façon éhontée des nantis de s'enrichir toujours, plus créant toujours plus de misère.

L'espoir maintenant nous vient d'ailleurs, de l'Islande en passant par l'Irlande mais surtout des révoltes du Maghreb à l'Egypte, les peuples expriment leurs révoltes, démontrant courage et détermination.

Nos acquis sociaux ont été exemplaires pour d'autres peuples, aujourd'hui à nous de nous inspirer de leurs luttes pour les défendre et avancer à nouveau dans la construction d'une société faite pour les peuples et par les peuples.

Loi HPST ou la reprise en main du médico social par le sanitaire ?

La loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires) va comme nous l'avons analysé dans les articles précédents, profondément modifier le secteur social et médico social. Elle ne se contente pas de « camoufler » la transposition de la directive européenne de 2006 et de renforcer les politiques de maîtrise comptable, elle remet aussi en cause de façon incideuse le cloisonnement existant entre le sanitaire et le médico social.

En effet depuis la loi relative aux institutions sociales et médico sociales du 30 juin 1975 et de la loi du 31 décembre 1970 qui faisait de l'hôpital le pivot du système de santé, il apparaissait cohérent de séparer d'un côté « le soin » et de l'autre la prise en charge des personnes en état de dépendance dû à la vieillesse et aux handicaps...

Traditionnellement le secteur médico social intègre trois types d'activités. Les prestations d'entretien des personnes (hébergement notamment), des prestations de soutien et d'accompagnement et des prestations de soins médicaux.

Avec la crise des financements publics, la création à terme d'une cinquième branche de la Sécurité Sociale et la généralisation de la concurrence, on assiste au développement de structures selon une logique « d'offres différencierées de services », qui fragilise le secteur médico social en particulier dans ses fonctions « d'entretien » et « d'accompagnement social » au profit de la seule prise en charge sanitaire.

Pour des raisons strictement budgétaires la Sécurité Sociale tend à réduire son action à la seule prise en charge des soins médicaux. L'entretien de la personne, les prestations de soutien

et d'accompagnement doivent être à terme financées par les personnes sensées devenir « potentiellement » solvables via la PCH (Prestation Compensatrice du Handicap), l'APA (Aide Personnalisée pour la perte d'Autonomie, pour les plus de 60 ans), l'ACTP (l'allocation compensatrice pour tierce personne) destinée aux personnes handicapées avec un taux d'incapacité d'au moins 80 %, complétées par des assurances complémentaires obligatoires comme le prévoit le gouvernement dans son projet actuellement en discussion sur le 5^{ème} risque.

La nouvelle gouvernance du secteur par les ARS (Agences Régionales de Santé) devrait également renforcer la reprise en main du médico social par le sanitaire. La Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP), mise en œuvre dans le domaine sani-



taire et social par la loi HPST entraîne la suppression des DRASS dont les activités sont réparties entre trois organismes :

-La mission nationale de contrôle des organismes de Protection Sociale reprend les attributions liées à la tutelle et au contrôle des organismes de protection sociale , au travers de 7 antennes interrégionales ;

-Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont repris depuis 2010, les attributions touchant à la santé publique, ainsi qu'au secteur médico-social et réunissent les compétences qui étaient réparties entre sept organismes différents : les DDASS, les DRASS, les URCAM [Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie], les Cram [Caisses Régionales d'Assurance Maladie], les ARH, les MRS [Missions Régionales de Santé], les GRSP [Groupements Régionaux de Santé Publique].

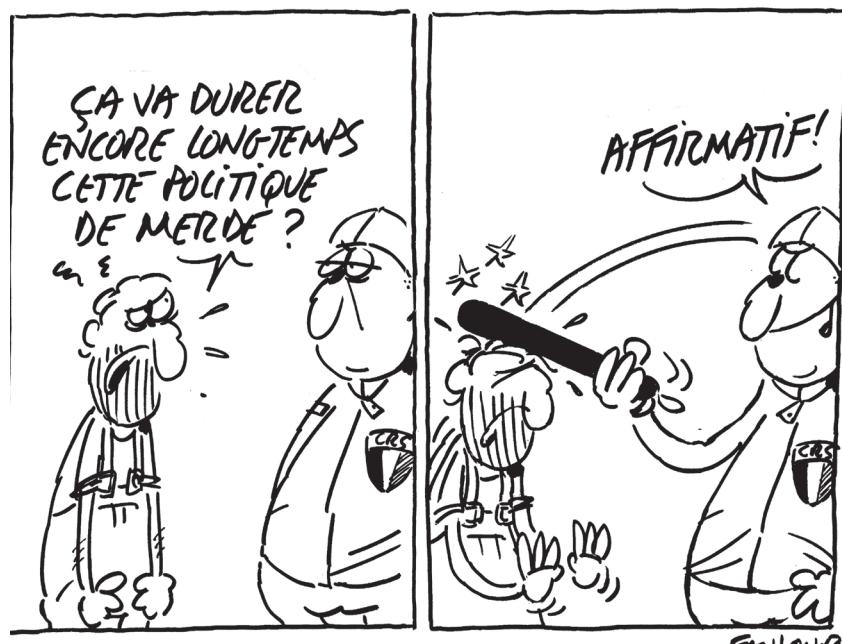
-Les Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) sont chargées, depuis le 1er Janvier 2010, des attributions touchant à l'action sociale, aux questions de formation professionnelle.

L'ordonnance du 23 février 2010, de coordination avec la loi HPST, fait par ailleurs du préfet de région l'autorité compétente pour procéder à la tarification de certains établissements et services sociaux dont les prestations sont financées par le budget de l'État. Ainsi, relèvent désormais de la compétence du

préfet de région, les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), les Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) et les services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire : services mandataires judiciaires à la protection des majeurs, hormis ceux gérés par un établissement de santé ou par un établissement pour personnes âgées ou pour personnes handicapées, et services délégués aux prestations familiales. (CASF, art. L. 314-1 et R. 314-3). (Rappel : le décret du 16 février 2010 a renforcé les

secteur médico social et la prise en charge des personnes.

En individualisant le financement des prestations « d'entretien » et « d'accompagnement » dont l'essentiel de la charge reviendra aux familles, et en donnant aux ARS (ex. ARH) l'organisation d'un secteur à la frontière du sanitaire et du social, la dimension sanitaire ne prendra-t-elle pas définitivement l'ascendant sur le social ? Une fois de plus le « puzzle » du démantèlement progressif de la protection sociale solidaire se révèle. Une fois de plus les prin-



pouvoirs des préfets de région en leur donnant autorité sur les préfets des départements, hormis dans quelques domaines).

La gouvernance du secteur médico social par les ARS, combinée à la loi 2005 et au projet de 5^{ième} branche de la sécurité sociale, ne manquera pas au final d'avoir des conséquences importantes sur l'organisation du

cipes d'universalité, d'unicité et de solidarité sont mis à mal.

N.B. : (Ce dernier article fait suite aux deux précédents articles publiés dans les n°26 et 27 de « Différent » sur les conséquences de la loi HPST dans le médico social)

André Giral

La Sécurité Sociale en voie de démantèlement

Au fil des ans les attaques se multiplient contre notre protection sociale solidaire.

Des forfaits journaliers aux franchises, des dépassements d'honoraires aux déremboursements, la part de la prise en charge de la sécu tend à diminuer. Si aujourd'hui, la Sécu prend encore en charge 74% des dépenses de santé, cette part tend chaque année à se réduire et elle n'est déjà plus que de 51% pour les soins courants.

Depuis des lustres, le lobby très puissant des assureurs privés rêve de récupérer le pactole de la protection sociale. Le premier à s'y attaquer a été Claude Bébéo, le fondateur du groupe d'assurance Axa qui dès 1996 avait sommé le gouvernement Juppé d'avancer vers des « sécurités sociales privées ». Puis, c'est Denis Kessler (ex n° 2 du MEDEF et actuel président de Scor géant de la réassurance) qui en octobre 2007 revenait à la charge en expliquant qu'il fallait détricoter méthodiquement toutes les mesures issues du Conseil national de la Résistance et notamment la Sécurité Sociale.

Mais, c'est à l'occasion du lancement du dossier sur la dépendance que le Président de la République a dévoilé ses intentions en annonçant la création d'une cinquième branche en indiquant que le débat

devait porter sur son mode de financement : « Faut-il un système assurantiel ? Obliger les gens à s'assurer ? Sans répondre explicitement à ces pistes, nous savons ce que vaut le lancement d'une concertation nationale sur le sujet. Derrière un vernis pseudo-démocratique, il s'agit de faire avaliser une nouvelle réforme qui serait indispensable pour sauver le système, la réédition du scénario que nous avons connu l'année dernière sur les retraites.

La dramatisation du dossier fait aussi partie du plan pour préparer les esprits. Le coût de la dépendance est aujourd'hui de 22 milliards d'euros (soit 1,1% du produit intérieur brut). Il devrait atteindre 30 milliards aux alentours de 2020. Compte tenu de l'augmentation de la population concernée, cette augmentation des dépenses n'est pas insurmontable,

François Fillon monte au créneau : « la modernisation de

notre système de protection sociale s'impose à nous, nous avons commencé avec la réforme des retraites ... nous allons poursuivre ... » en posant des questions similaires à celles du chef de l'Etat : « assurance obligatoire ou facultative, collective ou individuelle ? »

Ce faisant, il laisse entendre que la Sécurité sociale ne serait plus l'outil de solidarité intergénérationnel et que les assureurs privés pourraient s'emparer de cet alléchant marché dont ils ne détiennent aujourd'hui qu'une petite part.

Dans cette campagne de communication, Roselyne Bachelot a déclaré au Figaro que pour le financement de la dépendance il ne fallait rien exclure et surtout pas le recours aux assurances privées, en soulignant qu'un rapport parlementaire pose « les enjeux et les solutions qui peuvent être envisagées », celui de la députée UMP Valérie Rosso-Debord. Tout d'abord ce rapport affirme que notre pays n'est plus du tout dans le contexte de la création de notre système de protection sociale, notamment du fait de la mondialisation et que le poids des charges sociales hypothèque la compétitivité de

notre pays » (sic). Ensuite en découle la préconisation d'une prise en charge par les compagnies d'assurance, les mutuelles et les sociétés de prévoyance qui auraient acquis au fil des ans une expérience importante dans ce domaine. A savoir : rendre obligatoire dès l'âge de cinquante ans, la souscription d'une assurance perte d'autonomie liée à l'âge et assurer son universalité progressive



par la mutualisation des cotisations et la création d'un fonds de garantie.

C'est donc bien d'une remise en cause de la Sécurité sociale dont il s'agit. Et comment croire que ce transfert vers l'assurance privé se limiterait à la dépendance ? Le danger est réel que la dépendance soit la porte ouverte aux assureurs pour entrer de plein

pied dans le système de la couverture sociale jusque là, dévolu à la Sécurité sociale.

Les frères Sarkozy à la manœuvre !

Si Nicolas Sarkozy vante une plus grande ouverture de la protection sociale aux assurances privées, c'est son frère Guillaume qui préside le groupe

privé de prévoyance Malakoff-Médéric qui propose d'offrir dans le cadre de contrats individuels ou d'entreprises des offres d'assurances privées englobant la dépendance et la retraite complémentaire. Pour cela un projet de société commune avec la Caisse Nationale de Prévoyance (CNP contrôlée par l'Etat) est envisagé (projet dévoilé par Médiapart).

Les déremboursements de médicaments qui se sont accélérés depuis 2007 permettent à ces mêmes assureurs d'englober dans leurs « packages » des offres portant aussi sur le risque maladie de moins en moins bien couvert par la Sécurité Sociale.

Les pièces du puzzle se juxtaposent et mettent en lumière la mise en place d'un système de protection sociale à deux vitesses, avec un système de protection étendue ouvert aux plus riches qui auront les moyens de s'assurer, et un système minimal pour les plus pauvres régi par la solidarité, mais ne couvrant plus tous les risques. Les vieux riches seront protégés, mais plus les vieux pauvres !

Si le scénario de cette destruction est écrit, il n'est heureusement pas encore réalisé. Les nombreuses actions de résistance dans le pays tant face à la remise en cause de la sécu, que des retraites ou des services publics, doivent trouver un relais national pour préparer une action nationale pour la reconquête de la Sécurité, sociale, son financement et le retour de sa gestion par les représentants des salariés, c'est un enjeu de société majeur !

Jean Marie Sala

Des attaques qui viennent de loin

Dès 1967 une ordonnance instaure la séparation de la Sécurité Sociale en trois branches autonomes : maladie, famille et vieillesse. Chaque branche est alors responsable de ses ressources et de ses dépenses. Cette ordonnance ouvre la porte aux attaques futures. Entre 1976 et 1979, plusieurs plans BARRE instaurent les cotisations pour les retraités, le numéros clausus pour les étudiants en médecine, la réduction du nombre de lits dans les hôpitaux. En 1976, le premier gouvernement Barre diminue le remboursement des médicaments « dits » de confort (vignettes bleues), c'est le début d'une spirale sans fin.

Un forfait hospitalier créé par la loi du 9 janvier 1983 et fixé à 20 francs. Il est régulièrement augmenté entre 1984 et 2007. Depuis le 1er janvier 2010, il est fixé à 18 euros par jour en hôpital ou en clinique et 13,50 euros par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé

Le Plan JUPPE instituant la réforme de 1996 implique notamment le vote annuel des dépenses de santé par le Parlement, la création des agences régionales d'hospitalisation censés réduire les dépenses d'hospitalisation.

En 2004, mise en place du Comité d'alerte de l'assurance maladie et plan de redressement chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement et les Caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement. Le décret du 12 octobre 2004 a fixé ce seuil à 0,75 % il peut imposer des plans d'économies immédiats

Depuis le 1er janvier 2005, une participation forfaitaire de 1 euro est demandée aux assurés de plus de 18 ans. Elle s'applique pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. Elle est limitée à 4 euros par jour pour un même professionnel de santé et plafonné à 50 euros par an et par personne

Depuis le 1er septembre 2006, le forfait 18 € s'applique pour les actes médicaux d'un montant supérieur ou égal à 91 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50 K. Les personnes qui bénéficient d'une prise en charge à 100 % en raison de leur situation ou de leur état de santé sont exonérées de la participation forfaitaire de 18 euros

Depuis le 1er janvier 2008, une franchise médicale de 50 centimes d'euros est instituée sur le remboursement de chaque boîte de médicaments, de chaque acte paramédical et de deux euros pour chaque transport sanitaire, dans la limite de 50 euros par an et par personne

Dépendance : Bachelot lance l'opération enfumage !

Roselyne Bachelot lors de sa conférence de presse du 2 février a officialisé le lancement des 4 groupes de travail sur la prise en charge de la dépendance, avec pour chacun une feuille de route. Le premier groupe composé de 54 membres (5 collèges : acteurs politiques, société civile acteurs institutionnels, personnalités qualifiées et collège des administrations) sera conduit par Annick Morel, inspectrice générale des affaires sociales, et planchera sur « société et vieillissement ». Le second conduit par Jean Michel Charpin, ancien commissaire au plan, travaillera sur « enjeux démographiques et financiers de la dépendance » avec un groupe de 40 membres (dont 8 représentants de l'Etat, les 5 confédérations syndicales et le MEDEF)

Groupe trois, composé de 57 membres et mené par Evelyne Ratte, conseillère, maître à la Cour des Comptes, se penchera sur « accueil et accompagnement des personnes âgées ». Siègeront les représentants des associations/fédérations de maintien à domicile, la FHF, la FEHAP et le Syndicat national des entreprises de service à la personne, l'Unopss.

Quant à Bertrand Fragonard, président du Haut conseil de la famille, il analysera la « stratégie pour la couverture de la dépen-

dance des personnes âgées » en compagnie de 52 membres parmi lesquels 1 représentant de chaque confédération syndicale, le MEDEF la CGPME, les organismes de protection sociale et..... les opérateurs du monde de l'assurance et des offreurs de soins et services.

Tout ce beau petit monde à partir du mois d'avril organisera des débats interdépartementaux dans chaque région, des forums interrégionaux, précédés de mise en place de « groupes de parole » de citoyens. A l'été 2011, coup de sifflet, fin de la récré on rend sa copie !

A l'automne discussion du projet dans le cadre du PLFSS, vote, et mise en place en 2012.

Voilà pour le timing.

une commission présidée par Philippe Marini (UMP) et Alain Vasselle (UMP) qui actualise les analyses et préconisations de leur rapport « construire le cinquième risque » publié en juillet 2008.

Coïncidence ! Sur le site du Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale sort un document de travail de la Direction de la Recherche et des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) intitulé « les contrats d'assurance dépendance sur le marché français en 2006 » (Sandrine Dufour-Kippelen n° 84 – décembre 2008)

Coïncidence ! N'oublions pas LE « rapport de référence » de Valérie Rosso-Debord (UMP) qui se décline en 17 propositions (cf article différent du mois dernier) Quel est le fil conducteur de ces 3 rapports ?

Tout d'abord nous faire passer la pilule : le 5 ème risque « prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées » ne peut être financé que par une couverture assurantielle . Le marché

de l'assurance dépendance français est le deuxième marché après les Etats-Unis, il compte environ 3 millions d'assurés, tous contrats confondus, sur un potentiel de 13 millions de personnes de 60 ans et plus. AG2R, Groupama et le Crédit agricole se partagent le gâteau. L'enjeu est de taille AXA, Méderic et toute la clique se frottent les mains devant les préconisations des divers rapports de souscrire à une assurance privée à partir de 50 ans. Bien évidemment il est proposé une articulation solidarité nationale (pour les pauvres) et prévoyance individuelle pour les

SARKOZY VEUT S'ATTAQUER À LA DÉPENDANCE



Qu'apprenons-nous !

Coïncidence ! Le même jour de la conférence de presse de Madame Bachelot, le Sénat créé

dossier

autres sous l'égide de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) qui procéderait à une labellisation des contrats.

Les personnes possédant un patrimoine d'au moins 100 000 euros pourront choisir entre une APA à 50% ou une prise de gage de 20 000 euros sur l'héritage.

Autres joyeusetés : alignement du taux de CSG des retraités sur celui des actifs et une deuxième journée de solidarité pour les salariés. Ces propositions risquent de faire les choux gras de la CFDT qui déjà par la voix de son secrétaire général déclare être favorable à une cotisation supplémentaire sur tous les revenus et même à un prélèvement sur tous les patrimoines au moment de la transmission.

Le Sénat dans son rapport de 2008 a commandé au cabinet Ernest & Young une étude sur « le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes ». Ce rapport est édifiant

Si aujourd'hui les structures publiques représentent plus de 56 % des places en EHPAD et USLD il n'en demeure pas moins que la part de marché des 5 acteurs commerciaux au Top 15 (Korian, Orpéa, Médica France et Domus Vi, dont certains sont cotés en bourse) représentent actuellement 18 %. L'objectif déclaré à 5 ans est de passer à 25 % (marché total estimé à 600 000 places).

« Au sein du secteur privé à but non lucratif, les acteurs mutualistes et les fondations devraient également gagner en part de marché au détriment des mono établissements de statut loi de 1901 ce qui permettrait au secteur privé non lucratif de maintenir sa part de marché à 25 % des capacités d'accueil », d'où l'importance d'avoir une stratégie de concentration du secteur par des mouvements de fusion acquisition. Sans parler de la manne financière donné au secteur privé sur la construction « bas coût »



des maisons de retraite. Autre objectif annoncé : la maîtrise de tous les chaînons de l'offre, du service à la personne à l'hébergement médicalisé.

Le rapport souligne que la création des ARS permet un décloisonnement entre le secteur sanitaire et le médico-social, la reconversion de 30 000 lits d'un secteur à l'autre offre un potentiel d'économie d'un milliard d'euros pour l'assurance maladie en opérant le transfert vers les EHPAD.

Ne soyons pas dupes ! nous ne paierons pas les frais de cette arnaque !

La prise en charge des personnes âgées dépendantes ne se fera pas sur notre dos en bradant nos conventions collectives dans le privé et nos statuts dans le public ! Les salariés du secteur ne doivent pas servir de variable d'ajustement pour satisfaire les actionnaires du lucratif.

Il est bon de rappeler l'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945 (extraits)

« La sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes....la sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation nationale d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de très grande généralité à la

fois quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre. Le but final est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité »

La dépendance des personnes âgées est un droit universel qui s'inscrit dans la sécurité sociale sans condition de ressource financée par des cotisations sociales.

Patricia Garcia

Osons dire non!

Deux témoignages emblématiques. Emblématiques cela pourrait être n'importe où dans le sanitaire qu'il soit public, PSPH ou lucratif. Cela pourrait aussi se passer dans le social ou le médico social avec d'autres enjeux mais les mêmes souffrances, souffrances morales et éthiques, mais aussi sociales et physiques. Cela pourrait aussi se décliner pour les autres métiers du sanitaire et du social, car tous nous avons été formés en vue d'une mission et tous nous subissons une politique qui nous conduit à faire l'inverse au péril de notre propre santé.

Individuellement et en collectif:

Osons dire non!

Hier en arrivant à 20h30 il n'y avait pas moins de 38 patients inscrits sur la liste d'attente. Le temps d'attente en traumatologie était déjà à ce moment là de plus de 5h30. Certains d'entre eux ont attendu plus de 7h30 avant de pouvoir se faire suturer (et y compris des enfants de moins 8 ans), d'autres ont souffert avec des fractures pendant plus de 6h avant de voir un médecin. Certains patients de médecine, présents depuis plus de 4h, n'avaient pas encore vu de médecin. La tension, l'agressivité, et les injures ont commencé à pleuvoir très rapidement, relevant encore un peu l'excitation générale qui régnait dans tout le service.

Nous n'étions, pour faire face à la situation, que deux infirmières présentes et un IOA, (infirmier d'accueil et d'orientation), qui quittait son service à 23h. Une fois de plus pas d'aide soignante, quant à la troisième

infirmière nécessaire au fonctionnement du service, oubliée aussi. Dans la disposition du service actuel, et sans bip qui fonctionne «l'infirmière bilan» est donc coincé dans son coin, avec des patients en soins chroniques toujours plus nombreux et avec des soins toujours plus complexes (plus de 20h de présence).

Nous avons eu plus de 35 patients (en même temps) jusqu'à 23h, dont 2 déchocages, une transfusion, dans le couloir. Dans ce fameux couloir, il y avait aussi des dames de plus de 75 ans sur des brancards depuis plus de 17h, pour qui une seule tension avait été prise (uniquement à l'entrée). Aucun plateau repas, plus de bandes de plâtre, des téléphones qui affichent hors réseau en plein milieu du service, l'ouverture à distance qui fonctionne une fois sur quatre (et qui sonne partout sauf au bon endroit), les ventilations qui, même éteintes, soufflent sur les têtes des gens en salle de parage.

Nous avons fini les soins de traumatologie à 3h45, sans compter, les entrées «médecine» qui se surajoutaient au fur et à mesure. Les régulateurs Centre 15 qui ne se donnaient même plus la peine d'appeler avant d'orienter les gens vers notre service. En prime 2 patients atteints d'alzheimer à surveiller en permanence , et une étudiante à encadrer.

Avec tout ça il va sans dire que ni les pleins, ni la stérilisation, ni la préparation de piluliers, ni le ménage des salles n'ont été faits cette nuit là.. Je suis partie du service à 7h30, il y avait encore 13 patients (5 au bilan), un dans chaque salle de parage, deux dans le couloir, un déchocage... Et j'en oublie sûrement

une bonne partie.....

Par chance nous avons réussi à ne tuer personne cette nuit là, mais les règles d'hygiène, le respect de la dignité de la personne, la prise en charge efficace et rapide de la douleur, ont été plus de mille fois bafouées en une nuit.

Je ne souhaite plus venir la boule au ventre au travail. Je ne souhaite pas risquer mon diplôme chaque nuit, je ne veux plus avoir à mettre en danger la vie des patients accueillis aux urgences. Je refuse de m'asseoir sur l'éthique et la déontologie qu'impliquent nos professions de soignants. La négligence est une forme de maltraitance, j'estime ne plus pouvoir assurer de soins même minimum dans de pareilles conditions, et je prendrai rapidement les décisions personnelles qui s'imposent si la situation venait à perdurer. Je souhaite un changement radical, et je le souhaite rapide pour de meilleures conditions de travail et d'accueil dans le service des urgences, qui est ...la vitrine de notre établissement.

TAIS TOI ET BOSSE !



Je suis infirmière dans un service de Médecine Interne adulte d'un CHU de 21 patients, dont 95% sont mutés directement des urgences.

Autrement dit, la plupart ne sont pas encore très stabilisés sur le plan médical et ont besoin d'une surveillance étroite et efficace de la part des infirmiers et aide-soignants. Les femmes de ménage (ASH) ont elles aussi un rôle important, car au détour d'un couloir ou pendant qu'elles nettoient une chambre, elles peuvent être les premiers signaux d'alarme d'un patient en détresse. Sans parler de leur travail primordial pour assurer l'hygiène des services, rôle majeur dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Nos équipes s'organisent ainsi : 2 IDE + 2 AS + 1 ASH le matin 2 IDE + 2 AS + 1 ASH le soir Ceci est ce qu'on appelle le service minimum réglementaire pour assurer la sécurité des patients. Or la tendance actuelle est de nous faire tourner en sous-effectif de manière presque systématique les soirs et les week-ends, soit un seul IDE pour 21 patients.

Depuis 2 mois, une de mes collègues IDE a démissionné et n'est pas remplacée, une autre est en arrêt de travail et n'est pas non plus remplacée. Nous ne sommes donc plus que 6 IDE au lieu de 8 à assurer un roulement sur 4 semaines, week-end et fériés compris. Alors nous effectuons des week-ends supplémentaires pour que le service tourne, avec des jours de repos qui sautent et des alternances de rythme incessantes. Si bien qu'il devient impossible de prévoir quoi que ce soit en dehors de la vie au CHU, sous peine de devoir annuler au dernier moment pour cause : boulot !

Samedi dernier, une autre collègue s'est arrêtée, étant la seule IDE du soir, il n'y avait personne pour prendre la relève du matin. C'est un IDE des urgences qui a été détaché de son service. Il a assuré les soins, sans connaître

les patients et il a dû faire face à une situation d'urgence vitale pour l'un d'eux...

Une des ASH est arrêtée depuis 1 an en étant remplacée de manière ponctuelle, obligeant les 3 restantes du service à se partager un roulement sur 4 semaines, week-end et fériés compris. Leur tâche est de nettoyer à elles seules, tous les jours, la totalité des 16 chambres du service de fond en comble (vitres, mobilier, murs, WC), les bureaux médicaux, les pièces de vie (office, douche, WC, couloirs), la salle de soins...

travail. Il nous connaît suffisamment pour remuer ciel et terre pour qu'on s'occupe du sort des soignants à l'hôpital. Il nous soutient car lui-même est très inquiet de la situation, et voit notre gouvernement asphyxier le service public hospitalier.

Je dors très mal et pour être honnête je pense au boulot constamment. J'ai peur que le stress me fasse oublier un soin, que la pression m'empêche de prendre le temps avec un patient déprimé, que la fatigue me fasse faire un mauvais calcul de dose, administrer un produit au mauvais patient... J'ai peur que ce métier que j'aime me transforme en assassin, involontairement, par ce qu'on aura laissé la situation se dégrader. Parce que nous sommes tous responsables : je suis l'infirmière d'aujourd'hui, mais nous sommes tous les patients de demain. VOUS pouvez être au bout de ma seringue, ou votre mari, votre enfant, ... Je vis l'insécurité dans mon travail, alors que je le maîtrise pourtant. Mais je suis humaine avant tout.



Expliquez-moi comment être à la hauteur de ces exigences quand le personnel est déjà largement en sous-effectif ? L'hôpital refuse d'embaucher, car déficit budgétaire, mais préfère faire appel à l'intérim, qui coûte plus cher que des contractuels. Hier, j'étais normalement en 'repos' et j'ai passé une bonne partie de ma journée à démarcher la Médecine du Travail, les syndicats et à parler avec notre chef de service, pour essayer de trouver des solutions pour que notre direction nous entende... Nous sommes par chance soutenus par notre chef de service, qui connaît la valeur de notre

Ensemble! Osons dire non!

Témoignages recueillis sur rue 89 et par une équipe de Rhône Alpes.

Sécuritaire quand tu nous tiens.

Une étude comparative, réalisée par Privacy international, sur l'état des libertés individuelles dans 32 pays d'Europe, classe la France parmi les pires nations d'Europe.

L'objectif de ce travail est d'établir un panorama européen du respect de la vie privée et de protection des données personnelles, en analysant l'évolution des lois et régulations nationales ayant un impact direct ou indirect sur les libertés individuelles de chaque pays concerné.

Quatre pays se distinguent par l'ampleur de leur législation et de leur pratique en matière de surveillance des individus à savoir les Pays Bas, le Royaume Uni, l'Italie et la France.

En France, les fichiers et pratiques intrusives sont en constante augmentation. Elle offre les plus faibles protections. La France obtient de mauvais résultats sur la protection constitutionnelle, l'échange de données (interconnexions des fichiers), la rétention de données de communication, accès gouvernemental aux données facilité sans protection adéquate, fichage des migrants et demandeurs d'asile, le contrôle des services de renseignements mais aussi en matière de surveillance et d'informatisation des données de santé.

Parmi les mauvais signes, le projet de loi LOPPSI 2 qui est présenté comme un exemple d'« extension inquiétante des pratiques de surveillance » notamment en facilitant « les accès, enregistrements, collectes ou transferts d'information nomina-

tives contenues dans tous types de bases de données ». Belle analyse qui ne peut être entachée d'idéologie gauchiste.

Par contre ils ont bien raison de parler des pratiques en plus de la législation. **Deux exemples scandaleux :**

Des caméras pour des enfants de 0 à 6 ans dans un CAMPS, établissement d'action médico-sociale précoce qui accueille des tout petits présentant ou suscep-



tibles de présenter des retards psychomoteurs, des troubles sensoriels..... A Epernay, l'association gestionnaire a décidé d'installer 3 caméras dans les locaux. Comment des administrateurs normalement sensibilisés aux notions de soins et d'éducatif peuvent en arriver là. Qui surveille qui ou quoi ? Les salariés demandent le retrait des caméras (signer la pétition sur le site antidélation).

Le maire de la Crau près de Toulon, UMP, sans concertation du conseil municipal, a mis en place 200 surveillants anonymes (1 pour 80 habitants), appelés référents de quartier. Leur mode de recrutement, leurs attributions leurs prérogatives sont elles aussi méconnues. Ils sont chargés de faire remonter l'information et cela marche très bien précise le

maire. (Voir le site LDH Toulon)

Cette vision sécuritaire n'est pas partagé par tous les maires et institutionnels. Le conseil national des villes (CNV) composé d'élus locaux de différentes appartenance, de responsables associatifs, de syndicalistes et de personnes morales chargées de concourir à la politique de la ville du gouvernement vient de rendre publique sa « recommandation » au gouvernement concernant la prévention de la délinquance Quelle gouvernance, quels financements ?

On peut y lire quelques critiques sur le manque de lisibilité entre les dispositifs. Leur critique porte aussi sur le financement massif de vidéosurveillance au bénéfice des municipalités qui devront en assumer les charges de fonctionnement et de maintenance, frais qui seront très lourds pour certaines mairies. Le CNV souhaite que le plan national soit réellement centré sur la prévention de la délinquance en prenant en considération la personne même du délinquant dans son contexte et sa globalité pour empêcher la commission des premiers faits. Un seul absent les travailleurs sociaux.

La bataille contre l'installation d'une société sécuritaire limite totalitaire ne passera que par la lutte des citoyens d'une part et la résistance des travailleurs sociaux dans leurs ensembles. Il est temps de retrouver notre charte de résistance écrite en 2007.

(Article écrit
avec l'aide du site antidélation)

Michel Warschawski

interview de Vladimir Nieddu.

Michel est Militant, en Israël, dans le cadre de Boycott from Within (Boycott de l'intérieur). Il est une figure anti coloniale israélienne et fondateur de l'Alternative Information Center à Jérusalem. Militant altermondialiste, journaliste, auteur de nombreux ouvrages sur la Palestine et Israël, il est aussi membre du comité de parainage du Tribunal RUSSELL sur la Palestine dont les travaux ont commencé le 4 mars 2009.

VN: Tu considères que la campagne internationale BDS , de boycott de l'état d'Israël que soutient notre Union syndicale Solidaires, prend actuellement une ampleur qui a surpris les initiateurs, pourquoi ?

MW: En effet, si on compare avec l'Afrique du Sud de l'apartheid - dont la campagne BDS s'inspire bien évidemment, on est surpris de la rapidité des effets de cette campagne, de ses résultats, de son écho et de la panique qu'elle a d'ores et déjà créé chez les dirigeants tant israéliens que français.

VN: En quoi cette campagne peut elle être efficace pour en finir avec le régime de ce qu'il faut bien appeler «un apartheid» que subit le peuple palestinien:

MW: Je ne pense pas qu'a ce stade les effets proprement économiques de la campagne peuvent et doivent être une priorité. Ce qui compte c'est faire d'Israël un état-paria, non pas parce que c'est Israël, mais parce qu'il ne respecte pas le droit international et viole des dizaines de résolutions des Nations Unies. Isoler l'Etat d'Israël et le lui faire sentir ainsi qu'à la société israélienne.

En d'autre termes, faire passer le message « tant que vous vous conduisez comme un Etat voyou, vous serez traité par la communauté internationale comme tel, et en attendant, par la société civile internationale comme un Etat voyou. »

Le mot «apartheid» ne me fait pas peur, même si nos camarades sud-africains nous disent qu'il est spécifique à l'Afrique du Sud. Il est pertinent sur trois aspects au moins: la philosophie sioniste de séparation (apartheid en Afrikaans); la discrimination structurelle de la minorité palestinienne en Israël; le système des bantoustans en Cisjordanie.

VN: La révolution Tunisienne a été le signal d'une grande révolte de nombreux peuples du Maghreb et du Mashrek, quel regard portes-tu sur la contagion de cette mobilisation à l'Egypte et à la Jordanie.



MW: Concernant l'Egypte c'est un véritable tremblement de terre et vue l'importance de l'Egypte dans le Mashrek arabe, c'est toute la région qui va se trouver directement concernée. L'exemple des masses tunisiennes a contaminé les masses égyptiennes et celles-ci vont certainement inspirer celles d'autres pays. Ceci dit, la situa-

tion en Jordanie est différente et si cela devait bouger, les forces israéliennes n'hésiteraient pas à intervenir, comme cela a été le cas dans d'autres occasions.

VN: Quelle est selon toi l'incidence de cette mobilisation en Egypte et Jordanie sur la situation en Palestine et en Israël ?

MW: Les documents publiés par Al-Jazira et le Guardian ont dévoilé à quel point l'Autorité palestinienne est allée loin dans la compromission avec le pouvoir colonial israélien. Sur un arrière fond d'extraordinaires mobilisations populaires en Tunisie, en Egypte et, dans un contexte différent, au Liban, on ne peut exclure une explosion populaire palestinienne en Cisjordanie.

Ceci dit, ne sous-estimons pas les effets de la répression menée par Sharon en 2001-2005, et l'état de fatigue de la population palestinienne suite à cette répression. A quoi il faut aussi ajouter les effets désastreux de la division entre le Hamas et le Fatah, qui, minoritaire, reste un facteur important de la vie politique palestinienne, même si sa direction s'est avérée être allée très loin dans la collaboration avec Israël.

VN: Le mouvement syndical international, les mouvements sociaux en général ont aujourd'hui la responsabilité de faire vivre la solidarité internationale avec les mobilisations en cours au Moyen Orient. Quelles sont pour toi les priorités de la solidarité internationale.

MW: BDS! Renforcer encore et encore les campagnes de boycott et de sanctions contre l'Etat israélien, y compris des initiatives juridiques contre les dirigeants israéliens, politiques et militaires, suspects de crimes de guerre.

Des combats peuvent être gagnés

Retour sur deux luttes victorieuses contre la fermeture des CIVG

LYON : Défense du CIGV de l'Hôtel Dieu Printemps 2010

Afin de répondre aux exigences de la loi HPST, les Hospices Civils de Lyon, comme l'ensemble des hôpitaux, ont répondu par une logique de rationalisation des coûts. C'est dans ce contexte que la direction des Hospices Civils de Lyon entendait organiser la fermeture des plus petites structures afin de concentrer l'activité médicale sur 3 principaux centres hospitaliers, tous 3 excentrés.

L'hôtel Dieu, situé en centre ville, était l'une de ces petites structures, il a une histoire particulière à plus d'un titre, notamment pour sa maternité qui accueillait une population parmi les moins favorisées. Cette maternité est fermée depuis deux ans. Il abritait aussi le plus important centre d'IVG du département (+2000 avortements par an sur 4600). Ce fut le premier centre d'IVG ouvert sur le Rhône, il est autonome et a toujours été animé par une équipe de médecins et soignants motivés et même militants.

La direction des HCL, en raison de la fermeture de l'hôpital, avait décidé, début 2009, l'éclatement de ce centre en répartissant sa capacité d'accueil sur les 3 pôles hospitaliers et même dans des hôpitaux privés.

Son seul objectif étant de rentabiliser les soins, elle a donc traité l'éclatement de ce centre comme s'il s'agissait uniquement d'une opération comptable.

Mais, de toute évidence, ces 3 centres n'avaient pas la capacité d'accueil suffisante, ni l'infrastructure nécessaire, ni le personnel et de plus, cela détruisait une équipe

de soignants particulièrement bien formée à l'accueil des femmes en demande d'IVG.

La riposte s'est organisée rapidement :

-Le personnel du centre s'est constitué en Comité de maintien du Centre d'Orthogénie de l'Hôtel Dieu et s'est rapidement fait entendre.

-Le Planning familial du Rhône a proposé la constitution d'un Collectif de Défense de l'avortement sur Lyon rassemblant associations, syndicats et partis politiques. Sud Santé Sociaux s'y est impliqué largement.

Nous avons d'emblée uni nos forces pour populariser notre action :

-Lancement d'une pétition en ligne, popularisation lors de la manif du 1^{er} mai 2009, interpellation du maire de Lyon (président du conseil d'administration du CHU), interventions au CA des HCL, démarches auprès de différentes instances (ARH), auprès d'élus locaux (députés, sénateurs....), conférences de presse, organisation d'une soirée débat.

-Et bien sûr, nous avons rencontré à plusieurs reprises la direction des HCL.

Afin d'appuyer le bien fondé de notre démarche, nous avons élaboré un argumentaire qui détaillait nos revendications et justifiait nos propositions, à savoir :

- Maintien d'un centre autonome avec une capacité d'accueil préservée pour que les femmes puissent avoir accès au Service Public,

- Un lieu facilement accessible dans l'agglomération lyonnaise,
- Un centre autonome et composé d'une équipe formée à l'accompa-

gnement des femmes.

Maintien d'un lieu où les femmes seraient prises en charge dans leur globalité. Même lieu pour toutes les démarches, y compris auprès de la Permanence d'Accès aux Soins (PASS) et d'un centre de dépistage SIDA.

Maintien d'une véritable capacité d'accueil sur les 3 autres centres. Nous proposons la solution du transfert du Centre de l'Hôtel Dieu sur l'Hôpital Edouard Herriot, assez proche et accessible facilement.

Nous avons ainsi multiplié les démarches en nous saisissant tous de cet argumentaire et en popularisant notre action.

A l'automne, la direction a cédé et nous annonçait sa décision de transférer le centre sur le site que nous préconisions en y maintenant la totalité de l'équipe. De plus, elle nous assurait du transfert du CPEF (Centre de Planification) sur ce même site.

Une activité d'IVG était maintenue sur les 3 autres centres.

Nous avons poursuivi notre vigilance jusqu'au transfert qui a eu lieu en octobre 2010 et avons savouré notre victoire que nous analysons ainsi :

- Le collectif a rassemblé largement toutes les forces associatives,



syndicales et politiques.

- Nous avons travaillé étroitement avec l'équipe soignante du centre, ce qui a donné une cohésion à notre défense ; l'argumentaire que nous avons élaboré ensemble a pesé auprès de la direction des HCL.
- Nous avons d'emblée popularisé notre mouvement et reçu un fort soutien de la population.
- Nous avons recherché des soutiens politiques qui ont eu un impact auprès des HCL.

Nous sommes conscientEs que nous allons devoir rester vigilantEs dans ce contexte de bradage de la Santé Publique. Mais nous avons fait la démonstration que des combats peuvent être menés et même gagnés.

Nous restons en lien et restons solidaires des amis qui se battent pour le maintien de leur centre comme celui de Tenon et bien d'autres car c'est une lutte qu'il faut mener collectivement et gagner ensemble.

Le collectif s'est maintenu et a organisé une participation à la journée de mobilisation du 6 novembre 2010. Il rejoint totalement le combat de ceux qui se battent contre cette Santé à 2 vitesses imposée par la loi HPST. La fermeture d'hôpitaux, de maternités, de CIVG réduit et fragilise l'offre de soins et, de fait, remet en question l'accès de toutes à la contraception et à l'avortement. C'est pourquoi nous maintenons nos liens et notre travail en réseaux.

REPERES LEGISLATIFS :

17 janvier 1975	Loi Veil, légalisation de l'IVG pour une période « d'essai » de 5 ans
30 novembre 1979	Loi Veil définitivement reconduite La loi impose un CIVG(Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse) dans chaque hôpital public
31 décembre 1982	Loi Roudy, remboursement de l'IVG par la Sécurité Sociale
27 janvier 1993	Loi Neiertz, l'entrave à l'IVG est un délit (en réaction aux commandos anti-IVG)
4 juillet 2001	Loi Aubry, augmentation du délai légal d'IVG, de 10 à 12 semaines de grossesse Suppression de l'entretien social pour les majeures et de l'autorisation parentale pour les mineures
1^{er} juillet 2004	Autorisation de l'IVG Médicamenteuse hors hôpital dans un délai de 5 semaines de grossesse

PARIS XXème : Réouverture du CIVG de Tenon, Janvier 2011

Après 15 mois de lutte du collectif unitaire, la direction de l'AP-HP a enfin cédé. L'hôpital Tenon indique que «le principe de remise en route du CIVG est acté.»

C'est grâce à la mobilisation des habitantes et habitants du 20eme, des associations, organisations syndicales et politiques, qui se sont retrouvées dans de multiples actions : 2 occupations de la maternité, manifestations, débats, film, nombreuses délégations auprès des autorités de l'AP-HP, que ce résultat a pu être obtenu.

Et une grande campagne unitaire pour la signature de la pétition du collectif signée a recueilli 8000 signatures papier. Aujourd'hui le Collectif est dans l'attente d'une rencontre avec de la direction de Tenon qui devrait présenter son projet début Février 2011. Il faut donc rester attentif et vigilant.



8 Mars: JOURNÉE INTERNATIONALE DES DROITS DES FEMMES

Une naissance dans la mouvance révolutionnaire, internationaliste et socialiste. Au début du XXème siècle en Europe et aux Etats-Unis, les femmes manifestent pour réclamer de meilleures conditions de travail et le droit de vote. En 1910, à Copenhague, lors de la deuxième conférence de l'Internationale socialiste des femmes, l'idée d'une « Journée internationale des femmes » est adoptée, sur une proposition de Clara Zetkin, représentante du Parti socialiste d'Allemagne, sans qu'une date soit avancée.

Dans les années 1960, les avancées du féminisme et la révolution sexuelle aidant, l'image des femmes change à l'Ouest, la journée de Droits des Femmes plutôt que celle de la Mère fait son chemin et rend largement acceptable, en dehors de la sphère communiste, la célébration de l'égalité des droits hommes-femmes.

Le 8 mars 1977, l'Organisation des Nations unies officialise la Journée Internationale des Droits des Femmes.

Des initiatives, la plupart du temps unitaire, existent dans votre département. Informez-vous localement pour participer aux différentes manifestations proposées. L'égalité entre les hommes et les femmes sera un progrès pour toutes et tous. Les syndicalistes, hommes et femmes, ont la responsabilité d'y contribuer.



culture & plaisir

Agnès Bihl

« Elle aurait pu se contenter d'être blonde ...

Mais sous ses airs d'angelot espiègle, Agnès Bihl cache une révolte profonde et un sentiment très vif de l'injustice et de l'absurdité d'un monde dans lequel elle plante ses petites dents. Elle manie les mots comme des couteaux, elle envoie ses sourires comme des grenades, elle est insolente, elle est drôle, elle est dangereuse, elle décape.

Bref : Agnès Bihl, elle n'est pas mal du tout ! A suivre ! »
(à suivre) ».

Dans la bouche d'Anne Sylvestre, ces quelques phrases résonnent comme un passeport pour le succès.

En effet, elle est pas mal, Agnès Bihl !

Ses mots et ses gestes nous offrent un regard sans concession sur le monde, ses bonheurs et ses injustices.

En 2003, une gamine de 26 ans sortait un premier album, « La terre est blonde ». Sous ce titre, treize chansons révélatrices de la naissance d'une plume et d'un tempérament de feu. Agnès Bihl interprétait avec toute la conviction du monde ses historiettes douces-amères, de cette voix mi-femme mi-enfant qui la caractérise. Elle a choisi l'humour du désespoir et une certaine verve poétique pour raconter l'apparition du premier cheveu blanc, l'histoire d'une rebelle au Bois Dormant, et les premiers jours du mois de mai où vient le temps des week-ends en

campagnes... électorales.

Surtout, le disque en question débutait par une chanson engagée (et plus que jamais d'actualité), une critique au vitriol de la position de l'Eglise sur la contraception. « Oh, dis, Monsieur, qu'est-ce qui se passerait si la Sainte Vierge, elle avortait ? » Il fallait oser. La presse ne s'y est pas trompée puisque dans les colonnes de Télérama, on parlait « d'une petite femme effrontée », « d'une véritable implosion de la chanson » dans Libération, et « d'un talent de plume et d'une aisance scénique rare » dans

de métro qui fleurent bon le dégoût. Du concert improvisé sur le pavé de Paname aux petits lieux de chanson de la capitale, elle a appris son métier et compris qu'il y avait un lien non pas étroit mais indissociable entre l'écriture et la scène. Aussi, en tournant elle est tombée émerveillée sur des chansons d'Allain Leprest.

Après trois albums au vitriol et une rencontre déterminante avec Charles Aznavour, la gamine est devenue femme, maman d'une jolie Rosalie et une artiste complète. Pour le concert « Rock sans papiers », pour les 20 ans du Dal, Agnès a toujours répondu présente.

En 2010, elle attaque son quatrième album avec un nouveau point de vue : Écrire sur le bonheur d'exister !

Si on pouvait craindre qu'en changeant de route, elle perde son mordant et sa plume, on est vite rassurée, si Agnès a choisi d'écrire des chansons d'amour, elle n'en a pas perdu son œil critique et son humour engagé. D'ailleurs, l'album s'appelle Rêve Général(e) !

Mais le meilleur d'Agnès se déguste sur une scène, avec ses musiciens (dont l'extraordinaire pianiste Dorothée Daniel). Entre drôlerie et émotion, Agnès vous attrape fort pour ne plus vous lâcher, insaisissable et pourtant si présente. Alors si le « Bihl Band » passe près de chez vous tendez l'oreille et ouvrez les yeux, la p'tite Bihl vous en donnera pour votre cœur !
www.agnes-bihl.fr

Thierry Lescant



Chorus.

Agnès Bihl était donc très connue. Enfin, elle jouissait surtout de la notoriété des rues. Elle s'y est en effet beaucoup produite, dans la rue, là où Charles Trenet s'était juré de faire descendre les poètes. Avec beaucoup de courage et un bout de répertoire réaliste en bandoulière, elle est devenue une véritable diva des terrasses de café, des manifestations, des carrefours qui sentent la bouche d'égout et des bouches