

Différent

le journal des adhérents de la fédération Sud Santé-Sociaux

Health for the people,
by the people?

Cuban and Greek health policies
in times of crisis

IL 5-6 NOVEMBRE SI RIUNIRÀ A MILANO IL G7 SULLA SANITÀ
I potenti della terra discuteranno su come trarre ulteriore profitto dalla nostra
e dalla devastazione del pianeta.



NOTRE SANTÉ EN DANGER!



SABATO 4 NOVEMBRE 2017
h. 9 - 19 c/o "Spazio BASE", via Bergognone 34, Milano.
Forum internazionale per il diritto alla salute e l'accesso universale alle cure.



Rencontres de Milan, Thessalonique, Toulouse...
Dossier France-Europe,
privatisation de la santé... et du social,
lutter ensemble!



numéro 61 - Novembre-Décembre- 2017 - 50cts-



SOMMAIRE

le journal des adhérents de la Fédération Sud Santé-Sociaux - n° 61

société - pages 4, 5, 6

Défendre le paritarisme, et après?

Comment les labos se fichent de nous et font trinquer les femmes une fois de plus !

femme - page 7

Encore une bataille pour l'IVG?

dossier - pages 8, 9, 10, 11,

Si la privatisation du système de santé m'était contée.

international - pages 12, 13

Partout en Europe la commercialisation de la santé se développe.

juridique - page 14, 15

Action de groupe/action en reconnaissance des droits.

culture & plaisir - page 16

The square

Different

le journal des adhérents de la Fédération Sud Santé-Sociaux

Ont collaboré à ce numéro:
Commission femmes, Anne Marie Bertomier, commission communication, Yves Morice, Yves Hellendorf, Jean Vignes Jean Carré, Loïc Faujour,



Solidaires

Édité par la Fédération nationale SUD Santé Sociaux, 70 rue Philippe de Girard, 75018 Paris

Numéro de CPPAP : 0717S08377

Directeur de publication : Jean Vignes

Secrétariat de rédaction : Corinne Lorraine - Pascal Fréger

Téléphone : 01 40 33 85 00 / Télécopie : 01 43 49 28 67 / contact@sudsantesociaux.org / www.sudsantesociaux.org

Numéro 61 imprimé en **19020** exemplaires par :SARL CV Packaging ZI du coin Route de Cussieux 42400 St Chamond

édito

10 millions de personnes meurent chaque année sur la planète faute de pouvoir se payer les soins nécessaires.

Aucun pays n'y échappe et si l'on peut croire que ce n'est que l'affaire de pays dits *sous-développés* on se fourre le doigt dans l'œil, grave. Les Etats-Unis sont en très mauvaises postures sur ce point et les pays d'Europe, dont la France, n'échappent pas à cette règle sinistre. Impossible de nier le lien qui existe entre la bascule des systèmes de santé solidaires vers des systèmes privatisés, laissés au seul libre cours du marché et des appétits capitalistes. Cette libéralisation a des effets néfastes autant pour les populations que pour les personnels qui les subissent.

C'est le constat sans appel fait au fil des conférences et des rencontres internationales, à Montréal, Toulouse, Thessalonique, Milan... au cours de cette année, que ce soient des rencontres de militantes sociales, politiques, universitaires, toutes et tous, chiffres à l'appui dénoncent cette situation.

Dénoncent et s'organisent.

S'organisent, car conscients de la nécessité des résistances locales et nationales à cette offensive libérale, ils considèrent que ces initiatives seraient impuissantes à très long terme à tenir en échec les politiques de financiarisation de la santé du fait du caractère mondialisé des forces qui sont à l'œuvre. Ils s'organisent en réseaux qui ont pour objectif de partager les expériences, les analyses et de coordonner les luttes au niveau international. Autre constat partagé, les problèmes environnementaux et le niveau d'éducation ont aussi à voir avec cette régression sociale.

Depuis plusieurs années notre fédération s'est impliquée dans la construction de ces réseaux internationaux pour la défense et la promotion de services *non-marchands*¹ de santé et pour une protection sociale universelle *non commerciale*². L'urgence étant de faire face au rouleau compresseur libéral qui démantèle les uns après les autres les systèmes de santé publics et de protection sociale solidaire dans les différents pays où ils existaient, et de les promouvoir pour les autres.

Dans les pages qui suivent (p 8, 9, 10, 11) vous trouverez une analyse critique des procédés à l'œuvre en France, les conséquences de ces mêmes procédés au niveau Européen (p 12, 13). Un focus sur un de ces éléments ciblé sur le pouvoir du lobby des laboratoires pharmaceutiques, ou des politiques régressives en matière de droits pour les femmes (p 6, 7). Localement une évolution juridique permet aujourd'hui de lutter juridiquement (p 14, 15) par une action de groupe, tant sur le droit syndical mais aussi citoyen. Vous trouverez aussi une analyse critique de la cogestion par le partarisme des systèmes de santé et de protection sociale, notamment (p 4 et 5). Enfin, en page culture la présentation d'un film qui nous plonge par une métaphore grinçante au plus profond de l'expression de l'égoïsme, de la barrière de classe et de l'indifférence à l'autre.

Autant d'éléments pour nous convaincre, convaincre autour de nous, qu'il est absolument nécessaire de nous organiser, de lutter pour un autre monde, si nous voulons encore avoir un espoir d'avvenir *en une quelconque humanité*.

1(Publics ou privés non lucratifs)

2(Gérée par les salariés ou l'état selon les pays)

Sécu, Assurance Chômage, négociation collective... Défendre le paritarisme?... et après?

Face au Hold-Up libéral, quelle nouvelle démocratie sociale ?

Outre leur caractère socialement régressif, il est un point commun aux grandes réformes annoncées par le Président Macron. Elles ont toutes pour effet de remettre fondamentalement en cause, dans les organismes gestionnaires des principales prestations solidaires leur gestion paritaire au profit d'un modèle étatisé.

Ainsi, le projet de basculement du financement de l'Assurance Maladie et de l'Assurance chômage par la cotisation sociale, vers un financement par la CSG, donc par l'impôt, ôterait toute justification à la participation des représentant-es des cotisant-es, à leur gestion par le biais de leurs organisations syndicales.

Les ordonnances qui viennent d'être annoncées se paient même le luxe de sortir totalement les syndicats des négociations collectives pour les entreprises de moins de 50 salarié-es.

Le paritarisme forme dévoyée de la démocratie

De fait, ces réformes sonneraient définitivement le glas de ces évolutions vers une démocratie sociale, dont le paritarisme était déjà une forme dévoyée.

Il ne faut en effet jamais oublier que la gestion paritaire a constitué la contre-attaque du patronat à l'aspiration des travailleurs et des travailleuses à créer et prendre en main leurs propres formes de solidarité pour s'émanciper du paternalisme patronal.

Dès la fin du XIXe siècle, les patrons adoptaient cette stratégie pour s'immiscer dans la création des premières caisses de secours mutuels. De même, la fixation des premiers minima salariaux de manière paritaire pouvait encore à l'époque passer pour un progrès, au sortir de l'ère de l'unilatéralisme patronal brutal.

En 1945, le projet de Sécurité sociale visait à limiter ce pouvoir des patrons.

Ces derniers, en toute cohérence, le jugèrent donc « *totalitaire* ». L'instrumentalisation des résistances corporatistes, aboutissant à la création des régimes de retraite complémentaires (AGIRC, ARRCO), leur a permis d'imposer à nouveau et de perpétuer cette mécanique paritaire. Donc, dans les faits, de bloquer l'application complète de la réforme de 1945.

La participation du patronat, dans un premier temps limité, ne sera rendue majoritaire que par le ralliement de la CFTC, à l'époque, à leurs propositions. Les ordonnances de 67 (Jeanneney) mettront fin à toute volonté de contrôle de la Sécu par les salarié-es.

Alors oui, on peut dire que ce gouvernement poursuit deux objectifs : casser les normes, les solidarités, les acquis sociaux, au service de la finance et du capital. Mais il cherche également à casser les organisations collectives qui ont en grande partie contribué à les mettre en place.



Dans ces conditions, Emmanuel Macron serait le dernier avatar de l'esprit de revanche qui animait Denis Kessler, porte-parole du patronat décomplexé, lorsqu'il revendiquait de vouloir définitivement en finir avec l'héritage du Conseil National de la Résistance. Esprit qui a animé, depuis lors, les gouvernements réactionnaires successifs, jusqu'à Macron aujourd'hui.

Le paritarisme, bilan de fin de vie

Le gouvernement joue sur du velours, le paritarisme faisant aujourd'hui l'objet d'une triple critique, fruit de ses insuffisances structurelles.

société

Celle des salarié-es qui, constatant et subissant la baisse continue des prestations sociales, et soumises à un matraquage médiatique sur les déficits sociaux, font le lien de cause à effet et attribuent la responsabilité de cette « mauvaise gestion » au paritarisme lui-même.

La perte de crédibilité va même parfois plus loin, quand elle associe dans l'imaginaire collectif représentant-es des syndicats et du patronat dans un même fonctionnement de caste de salons. Il est par ailleurs dérangeant de constater que l'attitude de certain-es représentant-es des syndicats, se conduisant comme des notables, ait nourri cette représentation et la défiance des salarié-es.

Aujourd'hui, ne pouvons-nous pas analyser les prises de position frileuses quant aux mouvements sociaux de certaines centrales syndicales engluées dans cette attitude co-gestionnaire au regard du risque qu'elles courraient si le gouvernement leur coupait l'accès à la «manne» du paritarisme ?

Celle du patronat ensuite, qui tire les conséquences de la mainmise de l'idéologie libérale sur les gouvernements successifs. Puisque l'Etat, qui est le troisième acteur du paritarisme, agit exclusivement, ou peu s'en faut, dans l'intérêt des capitalistes. Quel est alors l'intérêt de maintenir cette forme de gestion, puisqu'un résultat identique est atteint avec des efforts moindres ou mieux ciblés ?

Le positionnement a ceci de cocasse qu'ils continuent à tout bout de champ d'invoquer le

«dialogue social», tout en défendant toutes les réformes qui le démantèlent, si tant est qu'il ait jamais existé. Mais leur conquête de l'Etat étant assurée pour le moment, il n'est plus besoin pour eux de chercher à subvertir la démocratie sociale.

Celle de notre syndicalisme de transformation sociale, enfin, qui garde le souvenir des projets radicaux de 1944 (CNR) et continue de les faire vivre. L'ironie veut que nous tirions d'ailleurs le même bilan que le patronat. Depuis 1995, le budget de l'Assurance Maladie n'est plus déterminé par une caisse autonome, mais par le Parlement.

Régulièrement, les conventions UNEDIC sont renégociées sous la menace d'une réforme brutale et unilatérale par l'Etat. Au final, seuls les syndicats dits « d'accompagnement » vivent encore dans cette fiction d'un dialogue social équilibré et adapté à la défense des intérêts de celles et ceux qu'ils représentent, c'est encore cette fiction que l'on nous ressert à longueur de journée pour justifier les nouvelles attaques contre le Code du Travail.

Vers une contre-attaque : Quelle démocratie sociale ?

Dans ces conditions, ces réformes posent un défi de taille à notre syndicalisme. Nous les contestons, mais nous ne voulons pas non plus le maintien de l'existant. Notre lutte ne doit donc pas être interprétée comme une défense du modèle en place, sans quoi les média et politiques seraient prompts à nous taxer d'immobilistes, d'apparatchiks... et nous échouerions à mobiliser largement.

Au contraire, les luttes à venir doivent être utilisées comme une opportunité de promouvoir une véritable alternative. D'être offensives sur la présentation et l'explication d'un nouveau modèle de société possible. Mais quel peut-il être ?

Le Congrès de Solidaires, de 2014, posait les principes suivants :

« La satisfaction des besoins sociaux passe par leur recensement, le contrôle de leur efficacité, de leur financement, de leurs tarifs... Cet exercice qui doit répondre à des exigences de transparence et d'éthique ne saurait être concentré entre les mains des pouvoirs publics, État, collectivités ou entreprises assurant des missions de services publics. La démocratisation des décisions en matière de politiques publiques doit privilégier la consultation directe. Les slogans électoraux, toujours faciles à détourner, ne peuvent être une légitimation suffisante des choix cruciaux. Des droits suffisants et des instances ad-hoc doivent être constitués pour garantir leur fonctionnement. (...) Nous n'imposerons la nécessité des services publics, qu'avec la mise en place de modes de gestion des services publics démocratiques et participatifs, permettant notamment l'intervention des populations, des travailleurs et travailleuses, des associations et organismes concernés par la mise en œuvre de nouveaux modes de représentation, de contrôle et d'évaluation des services publics. » .../...

Pour notre Fédération, le fait de retrouver un fonctionnement démocratique de ces institutions doit très précisément s'inscrire dans le grand mouvement historique d'émancipation des travailleurs et des travailleuses, qui doit être notre boussole constante. Ainsi, pour se prémunir contre toutes les tentatives d'accaparement, de détournement, d'instrumentalisation, quoi de mieux que de réaffirmer que ces caisses de Sécurité sociale, de chômage, de formation, qui sont alimentées par rien d'autres que nos salaires, soient refondées sur un principe d'autogestion réinventée. Il est fort probable que cette autogestion doive se faire avec les représentant-es des travailleuses et travailleurs, des usager-es, par les associations ou les collectifs, afin d'élaborer des consensus sur les risques et les politiques que nous voulons socialiser et de quelle manière.

Mais dans l'attente de progresser vers cet horizon, maintenant, il y a urgence. Si ce gouvernement ne trouve pas dans la rue une opposition forte et déterminée, l'ensemble de ce qui subsiste de notre modèle social va basculer dans le giron d'un Etat qui, à chaque mandature, représente un peu plus les intérêts d'une oligarchie capitaliste. Dès lors, remboursements de soins, allocation chômage, pensions de retraite, seront générés non plus de manière politique, en fonction des aspirations d'un peuple à faire société, mais bien en fonction des critères de Maastricht et de la Règle d'Or : Tout ce qui fait franchir la barre des 3% de déficit, on coupe !

société

Comment les labos se fichent de nous et font trinquer les femmes une fois de plus !

Le Cytotec®, spécialité bien connue des personnes en charge des femmes qui subissent des IVG, est commercialisé par le laboratoire Pfizer, en France depuis 1987. Celui-ci qui annonce son retrait du marché à partir du 1er mars 2018.

Ce médicament est utilisé, couplé au RU486®, en ville en particulier, pour les IVG médicamenteuses. Il est vendu au prix de 0,30€ le comprimé.

Il n'a pas l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour son utilisation en obstétrique et parce qu'il présente, comme tous les médicaments, des effets indésirables (parfois graves), le laboratoire cesse sa fabrication.

Ah bah oui, si les effets indésirables sont graves, c'est bien d'arrêter la vente ! Ah bah non, parce que la même molécule sera toujours accessible sous une forme à 12€ le comprimé avec l'AMM pour l'utilisation pour les IVG.

En plus, comme c'est de plus en plus souvent le cas, la continuité de production risque de ne pas être assurée.

Dans un communiqué en date du 20 octobre 2017, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) assure mettre tout en œuvre pour assurer une continuité d'accès aux traitements pour les patientes.

(<http://ansm.sante.fr/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/Cytotec-misoprostol-arret-de-commercialisation-a-compter-du-1er-mars-2018-Communique>)

Nous savons aujourd'hui qu'une part des difficultés d'accès à l'IVG est économique (mauvaise rémunération des médecins et non augmentation du forfait IVG), nous ne pouvons nous empêcher de penser qu'un pas de plus est franchi à l'encontre du droit à l'IVG.

Surtout quand on sait que Pfizer, laboratoire américain, n'a jamais voulu demander l'AMM, pour ne pas froisser les anti-IVG. (laboratoire qui par ailleurs commercialise Viagra® et Champix® par exemple).

femmes

Encore une bataille

pour le droit à l'IVG ?

En France ?

Et pourquoi ?

La loi existe,

et depuis longtemps !

Et oui, encore une bataille à mener !

Et oui, le droit existe et pourtant il est difficilement ou pas appliqué.

La faute à qui ?

La faute à tous ces budgets de la santé qui ne sont pas suffisants, qui se suivent et se ressemblent.

En France, le droit à l'IVG est souvent bafoué par manque de structures et fermeture de centres IVG spécifiques, quand il existe une structure c'est par manque de places, quand il y a de la place c'est par manque de personnel, quand il y a du personnel c'est par manque de praticien... quelle que soit la raison (bonne ou mauvaise) ce sont toujours les femmes qui trinquent.

Alors, en France, oui le combat est nécessaire et le 28 septembre, journée internationale pour le droit à l'IVG et à la contraception est une date importante.

En 2017, la France a organisé des rassemblements dans plusieurs villes et régions pour rappeler que ce droit qui existe n'est pas un droit figé, que ce droit peut évoluer vers une amélioration de l'accueil, de la prise en charge, de la prévention, de l'information à la contraception.

Ah oui, la contraception !

C'est une piste pour éviter d'avoir à réaliser ou faire subir des avortements. Parce que sur le sujet, la France n'est pas en avance, si on allait faire un tour au nord de l'Europe pour s'inspirer de leur programme d'éducation sexuelle dès le plus jeune âge !

L'éducation sexuelle à l'école dès la maternelle, tout comme l'égalité filles-garçons !

Cette journée mondiale du 28 septembre a été bien suivie en France, les militant-es ont manifesté en région, à Paris ou sont allé-es à Bruxelles porter la pétition qui a circulé dans les semaines précédentes, pour rappeler aux député-es européen-nes que le droit n'est pas le même partout, que, sans ce droit, des femmes meurent encore des suites d'avortements clandestins.

L'objectif du collectif français est d'arriver à une réelle mobilisation européenne avec un rendez-vous unique le 28 septembre 2019, année des élections Européennes.

Pour y arriver, il faut continuer à sensibiliser nos concitoyen-nes sur les difficultés rencontrées en France et ailleurs en Europe.

La Fédération SUD Santé Sociaux a toute sa place dans ce combat. Elle est concernée par les difficultés d'accès au soin, par les fermetures de structures, par le manque de personnel. Le droit des femmes est une priorité énoncée dans ses statuts

" Dans le contexte actuel de ségrégation sexiste de notre société, il impulse concrètement la féminisation des instances et des structures à tous les niveaux. Il promeut l'égalité hommes femmes et la prise en charge des revendications spécifiques des femmes, notamment l'accès au droit à l'avortement et à la contraception." (chapitre II, notre syndicalisme II.4)

Elle doit être partie prenante de ce combat à gagner !

Si la privatisation du système de santé m'était contée

La privatisation commerciale de la santé est une œuvre de longue haleine. En effet, déposséder une population de ce que l'on peut appeler un bien commun ne peut se faire frontalement sans susciter une résistance déterminée. En France, pays qualifié de non réformable par la classe politique et par Macron pour le plus récent, c'est un travail d'usure qui a conduit aujourd'hui à ce que ce bien commun soit capté, détourné et devienne source de richesses et de profit pour les actionnaires et les entreprises capitalistes.

Le système de santé était gangréné dès l'origine par des défauts structurels. Faiblesses qui viendront abonder les dysfonctionnements, alimenter les discours critiques et servir de « *cheval de Troie* » au libéralisme:

- La coexistence d'un Service Public de Santé avec l'exercice libéral de la médecine (et de certaines professions paramédicales)
- L'existence d'un secteur hospitalier privé à but lucratif.

A côté, la notion plus large de Service Public englobe le secteur privé non lucratif, autrefois PSPH (participant au service public hospitalier), puis ESPIC (établissement de santé privé d'intérêt collectif), ce sont des établissements non commerciaux.

Pour information, l'organisation sanitaire prendra forme en 1958 avec la création des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU), en 1960 pour la psychiatrie avec la circulaire créant le Secteur de Psychiatrie Publique.

La privatisation va se faire progressivement au travers d'une série de loi, à partir de la doctrine de la rationalisation des choix budgétaires entre 1966 et 1971. Doctrine qui nouera dans une même expérience, rénovation des méthodes de gestion publique, conversion du regard des Finances sur les entreprises publiques et emprunts explicites à la gestion des entreprises privées. Le feu vert sera donné en 1968 par la présidence de la République !

Les lois et des plans vont se succéder, lois Hospitalières de 70 et 91 puis au début des années 90, ce mouvement de privatisation va s'amplifier. Les institutions financières internationales prévoient une crise majeure liée au manque de liquidités des fonds de pension, cette crise se manifeste aux Etats Unis par un effondrement des régimes de retraites par capitalisation. Dénormes réserves de liquidités existent, notamment en Europe, au sein des systèmes de Protection Sociale. Il va s'agir au travers d'accords internationaux de faire main-basse sur cette manne. Avec l'OMC (Organisation Mondiale du Commerce), en 94 est lancé l'AGCS (Accord Général sur le Commerce des Services), il représente la première attaque frontale sur les Services Publics et notamment la Santé et les sys-

tèmes de Protection Sociale. Les plans Hôpital 2007 et 2012, la Nouvelle Gouvernance en 2005 et enfin les lois Hôpital Patient Santé Territoire (loi Bachelot 2009) et Modernisation du système de Santé (loi Touraine 2015) vont concourir à cet objectif. Transformer la gestion du Service Public Hospitalier sur le modèle de l'entreprise, favoriser l'essor du système libéral et privé lucratif.

Plusieurs entrées seront utilisées pour capter l'argent de la solidarité qui circule en quasi circuit fermé dans des réseaux de Service Publics ou Privés non lucratifs et le détourner vers les circuits financiers.

PROFITS PARTOUT SANTÉ NULLE PART



La privatisation structurelle, privatisation de l'intérieur par les procédés budgétaires.

En impulsant le glissement vers l'hôpital entreprise les lois de 70 et 91 vont progressivement mettre les établissements, les services, en concurrence. Les attributions budgétaires seront de plus en plus l'affaire d'*efficience*, de *rendement*, de *contrats objectifs moyens* en instrumentalisant

dossier

sant peu à peu l'autonomie des services qui deviendront des *pôles* en charge de gérer eux-mêmes une partie des moyens qui leur seront alloués et seront mis en concurrence.

La mise en œuvre du plan hôpital 2007 va en finir avec les budgets dits *inflationnistes* (budget global) pour leur substituer la T2A ou Tarification À l'Activité. Sous couvert de modernisation on verra se créer des départements d'informatique médicale dédiés essentiellement à la comptabilisation des actes, la maîtrise comptable ou médicalisé des moyens de santé (*le juste soin au juste moyen*). **La T2A va être l'arme de la convergence tarifaire entre le secteur hospitalier public et le secteur privé lucratif.**

Ce financement à l'acte standardise artificiellement le coût des soins par pathologie et crée une inégalité de traitement entre secteur privé et public. Concurrence faussée ! Le service public ayant comme mission, contrairement au secteur commercial, la formation, la recherche, la prévention et l'éducation thérapeutique. Des MIGAC, Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, seront mises en place pour compenser, insuffisamment, ces missions. Autre élément de déséquilibre de financement entre public et privé, le Crédit d'Impôt pour la Compétitivité et l'Emploi (CICE) vient depuis sa création en 2012 aggraver l'inégalité de traitement.

La disette imposée au Service Public favorise le développement du secteur privé.

Appauvrissement humain et qualitatif

Les mesures budgétaires mettent l'hôpital sous pression et les économies frappent avant tout les personnels, entre 65 et 70% des budgets hospitaliers, qui serviront de *variables d'ajustement*. Ces mesures vont s'accompagner de modifications en profondeur du management. *La nouvelle gouvernance* (cf. plan hôpital 2007) va modifier les rapports de force institutionnels entre représentantes du personnel et administration.

Benchmarking et *Lean-Management*, modes de management venus du secteur privé industriel, vont faire leur apparition.

Le lean-management, ou chasse aux temps non productifs, va introduire une vision tayloriste du soin, aggravée par la mise en œuvre de protocoles et autres pratiques opposables et mettre à mal la capacité des personnels soignants à faire preuve d'intelligence, d'initiative face aux situations de soins.

Le benchmarking, ou mise en concurrence, va se déployer à travers les « *entretiens annuels d'évaluation* ». Cela finira par fragiliser les collectifs de travail par une individualisation à outrance, à opposer les personnels les uns aux autres. Ces méthodes étant mortifères dans des métiers où le fondement de l'exercice est le travail d'équipe.

La baisse de qualité de prise en charge résultante induira une baisse de la notoriété des établissements, préjudiciable au Service Public.



A noter que depuis deux décennies des indicateurs de « *qualité* » des établissements, comparateurs faussés, viennent dégrader l'attractivité du Service Public au profit du secteur privé commercial.

Les effets conjugués de ces éléments conduiront à des situations de « *mal-traitance* » et pousseront les professionnels vers la dépression, la fuite et parfois, trop souvent, le suicide.

L'appauvrissement et privatisation par l'externalisation des services.

Dès le début des années 2000, le discours des politiques en charge de la santé (B Kouchner, Ph Douste-Blazy...) vise à *mettre les patients au centre du dispositif* et resserrer les missions de l'hôpital sur le *cœur de métier*. C'est-à-dire que les fonctions autres que le soin, cuisine, blanchisserie, ménage, espaces verts, maintenance technique,... vont progressivement être externalisées vers des sociétés privées. Il en résulte une privatisation directe de l'activité hospitalière, une baisse de la qualité de la prestation et par ailleurs une augmentation à terme du coût de ces services. C'est aussi faire fi du fait que la nourriture, l'environnement, la qualité de l'hospitalisation interviennent dans le pronostic de guérison et la récupération pour les usagers-

ères après une maladie.

L'appauprissement financier par la privatisation des emprunts et des investissements immobiliers.

Cet appauvrissement, là encore, va résulter d'une privatisation

FINANCEMENT DES HÔPITAUX LE MENSONGE PERMANENT



QUALITÉ ET SÉCURITÉ ? LEUR SEUL OBJECTIF TUER L'EMPLOI

et mettre à mal les finances des établissements.

C'est en 2011 que le scandale éclate, nombre d'établissements ont recours principalement pour leurs emprunts à un organisme, DEXIA, dont les prêts à taux variable sont indexés sur le franc suisse, s'en suivra une crise avec des hôpitaux surendettés, des taux à 15, 18, 20%, dans l'impossibilité de rembourser leur dette.

Autre voie de privatisation de l'hôpital et d'appauprissement, les Partenariats Publics Privés, ou PPP. Ils consistent à contractualiser avec des entrepreneurs privés, la concession et la gestion pour plusieurs décennies de la partie immobilière des établissements. Cela donnera lieu à un scandale majeur dans le cadre d'un PPP en Île de France. C'est cette même méthode qu'avait utilisé M Thatcher en Grande Bretagne pour privatiser partiellement les ressources du NHS, (National Health Ser-

vice) et mettre ses finances dans le rouge.

L'appauprissement par la dérégulation du marché des médicaments et du matériel médical.

Autre source de difficultés financières pour les établissements et de profit pour le secteur privé, le coût des médicaments et du matériel médical. Si une partie du marché est régulé, la contrepartie (libération des prix pour les molécules dites innovantes) pour les laboratoires privés de la mise sur le marché des génériques est la libéralisation du prix sur les médicaments dits innovants. Cela leur permet des profits très lucratifs sur le dos des hôpitaux alors que bien souvent ceux-ci ont contribués au développement et à la recherche de ces nouvelles spécialités. La situation de quasi-monopole de l'entreprise multinationale Fresenius sur le matériel médical va aussi avoir des conséquences lourdes.

Le transfert d'activité vers le privé commercial.

Le plus bel exemple connu est celui d'une directrice de l'APHP (Assistance Publique Hôpitaux de Paris), qui après avoir fermé plus de 800 lits dédiés aux personnes âgées est allée très lucrativement pantoufler comme directrice au groupe Korian, leader européen des maisons de retraite privées, qui avait récupéré une partie de cette activité !

Ce mouvement est toujours à l'œuvre dans le service public, notamment en ce qui concerne la gériatrie ou la logistique.

Des spécialités médicales ont de même été transférées vers le secteur privé par le levier de la T2A. Le secteur privé s'emparant de certaines spécialités les mieux rémunérées en T2A, prothèses, cataracte... par le biais de la notoriété et des délais d'attente du service public. Il en résulte que, pour certaines spécialités, le secteur commercial se retrouve en situation de monopole.

Concurrence faussée

La mise en place de lits privés à l'hôpital public, la mise à disposition des plateaux techniques et des personnels de l'hôpital public à l'exercice privé font que des moyens de l'hôpital public sont mis au service d'activités libérale ou privées.

Sous couvert de rester attractif pour les praticiens, de *rentabiliser* les équipements, ces méthodes permettent aujourd'hui à ceux-ci de rediriger des demandes de rendez-vous vers leur cabinet ou leur clinique.

Des secrétaires proposent un rendez-vous à une date lointaine pour une consultation dans le secteur public et bien sûr à une date très rapprochée dans le cadre de l'activité privée. Les personnes atteintes de maladies graves sont, dès lors, soumises à un ignoble chantage de fait.

Privatisation par le langage et les concepts.

DHOS vs DGOS, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation de Soins (DHOS) est devenue en mars 2010 la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) sous l'impulsion de la loi HPST et la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP). Si la raison invoquée pointe l'élargissement de la compétence du ministère de l'hôpital à l'ensemble des soins, la transformation *d'organisation en offre* passe plus inaperçue. Ce n'est pourtant pas la même chose. L'organisation des soins se fait en réponse à un besoin, celle de l'offre se définit par rapport aux moyens.

C'est l'introduction de l'austérité comme paradigme dans la construction budgétaire. Mais, c'est aussi inclure le secteur commercial dans le dispositif général de l'offre. Là où le Service Public était, par la loi, organisé pour devoir faire face intégralement aux besoins de la population, le secteur commercial est intégré dans le dispositif global. Cela permettra, par la suite, d'accorder des missions de Service Public au secteur privé lucratif.

La mise en place, depuis la loi HPST des Groupements Hospitaliers de Territoire, en affaiblissant l'offre de soin du secteur public, prépare une nouvelle étape dans l'intégration du secteur privé dans l'organisation des soins, en faisant la part belle au secteur privé lucratif qui pourra se voir attribué les plus juteuses des spécialités médicales de façon autoritaire par les Agences Régionales des Soins, toutes puissantes en la matière.

Obligation de moyens vs obligation de résultat.

A la même époque, autre changement de paradigme, l'obligation de moyens dans la fonction publique devient l'obligation de résultat.

L'obligation de moyens implique qu'à un problème donné tous les moyens existants soient mis en œuvre pour le résoudre.

L'obligation de résultat est variable en fonction d'un curseur qui va définir ce que doit être le résultat. L'obligation de résultats a constitué le prétexte à une mise en marché d'un certain nombre de services publics et à la consolidation du secteur privé (dans l'éducation en GB et au Canada par exemple avec des conséquences néfastes pour la population), ...

Usager-ères vs client-es toujours au décours des années 90, dans les instituts de formation paramédicaux il devient obligatoire de parler de client-te en lieu et place de patient-te, malade ou usager. Pour rappel usager est un raccourci d'usager de droit, ce droit d'usage implique que chacun-e soit traité-e de la même façon et qu'il n'y ait pas de sélection économique ou autre. Là encore joue une connotation péjorative sur le service rendu.

Contrats d'objectifs et de moyens, performance, cahier des charges, tâches, compétences vs métiers, ... sont d'autres vocables

sur lesquels il serait nécessaire de s'attarder et qui participent de la casse de l'organisation du service public à travers la modélisation des esprits.

Le secteur social et médico-social est de même impacté.

l'introduction récente des Social Impact Bonds en ce qui concerne le social et le médico-social en est une arme. Ce sont des produits financiers à destination de l'économie solidaire. Crées en GB, ils se sont, par ailleurs, développés aux USA avant de gagner le reste de l'Europe. C'est une autre façon, sous couvert de financement, de mettre la main sur l'argent de la solidarité publique (Sécurité sociale ou Solidarité Départementale) et de créer un marché juteux sur le handicap et la dépendance.

Résister et créer.

A chaque mesure, chaque étape, des résistances se sont organisées, au mieux elles ont permis de reculer leur mise en place. Mais comme nous le constatons, la privatisation du système avance.

S'il faut continuer de lutter et de résister face aux mauvais coups portés à l'idée d'un système de santé public accessible à toutes et tous, partout, il est nécessaire de participer à construction d'une alternative à la dégradation sociale portée par le libéralisme.

C'est dans cette optique que notre Fédération s'implique tant dans la Convergence des comités de défense du service public que dans le collectif Notre Santé en Danger.



UN METIER PORTEUR

Partout en Europe, la commercialisation de la santé se développe.

« *La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût* », entend-on régulièrement autour de nous. Culturellement, nous constatons que la valeur « *santé* » recouvre aujourd’hui des notions qui ne sont plus préservées des logiques marchandes. Ainsi, les mots « *rentabilité, efficience, sélection des risques, rapport coût/bénéfice, clients, marché, fournisseur, débouchés, concurrent,...* » ne choquent plus quand on parle de politique de santé.

De nombreux mécanismes sont à l’œuvre. Certains sont spécifiques à telle ou telle situation, d’autres sont largement partagés à travers toute l’Europe et au niveau mondial. Si nous nous centrons aujourd’hui sur l’Europe, les réalités sont déjà très variées.

L’Europe de l’Ouest et du Nord, ayant pu préserver, tant bien que mal, un modèle de protection sociale fort et des situations économiques somme toutes assez favorables ;

L’Europe du Sud, quant à elle, a subi et subit encore aujourd’hui une pression budgétaire énorme, dont les systèmes de santé et de protection sociale ne sortent pas indemnes ;

Enfin, les pays anciennement du bloc soviétique ont basculé pour la plupart dans un libéralisme débridé, où tout ce qui relève de la solidarité collective reste identifié de l’ancien régime....

Mais partout, la commercialisation gagne du terrain.

Conséquences sur la Santé Publique

Parmi les conséquences importantes, on constate la dégradation de l’accessibilité aux soins de santé.

Accessibilité géographique : la concentration des activités par spécialisation des sites et par regroupement, éloigne l’offre de prise en charge des bénéficiaires.

Accessibilité financière : la part du « *out of pocket, ou reste à charge* » augmente dramatiquement au fur et à mesure du passage au privé commercial.

Accessibilité temporelle: les temps d’attente s’accroissent dans le secteur public, tandis que se développe une pratique de «VIP» bypassant (ou court-circuitant) les files d’attente via les consultations privées plus chères.

Accessibilité culturelle : le formatage de la prise en charge (via les pratiques de normalisation comparative) ne permet plus une adaptation aux spécificités du public.

La mainmise du privé sur des pans entiers de l’offre sanitaire fragilise encore un peu plus l’intégration des politiques de santé publique. La prise en compte des déterminants de santé devient impossible, vu les exigences de rentabilité immédiate et le « *return (retour) sur investissement* » qui bénéficie au privé alors que l’investissement en matière de prévention par exemple, est consenti par le Public .

La responsabilisation des patients est une conséquence de la fragilisation des dispositifs de protection sociale. Faute de pouvoir incriminer le système, il appartient dorénavant au bénéficiaire de prouver que les dépenses de santé qu’il ou elle génère ne lui sont pas imputables. La sélection des prestations, des pathologies et des patient-es solvables contribuent à déplacer la responsabilité vers le bénéficiaire.

Le bien-être de la population diminue. Si on compare un système de santé qui a poussé la logique de commercialisation très loin, aussi bien en terme de financement qu’en terme d’offre de soins, à savoir les Etats Unis, avec des pays où le niveau de protection sociale reste élevé et où l’offre en soins de santé reste majoritairement dans les mains des opérateurs publics et/ou non marchands, il n’y a pas photo. Les Etats Unis se rapprochent d’avantage d’un pays émergeant en terme de «*performances*», aussi bien qu’en matière d’espérance de vie ou de morbidité, ... alors qu’ils consacrent une part bien plus importante de moyens aux budgets santé !!!

Les conditions de travail du personnel de santé se dégradent. Le dumping social s’amplifie à travers la concurrence que se font les institutions de soins. Le cadre réglementaire s’effrite et le personnel devient une variable d’adaptation en nombre comme en coût, vu la part qu’il représente dans le budget.

L'Europe en est la cause ! ?

Oui et non.

Quand on interpelle la Commission européenne sur sa responsabilité en matière de commercialisation, elle nous renvoie en affirmant, avec raison, que la Santé reste une compétence nationale. Qu'elle y trouve une compétence uniquement à travers des compétences d'environnement, par exemple.

Quand on interroge les responsables nationaux ou régionaux, très vite, ils font référence aux obligations imposées par «Bruxelles», limitant ainsi leurs marges de manœuvres, ou orientant largement les politiques sociales et de santé.

En matière de privatisation et de commercialisation de la santé, les 2 raisonnements se complètent en effet.

D'une part, l'Europe joue un rôle important à travers des mécanismes tels que les convergences budgétaires ou encore les « bulletins » remis aux Etats à travers les « semestres » européens. L'Europe limite aussi les capacités des Etats à protéger leurs dispositifs de protection sociale à travers les principes mêmes qui ont fondé l'Europe, à savoir la liberté de circulation et d'installation (on ne peut en principe pas empêcher un opérateur d'un autre pays européen de s'installer) et la libre concurrence (l'Etat ne peut en principe pas favoriser ses propres opérateurs - publics ou non marchands- au détriment des opérateurs privés commerciaux) !!!

D'autre part, beaucoup d'Etats se cachent derrière Bruxelles pour justifier des choix politiques totalement internes, visant à favoriser l'initiative privée

dans l'ensemble des domaines d'activité, alors qu'aujourd'hui encore, les marges de manœuvre existent pour permettre de maintenir, voire de renforcer ces mécanismes de solidarité interne et de protection sociale.

Ceci dit, les mécanismes visant à conclure des traités multilatéraux prévoyant la libéralisation des investissements et la libéralisation des services, ont clairement comme objectif de permettre au marché de pénétrer sans limite la sphère de la protection sociale, notamment la santé.

Celle-ci représente un des derniers gros budgets pour lesquels une régulation du marché arrive à maintenir une limitation de l'objectif lucratif.... Jusqu'à quand ?

On fait quoi ?

Le Réseau européen de lutte contre la privatisation et la commercialisation de la santé et de la protection sociale regroupe des coordinations nationales ou des organisations de divers pays européens. Il vise à développer et coordonner des initiatives de résistance à cette dérive.

Depuis 2 ans, il organise autour du 07 avril (journée mondiale de la santé) une semaine anti commercialisation. Le principe en est - la mise à disposition d'outils d'analyse et de conscientisation; - la promotion de la coordination des initiatives locales ou nationales; - l'intégration des actions dans un programme européen, représentant des actions décentralisées, et une action européenne; - des interpellations des responsables nationaux, des députés européens et de la Commission européenne.

Pour la semaine d'action d'avril 2018, 3 thèmes ont été identifiés comme prioritaires en ce qu'ils sont en capacité d'amener une réelle mobilisation dans divers pays :

- le report de soins
- les assurances privées
- le complexe médico-industriel

Ensemble, ONG, syndicats, politiques, académiques, ...



nous pouvons, dans ce domaine bien plus que dans d'autres, faire valoir que notre modèle de protection sociale, basé sur un financement solidaire et sur des opérateurs publics ou non marchands, loin d'être plus cher, est à la fois plus performant et moins onéreux ; il crée en plus une société de l'inclusion qui permet à chacun-e de s'épanouir dans les limites qui sont les siennes, de participer à la création de bien commun en fonction de ses capacités et d'en profiter en fonction de ses besoins.

Présentation à Milan le 04 novembre 2017, en collaboration avec le syndicat belge CNE, en représentation du Réseau européen de lutte contre la privatisation et la commercialisation de la santé et de la protection sociale

juridique

Action de groupe/ action en reconnaissance des droits

Dans notre pratique syndicale quotidienne, il n'était pas rare que nos équipes souhaitent porter un dossier individuel au tribunal administratif, mais sans pouvoir le faire au nom du syndicat. En effet, jusqu'à présent, nous ne pouvions ester en justice que pour défendre les intérêts collectifs des salarié-es.

En 2014, la loi dite « Hamon » introduisait une disposition très médiatique, « *l'action de groupe* » à la française. Celle-ci permet à un groupement d'individus ayant subi un même préjudice de porter plainte collectivement et non plus individuellement. Cette mesure doit permettre de mieux défendre les droits des plaignant-es dans des dossiers liés à la consommation ou au droit environnemental ou sanitaire, par exemple contre un laboratoire pharmaceutique.

Moins médiatisée, La loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 dite *de modernisation de la justice du XXI^e siècle* a créé un ensemble de mesures qui font notamment de nos syndicats professionnels les coordonnateurs légitimes de ce type d'action quand elles sont formulées à l'encontre de personnes morales, privées ou publiques, dans le cadre du travail notamment. Le décret d'application étant sorti au mois de mai, il est temps pour nous d'en évaluer les applications pour pouvoir pleinement nous en emparer dans le cadre de nos stratégies syndicales.

Les principes

Désormais, plutôt que de faire déposer une addition de recours individuels sur une même problématique par les personnes concernées, une association agréée ou un syndicat peuvent se substituer à elles et déposer un unique recours en leur nom auprès des personnalités morales publiques responsables.

La force de ces nouvelles dispositions est qu'elle n'oblige pas à connaître et à représenter d'emblée l'ensemble des personnes lé-sées, mais à constituer un premier groupe de quelques cas, sur la base duquel le juge définira le préjudice ou le manquement, qui est concerné, et ordonnera l'application générale de son jugement à toutes les personnes concernées qui pourront s'en prévaloir à posteriori !

Pour être plus précis, la loi distingue deux procédures similaires dans leur forme, mais qui correspondent à des demandes différentes : ***l'action de groupe et l'action en reconnaissance de droits***.

L'action de groupe, pour faire reconnaître et indemniser un préjudice par le Tribunal de Grande Instance ou le Tribunal Administratif. Le syndicat est désormais compétent pour coordonner une action de groupe dans le domaine de la protection des données personnelles et les situations de discrimination, à l'encontre d'employeurs publics et privés.

L'action en reconnaissance de droits

sans possibilité de faire indemniser un préjudice, devant le Tribunal Administratif.

Elle concerne plus spécifiquement les salarié-es du secteur public, mais également tous-tes les usagers-ères des services publics. Les textes parlent de « *manquement aux droits résultants de l'application de la loi* ». Pour notre domaine d'intervention, elle concerne donc l'ensemble des droits des agent-es, en matière de salaire, de carrière, de droit à la formation, etc.

L'action peut également « *tendre au bénéfice d'une somme d'argent légalement due ou à la décharge d'une somme d'argent illégalement réclamée* ». Les premiers recours déposés sont publiés sur le site du Conseil d'Etat et ils concernent effectivement le non-versement d'éléments de salaire.

Mode d'emploi

La procédure est identique dans sa logique au moins.

1 Rassembler le « *groupe témoin* » : il n'y a pas de seuil minimal de mentionné, on peut donc supposer que 2 ou 3 cas suffisent.

2 Avant d'introduire la requête, le syndicat doit préalablement contacter l'employeur concerné :

- *pour l'action de groupe* : sous la forme d'une mise en demeure de faire cesser le préjudice et à l'indemniser;
- *pour l'action en reconnaissance de droits* : sous la forme d'un recours gracieux formulé à

l'employeur public.

Ce sont les rejets explicites exprimés ou déduits d'un silence durant 4 mois (contre les 2 mois habituels en matière administrative), qui sont attaqués par les requêtes déposées par le syndicat.

3 Les requêtes, sous peine d'irrecevabilité, doivent comporter la mention explicite « *action de groupe* » ou « *action en reconnaissance de droits* ». Le recours à un avocat est obligatoire, sauf devant le TA pour attaquer une Collectivité Territoriale ou un Etablissement Public de Santé.

4 La Requête précise le préjudice ou le manquement, met en lumière la situation juridique identique de ses membres, et la personne morale concernée, qui doit être la même pour tous. A manquement identique dans deux Hôpitaux, par exemple, on ne peut former une seule action en reconnaissance de droits. Il en faudra une par employeur.

5 Au cours de la procédure, le juge « *ouvre le groupe* » : il fait publier l'action en cours et les conditions qu'il faut remplir pour s'y associer en intégrant le groupe, sur le site du Conseil d'Etat. Si d'autres actions individuelles relevant du même manquement ou préjudice par la même personne morale avaient au préalable été déposées au Tribunal, le juge en informe les personnes pour qu'elles intègrent le groupe.

6 En cas de jugement favorable, le juge ordonne la cessation du préjudice ou manquement et l'indemnisation du premier. Il met en place des mesures d'astreinte.

7.Toute personne remplaçant les conditions édictées par le juge-ment peut s'en prévaloir à posteriori en formulant une demande explicite à la personne morale concernée.

Deux exemples concrets

Pour l'action de groupe

Depuis quelques temps, nous dénonçons et combattons la discrimination dont sont victimes les femmes dans la Fonction Publique Hospitalière. En raison de leur maternité et congés parentaux, de nombreuses collègues ont vu leur notation gelée, ce qui a eu un impact sur leur déroulement de carrière et le montant de leur prime de service. Une note des ministères de la santé et de la cohésion sociale a, en juin dernier, rappelé aux établissements l'état du droit, appelé à modifier les pratiques, à réviser les notations et à réparer intégralement le préjudice.

Avec cette nouvelle disposition du code de procédure administrative, en cas d'échec individuel pour faire réviser les notations en CAPL, le syndicat pourrait déposer un recours auprès de la Direction de l'établissement, au nom par exemple de 3 personnes ayant vécu la même discrimination. En cas de refus de l'administration, le syndicat esterait alors en justice devant le Tribunal Administratif dans le cadre d'une action de groupe pour discriminations, sur la base de ces 3 dossiers.

Une fois le recours validé, l'équipe syndicale peut communiquer sur son action, pour que toutes les personnes qui ont vu leur note gelée dans ces conditions adhèrent au groupe et rejoigne la procédure.

Si le jugement est favorable, le juge ordonne alors la reconstitution des carrières et l'indemnisation du préjudice. Ce jugement s'applique alors à tou-te-s les collègues qui ne s'étaient pas encore déclarées dans le cadre de l'action de groupe.

Pour l'action en reconnaissance de droits

Par exemple, si une prime n'était pas versée dans un service hospitalier, par exemple la prime 2e catégorie, dite parfois « *de salubrité* » alors que les agent-es pouvaient y prétendre, le syndicat devient légitime pour ester au Tribunal Administratif pour faire reconnaître et appliquer ce droit, selon la même méthodologie.

Ces dispositions sont très récentes et il n'existe encore pas de jurisprudence qui nous guide sur leur application réelle. Il nous appartient donc désormais de faire vivre le cadre de nos stratégies syndicales, pour mieux faire valoir les droits individuels et collectifs de tous nos collègues.

Références réglementaires :

- LOI n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 dite de modernisation de la justice du XXI^e siècle, art. 93
- Décret n° 2017-888 du 6 mai 2017 relatif à l'action de groupe et à l'action en reconnaissance de droits prévues aux titres V et VI de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle.

culture et plaisir

The square

Parler d'un film sans rien en dévoiler. Dire que l'on a aimé alors que la critique, quasi unanime chez les bien-pensants de *gauche* ont détesté, n'est pas chose facile. Peut-être que ces mêmes critiques ont détesté le fait de se reconnaître, d'une certaine façon, dans cette vision sociale grinçante. Grinçante, mais à aucun moment *méchante* comme certain-es l'ont écrit.

Ruben Östlund nous tend un miroir dans lequel il nous met en résonance, progressivement, dans un écho, sans plus savoir de quel côté dudit miroir on se tient. Cette société qu'il décrit ce n'est *pas nous* et pourtant! Comment sortir indemne de cette confrontation.

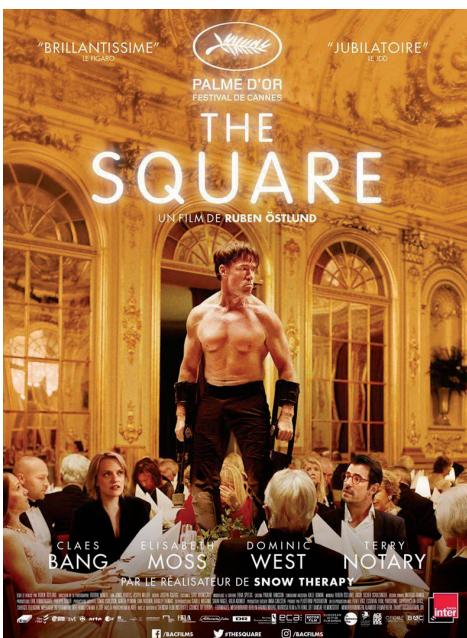
Piégé-es par le rire qui parfois débouche sur un sentiment de malaise et nous renvoie à nos indifférences.

Piégé-es dans une société où nos impuissances ne sont que l'expression de notre distance à l'autre, aux autres.

Piégé-es à ne pas vouloir nous impliquer, alors qu'un simple geste au quotidien pourrait nous faire traverser ce miroir.

Cet univers onirique (?), justement, peut être pris

comme l'envers du miroir et nous faire comprendre que de l'autre côté de ce miroir se trouve la vie, mais qu'importe où elle se trouve. La vision suggérée dérange. Elle qui n'existe qu'à la limite de l'insupportable parce que justement on refuse de s'y



impliquer.

Sans en rajouter, la critique sociale est-là, résumée en une tirade subtilement amenée, en quelques scènes oscillant entre tragique et comique. Peut-être Östlund dérange t'il justement parce que l'on ne sait plus sur quel pied danser, mais n'est-ce pas le propre de notre survie dans une société faite de mystifications.

Au-delà de ces considérations, un film école avec des plans séquences magni-

fiques, utilisant toutes les formes narratives du 7^{ème} art. Un film où l'on peut retrouver quelque chose de Tati dans la dérision des mécanismes du quotidien auxquels on ne prend plus garde. Un film clin d'œil à l'histoire du cinéma, film qui mérite d'être vu et revu tant à chaque nouvelle vision une découverte peut émerger..

Un film servi par une bande son qui envahit la narration et en devient elle même un personnage.

Un film abyme où tout concourt à nous ouvrir un récit à l'intérieur d'un autre telles les poupées russes.

Il n'est pas innocent que ce film ait été primé à Cannes avec Pedro Almodovar comme président du jury, ni que le monde de la critique et de l'intelligentsia de fait, en soit « *heurté* ».

Osez cette palme d'or, chaussez-là, chaussez à l'autre pied celle qui vous propulse au quotidien dans la volonté de changer une société et osez plonger dans les abysses pour une paire d'heures.

Vous pourriez en ressortir lavé de la grisaille des scories bien pensante et vous demander à votre tour où dessiner votre "square" pour en faire le cercle de l'humanité.