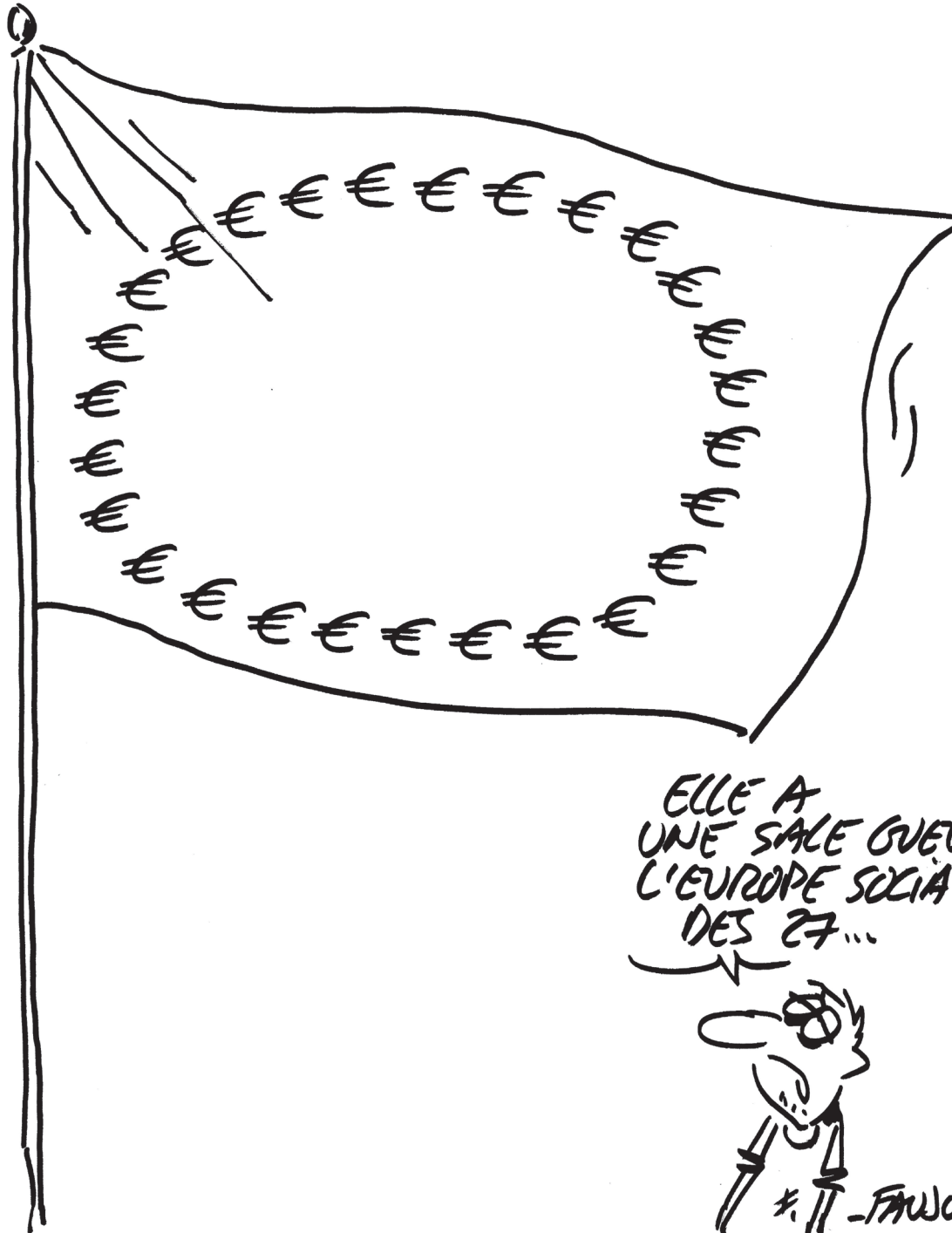


Différent

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

NOUVELLE FORMULE DU JOURNAL <<OFFENSIVE SYNDICALE>> - ISSN : 1776-1875



numéro 36 - octobre-novembre - 2012 -

Sud Solitaires
santé sociaux

SOMMAIRE

le journal des adhérents de la Fédération **Sud** Santé-Sociaux - numéro 36

société - page 4, 5

Le droit à l'hébergement, liberté fondamentale?
Contrat d'avenir

dossier - pages 6,7,8, 9

Le Développement Professionnel Continu

interpro - page 10

Elections TPE

international - page 11

Réseau Européen contre la commercialisation et la privatisation
de la santé

santé et social - pages 12, 13

La FEHAP a osé
Conventions indignes

juridique - page 14

Harcèlement sexuel et moral, le vide juridique enfin comblé.

femmes - pages 15

Place linguistique dévalorisée = place sociale minorée

culture & plaisir - page 16

L'homme qui se peignait pour
Napoléon

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

Ont collaboré à ce numéro
Isabelle Aubard, Anne-
Marie Berthommier, Fa-
bienne Binot, Commis-
sion Femmes, Elisabeth
Douaisi, Patricia Garcia,
Alain Acquart, Jean Carré,
Eugène Epailard, Loïc
Faujour, André Giral, Di-
dier Oger, Eric Panquois,
Jean-Louis Rotter, Jean-
Marie Sala, Jean Vignes



Solidaires
Droits
Syndicats

Nouvelle formule du journal «offensive syndicale» - ISSN : 1776-1875 - Numéro de CPPAP : en cours de réactualisation
Edité par la Fédération nationale Sud Santé-Sociaux, 70 rue Philippe de Girard, 75018 Paris

Directeur de publication : Jean-Marie Sala

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 : André Giral Alain Acquart Jean Vignes

Numéro 32 imprimé en 17960 exemplaires par : IGC communigraphie,
10 rue G. Delory - 42964 Saint-Étienne Cédex

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

numéro 36

Le changement tant attendu ... Il va falloir l'imposer !

Malgré la création d'un ministère du redressement productif, les plans de licenciements collectifs se multiplient. Pire, l'annonce par le gouvernement d'envisager la baisse du coût du travail, c'est-à-dire le blocage des salaires et le transfert des cotisations sociales sur les ménages, va accroître l'austérité pour les salariés.

Dans nos secteurs, rien ne change non plus. la ministre de la santé vient d'annoncer, à grand renfort médiatique, le lancement d'un « pacte de confiance pour l'hôpital » qui peut faire illusion alors qu'elle ne remet en cause, ni la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires », ni la tarification à l'activité, ni les fermetures d'établissements et de maternités, comme à Vire et au Blanc ...

Dans le même temps les plans d'économies s'attaquent aux dépenses de personnels en supprimant massivement des emplois... Les patrons de notre secteur, comme ceux de la FEHAP, ont tout loisir de poursuivre les travaux de démolition des conventions collectives. Quant aux ordres professionnels, ils ne seront pas abrogés malgré les engagements passés, seule l'inscription à l'ordre infirmier pourrait devenir facultative !

Le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2013 prévoit 657 millions d'euros d'économies supplémentaires pour les hôpitaux, ce qui entraînera encore la suppression de plusieurs milliers d'emplois. Le maintien de la convergence tarifaire dans les EHPAD devrait entraîner la suppression de 2000 emplois selon la Fédération Hospitalière de France, alors que ces établissements sont déjà sous dotés.

Des mobilisations locales se développent et obtiennent parfois des reculs comme pour la maternité des Lilas qui a obtenu le financement de sa reconstruction, ou pour l'hôpital de Briançon où la décision de fermer la réanimation a été reportée. Mais pour d'autres établissements, les sursis obtenus ne garantissent pas la pérennité de leur activité. Les Agences Régionales de Santé multiplient les injonctions pour imposer des plans d'économies aux hôpitaux ce qui entraînera une nouvelle réduction de l'offre de soins.

Au-delà des actions locales et des actions de résistances organisées lors d'annonces de fermetures d'établissements, nous sommes persuadés de la nécessité de construire une mobilisation nationale réunissant syndicats de personnels et interprofessionnels, associations citoyennes et d'usagers, collectifs locaux de défense des hôpitaux, organisations politiques, seule à même d'imposer d'autres choix de santé publique et de protection sociale solidaire. C'est le sens de notre participation au collectif «Notre Santé en Danger »mais aussi de notre implication dans le Réseau Européen Contre la Commercialisation de la Santé pour contrecarrer les politiques d'austérité imposées par les financiers et relayées par nos gouvernements . Cet objectif doit maintenant être partagé par l'ensemble des adhérent-e-s de SUD santé-sociaux.

La lutte doit être professionnelle, locale, mais aussi globale. C'est pourquoi, l'ensemble de notre fédération doit s'engager dans toutes les initiatives pour imposer le changement maintenant !

Le droit à l'hébergement, liberté fondamentale?

Depuis le 15 juin, le Collectif 76 des salariés du Social et Médico-social, composé de travailleuses et travailleurs syndiqué-es et non syndiqué-es, occupe un foyer d'hébergement de l'Œuvre Normande des Mères (ONM), situé près de la gare de Rouen. Cet ancien centre d'hébergement, destiné aux femmes seules avec enfants, a fermé ses portes en mai dernier. Par ailleurs un centre d'accueil, destiné aux hommes seuls, a vu sa capacité diminuer de 40 places.

Les travailleurs sociaux ne peuvent plus assurer leurs missions premières. Les besoins sociaux, notamment pour les populations les plus fragiles, ne sont plus satisfaits.

Le droit à l'hébergement, pourtant reconnu comme liberté fondamentale par le Conseil d'État, est chaque jour bafoué par les pouvoirs publics.

Les travailleurs sociaux ne supportent plus d'enfreindre ce droit en disant tous les jours aux familles qu'il n'y a pas de solution. Dans l'agglomération rouennaise ce sont entre 30 et 70 femmes, enfants et hommes qui dorment dans la rue, le service du 115 ne peut plus répondre à leurs demande d'hébergement.

L'occupation a permis à ce jour de mettre à l'abri 16 adultes

et 12 enfants, dont certains très jeunes. Après 100 jours d'action, les pouvoirs publics (DGCS, Préfecture, Conseil Général) n'acceptent toujours pas de recevoir une délégation, ne serait-ce que pour entendre les revendications.

Pour autant, l'existence, la légitimité et la légalité de cette résistance et de cette action obligent les pouvoirs publics à se confronter à leur désengagement politique et à la misère sociale.

De son côté, l'ONM, propriétaire des lieux, s'est contentée de déposer plainte auprès du Tribunal d'Instance pour demander l'expulsion des familles et l'évacuation des lieux.

drastiques de moyens conduisent aujourd'hui des jeunes majeurs (entre 18 et 21 ans) à ne plus être pris en charge comme c'était le cas il y a peu de temps.

Résultat : ces derniers doivent solliciter une aide auprès de dispositifs déjà saturés tels que le 115, le SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation), les centres d'accueil de jour. Dans les cas extrêmes, l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) abandonne ces jeunes dans des hôtels mitoyens de l'agglomération, avec pour seul accompagnement un sandwich le midi.

Cette occupation soutenue par: - des structures syndicales (SUD santé/sociaux76, SUD CT, SUD PTT, la CNT 76, la CFDT de L'ONM, la CGT Apave), - des associations (DAL, RESF, La ligue des droits de l'homme, le CDLF), - des organisations politiques (NPA, PCF, EELV, AL, FA, PG, GU, FASE...), a été relayée par les médias locaux et nationaux.



L'assignation au tribunal d'instance a eu lieu le 12 septembre, le rendu de ce jugement concernant le référé d'expulsion est fixé le 24 octobre. Le secteur de l'hébergement n'est pas le seul concerné, au sein de la protection de l'enfance, les réductions

Elle est emblématique d'une lutte unitaire, qui permet de s'appuyer sur la légitimité pour satisfaire les besoins fondamentaux face aux lois d'exclusion sociale.

Eric Planquois

Contrat d'avenir

L'avenir radieux pour les patrons !

Après les Travaux d'Utilité Collectifs initiés par Fabius, les Contrats Emplois de Solidarités de Rocard et autres contrats aidés de tous poils de droite, de gauche, voici le petit dernier du gouvernement : l'emploi d'avenir !

Le contrat d'avenir c'est quoi?

100 000 emplois destinés en priorité à des jeunes de 16 à 25 ans peu ou pas qualifiés résidant en zone urbaine sensible. Ces emplois effectifs dès 2013 et portés à 150 000 en 2014 doivent répondre à « une utilité sociale avérée ».

Les embauches se feront principalement dans les associations, le secteur social et médico-social, l'aide à la personne, l'animation et les loisirs.

Le contrat d'avenir est un contrat à temps plein (en CDI ou CDD de 3 ans), payé au SMIC (1 425 € brut).

Durant cette période l'état prend en charge 75 % du salaire. Les employeurs seront sélectionnés par les Missions Locales en fonction de leur capacité d'encadrement, du contenu de l'emploi et des perspectives de formation envisagées vers une qualification.

A l'issue des 3 ans : le jeune pourra être embauché soit par le même employeur ou chez un autre avec la capitalisation de ses compétences acquises, soit avoir accès à une formation qualifiante ou retournera à la case Pôle Emploi.

L'effet d'aubaine !

Concrètement pour notre secteur les employeurs, avec un cosmétique de formation, pourront pour 356 € embaucher un ou une jeune.

C'est un effet d'aubaine, le jackpot pour les patrons qui cassent les conventions collectives dans la BASS, pour ceux de la FEHAP qui passent en force en imposant unilatéralement des recommandations patronales, ceux de la BAD qui négocient une Convention Collective de branche au rabais avec la complicité de la CFDT, ceux qui restructurent, dénoncent les d'accords d'entreprise et remettent en cause des acquis des salariés avec l'objectif de baisser à tout crin la masse salariale. Ne nous leurrions pas ce cadeau de 2,3 milliards que le gouvernement s'apprête à faire à nos employeurs sur le dos du financement de la protection sociale est un effet d'aubaine, à l'issue des 3 ans les emplois pérennes se feront à la marge ou serviront à pourvoir des emplois déjà existants avec une fabuleuse période d'essai. Depuis 30 ans ces contrats aidés servent avant tout à masquer les chiffres du chômage : 150 000 jeunes en contrat d'avenir c'est autant de moins dans les statistiques.

Nous avons tout à craindre que les emplois d'avenir « Sapin » se révèlent une fois encore des emplois kleenex. Nous devons dans chaque établissement dès maintenant interpeler nos employeurs sur les consignes des organisations patronales, mettre

à l'ordre du jour des instances représentatives du personnel les emplois d'avenir, répertorier au jour le jour les postes vacants afin de vérifier qu'ils ne soient pas pourvus par ces contrats, imposer une formation qualifiante sur le temps de travail dès le premier jour d'embauche, informer ces jeunes collègues sur la nature de leur contrat et leur droit.



Le discours servi depuis l'instauration des emplois jeunes est toujours le même : « ces dispositifs de contrats aidés, même si leur coût et leur impact sur l'emploi ne sont pas satisfaisants permettent à des jeunes d'obtenir une formation qualifiante qui peut déboucher sur un emploi, ne les privons pas de cette opportunité ».

Nous devons effectivement prendre en compte l'intégration des jeunes dans le monde du travail, cette intégration passe par la création d'emplois statutaires, par une véritable formation qualifiante sur le temps de travail et aussi par le statut de salarié(e) en formation.

Patricia Garcia

Développement Professionnel Continu

C'est en pleine trêve des confiseurs que les Décrets relatifs au DPC (Développement Professionnel Continu) sont parus (Journal Officiel du 1^{er} janvier 2012).

Ce nouveau dispositif réglementaire et obligatoire concerne, la Formation Médicale Continue (FMC) et l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

C'est l'Art. 59 de la Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire) qui instaure le DPC. Ses objectifs sont « *l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé* ».

Il concerne tous les professionnels de santé salariés du public comme du privé et les libéraux. Il va favoriser les coopérations interprofessionnelles et décloisonner les différents modes d'exercice précisent les tenants de ce dispositif.

Le Développement Professionnel Continu (DPC) n'est pas arrivé par hasard, il est un des fruits des politiques libérales.

Il s'agit de formater les professionnels, mais aussi de les mettre en concurrence. Le leurre mis en avant est « le patient, l'utilisateur au centre du dispositif ».

L'idée du DPC a commencé dans les années 1990 par la mise en place de la formation conventionnelle pour les médecins, poursuivie en 1996 par l'institution de l'obligation de Formation Médicale Continue (FMC), complétée en 2004 par l'organisation d'une évaluation des pratiques.

Elle trouve son dénouement avec la publication récente des cinq décrets relatifs au DPC dans des termes identiques pour l'ensemble des professions de santé :

- la prévention des accidents liés aux soins est énoncée. Le terme « accident » n'est pas exprimé de façon anodine, il concrétise la mise en cause de l'individu, il met le professionnel face à ces responsabilités...

- la sécurité des patients est l'autre préoccupation, la mise en œuvre du DPC orientée vers la gestion des risques individuels et ou collectifs renforce la culpabilisation des professionnels de santé.

Le programme de DPC est à la fois individuel, collectif et interdisciplinaire. Pour cela tout est déjà en place, certification des établissements, accréditation, recommandations de bonnes pratiques. L'analyse des pratiques, le perfectionnement des connaissances et des compétences, privilégient les programmes de gestion des risques.

Tous les professionnels de santé vont devoir intégrer cette

« culture » de la gestion du risque.

Au niveau de la Haute Autorité de Santé (HAS), il existe une « *commission amélioration des pratiques professionnelles et de la sécurité des patients* » dont la mission est d'adapter les démarches dans l'exercice quotidien de tous les professionnels en lien avec des représentants des usagers. L'HAS écrit que ce nouveau dispositif se met en place en collaboration avec tous les acteurs concernés, chacun pour ce qui concerne sa responsabilité.

L'HAS est chargée de fixer les méthodes et les modalités après avis des Commissions Scientifiques Indépendantes (CSI) avec toujours comme objectif la sécurité des soins, autour de programmes intégrés au plus près de l'exercice des professionnels.

Le DPC, une mécanique au service du glissement de tâches.

C'est encore dans la loi HPST que l'on va trouver cette mécanique bien huilée :

Article 51 de la loi HPST :

« *coopération entre professionnels de santé* »

Acte 1, sous la responsabilité de l'ARS, plusieurs professionnels de santé, libéraux ou salariés, mettent en place un projet de coopération qui consiste à transférer des tâches d'un groupe

professionnel à un autre.

Art.L. 4011-1 «...les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient.

Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience...une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.»

Acte 2, la Haute Autorité de Santé a pouvoir d'étendre ce protocole au niveau national :

Art.L.4011-2.- «Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute Autorité de Santé... « La Haute Autorité de Santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. »

Acte 3, et voici poindre le DPC...

«Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire.»

De la sorte, les instances professionnelles nationales qui présidaient à leur évolution sont court-circuitées. Les dé-

crets d'actes de compétence sont mis à mal. Pour mémoire, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), en son temps avait tenté de transformer les Décrets d'actes en Arrêtés simples. Le ministère s'arrogeait le pouvoir de modifier les périmètres de compétence de sa seule autorité sous couvert de « souplesse ».

A cette époque, associations et syndicats avaient unanimement claqué la porte devant le danger que représentait cette procédure. Elle revient maintenant par la fenêtre HPST qui décidément est une loi délétère pour l'organisation des soins.

Le DPC devient donc l'outil du glissement de tâches et l'ensemble des professions médicales et paramédicales s'en trouve dérégulé sans que les instances professionnelles n'aient leur mot à dire.

DPC et mise en concurrence des salariés.

A partir du 1er janvier 2013 tous les professionnels de santé devront valider leur obligation annuelle de DPC. Les programmes DPC seront annuels ou pluriannuels, élaborés nationalement et régionalement par le ministère ou l'ARS. En cas de non suivi d'une action DPC, le professionnel de santé pourra être sanctionné jusqu'à l'interdiction d'exercer pour insuffisance professionnelle.

DPC et entretiens annuels d'évaluation.

Les entretiens individuels annuels d'évaluation dans le sanitaire privé, comme dans la fonction publique hospitalière, (cf décret n° 2010-1153 du 29

septembre 2010), se généralisent et s'imposent.

L'entretien annuel d'évaluation est l'outil chargé de mettre les salariés en concurrence dans les services et les établissements.

Les tenants de cette doctrine la justifie par : l'offre de soins, le parcours professionnel et les compétences individuelles et/ou collectives dans le cadre de la gestion des «ressources humaines».

L'entretien doit être conduit par le supérieur hiérarchique direct « le N+1 » pour tous cadres et non cadres. Il comprend les besoins de formation. Ceux-ci sont mis en avant par les directions pour faire passer le principe de l'entretien.

Ils se déclinent par les compétences acquises à partir de référentiels et les perspectives d'évolution professionnelle au travers du parcours professionnel personnalisé.

Le point est fait sur les objectifs fixés l'année passée, avec les résultats professionnels en lien avec les objectifs fixés pour l'année en cours.

L'entretien comme le DPC est annuel et pluriannuel dans le but de faire atteindre au professionnel des objectifs précis en terme d'amélioration.

Petit détail mais qui a son importance, le Droit Individuel à la Formation (DIF), miroir aux alouettes de la loi sur la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (FPTLV), sera utilisé pour les professionnels dont les directions n'auront pas voulu intégrer leurs souhaits dans le plan de formation, bien sûr éventuellement et partiellement hors temps de travail, ce

qui est un recul sans précédent sur le droit à la formation.

DPC et médico social !

Dans le secteur sanitaire, médico social, le DPC s'impose à tous les personnels de santé (infirmières, aides soignantes, auxiliaires de santé, Kinés, Orthophonistes, Psychomotriciennes, etc.).

Il est créé par décret un Organisme Gestionnaire Paritaire de Développement Professionnel Continu (OGDPC).

La composition et la « gouvernance » de l'OGDPC est extrêmement complexe. Il en est de même pour les modalités de financement suivant que l'on exerce sa profession en libéral, dans le secteur public ou privé, dans le sanitaire ou le médico social...

Par contre pour les salariés des établissements médico sociaux du secteur privé associatif concernés par cette obligation de formation, le financement du DPC est relativement simple et déjà connu. La prise en charge financière se fera dans le cadre de la formation professionnelle continue.

Les plans de formation seront amputés systématiquement du coût du DPC pour les personnels et auxiliaires de santé.

On comprend mieux aujourd'hui l'acharnement des patrons du médico-social pour imposer, eux aussi, les entretiens annuels d'évaluation, alors qu'il n'y a, à ce jour, aucune obligation légale.

C'est la même logique du « management » des personnels qui est à l'oeuvre:

-mise en concurrence;
-développement des «compétences» individuelles au détriment des qualifications et des diplômes;
-individualisation des fonctions et des rémunérations.

La publication des décrets au 1er janvier 2012 a donné le top départ pour une mise en œuvre du DPC en 2013. Les professionnels concernés, les élus(es) des CE des établissements médico sociaux du privé associatif ont donc une année pour prendre la mesure des conséquences du DPC sur les budgets de formation des établissements, mais aussi sur l'obligation de formation qui, si elle n'était pas respectée par les salariés concernés, pourrait aller jusqu'au licenciement pour insuffisance professionnelle.

Les autres acteurs de la formation professionnelle continue

doivent aussi prendre la mesure du DPC. Les directions des établissements, responsables du contrôle des obligations de DPC pour leurs salariés ou les OPCA de notre secteur (Unifaf, Uniformation) devront rapidement mettre en place des outils et des programmes de formation adaptés.

A quand le DPC pour les travailleurs sociaux ?

Financement du DPC.

Le DPC sera financé par les contributions versées par les établissements au titre de la formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV). Dans le secteur public, comme dans le secteur privé ce sera sur le budget des établissements.

Pour le public concernant les professionnels paramédicaux et les sages femmes il s'agira de 2.1% pour le plan de formation, 0.2% (congé de formation pro-

Les textes de référence du DPC

Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire)

Art. 59 de la Loi HPST

Art. 51 de la Loi HPST

Les décrets

2010-1204 du 11 octobre 2010 - Intégration des protocoles de coopération

ration dans le DPC et la formation initiale

2011-2113 du 30 décembre 2011 - l'OGDPC

2011-2114 du 30 décembre 2011- DPC paramédicaux

2011-2116 du 30 décembre 2011- DPC médecins

2011-2118 du 30 décembre 2011- DPC pharmaciens

2012-26 du 9 janvier 2012- Commission scientifique indépendante (CSI) médecins

2012-29 du 9 janvier 2012 - CSI pharmaciens

2012-30 du 9 janvier 2012- CSI professions paramédicales

Les arrêtés

16 mars 2012 - portant nomination à la commission scientifique indépendante des médecins

19 avril 2012 - portant approbation de la convention constitutive du GIP « OGDPC ».

fessionnelle), 0,6% (études promotionnelles).

Concernant les médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens, les CHU consacreront 0,5% du montant des rémunérations et 0,75% pour les autres établissements publics de santé.

Pour le privé et l'ensemble des salariés ce sera avec 1,6% pour le plan de formation, 0,5% pour la professionnalisation et 0,2% sur le congé individuel de formation (CIF)

Outre la cotisation versée par les établissements de santé, une contribution spécifique, minimaliste, sera prélevée sur les industries pharmaceutiques.

Comme nous le constatons le DPC réservé à certains professionnels va pomper une grande partie des sommes de la formation. Que vont devenir les autres catégories professionnelles ?

Autre interrogation, l'entrée de l'industrie pharmaceutique dans le financement de la formation professionnelle, sous couvert de sa contribution. Cela rappelle l'entrée des assurances privées, dans le haut conseil de l'assurance maladie et de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie (UNOCAM).

En conclusion provisoire

Le DPC est une nouvelle étape:

- de l'individualisation à ouverture,
- de la mise en concurrence des salariés par le biais de la formation professionnelle,
- de l'accentuation des transferts et des glissements de tâche.

Il induit la progression de l'individualisation du salaire avec pour support les entretiens annuels d'évaluations.

Il amplifie le phénomène de la reconnaissance des «compétences» au détriment des qualifications et des diplômes.

Il est nécessaire que Sud Santé Sociaux, à tous les niveaux de la fédération, entame rapidement une réflexion sur le DPC et ses conséquences.

Il s'agit de permettre aux équipes sur le terrain :

- de ne pas être démunies en négociations annuelles obligatoires (NAO) sur la question des parcours professionnels, dans le privé comme dans le public où des négociations sont possibles depuis janvier 2012,
- de pouvoir intervenir en CE et CTE lors des discussions sur la formation professionnelle.
- de pouvoir argumenter en CE et CTE où seront également discutés les protocoles de coopération entre professionnels.
- de lancer le débat avec les salariés concernés;

Pour nos militants il faudra être en mesure de faire comprendre les incidences délétères, sur les plans individuels et en matière de régulation des pratiques et des professions, de la mise en place du DPC et d'organiser la lutte contre cette autre méthode de management qui accentuera la souffrance au travail.

André Giral
Eugène Epailard
Didier Oger
Jive

poème

Millions, millions! Millions, millions! Citroën, Citroën!

Même en rêve on entend son nom, 300, 600, 700 voitures, 800 auto-camions, 800 tanks par jour!

200 corbillards par jour !

Et que ça roule !

Il sourit il continue sa chanson il n'entend pas la voix des hommes qui fabriquent

il n'entend pas la voix des ouvriers

il s'en fout des ouvriers !

Un ouvrier c'est comme un vieux pneu quand il y en a un qui crève on ne l'entend même pas crever

Citroën n'écoute pas

Citroën n'entend pas

Il est dur de la feuille pour ce qui est des ouvriers

Pourtant au casino il entend bien la voix Citron, Citron!

Bénéfice net!

Millions, millions!...

Et si le chiffre d'affaires vient à baisser pour que malgré tout les bénéfices ne diminuent pas il suffit d'augmenter la cadence et de baisser les salaires

BAISSER LES SALAIRES !

Mais ceux qu'on a trop longtemps tondu en caniche ceux-là gardent encore une mâchoire de loup

Pour mordre

pour se défendre

pour attaquer

pour faire la grève

La grève, la grève!

VIVE LA GRÈVE !

Jacques Prévert (extraits)

une élection à ne pas négliger!

Le scrutin pour les élections dans les Très Petites Entreprises (TPE), aura lieu entre **le 28 novembre et le 12 décembre 2012**. Il concerne près de 5 millions de salariés sur toute la France. Ce scrutin (sur sigle des organisations syndicales) va permettre aux salarié(es) des TPE d'exprimer leur préférence syndicale et choisir les organisations qui seront amenées à négocier au niveau de la branche (conventions collectives) et/ou au niveau régional et national pour l'interprofessionnel, avec les patrons et les pouvoirs publics.

Pour être électeur, il faut avoir une fiche de paie de décembre 2011 **et** être employé dans une entreprise de moins de 11 salariés au 31/12/2011, ces 2 conditions sont cumulatives.

Les votes se font à distance, soit par correspondance (dernier jour de réception des votes le 17 décembre), soit par internet.

La loi ne prévoit pas que le scrutin se déroule pendant le temps de travail, mais si le salarié fait le choix de voter par internet depuis son lieu de travail, l'entreprise doit lui laisser le temps nécessaire et garantir la confidentialité des votes.

Il est à craindre un fort pourcentage d'abstention, le ministère estime les votants à 10% du corps électoral, son objectif » étant d'atteindre les 30% comme lors des élections Prudhommales.



**C'EST RENFORCER
LA DÉFENSE DE NOS DROITS
INDIVIDUELS ET COLLECTIFS !**

Il n'y aura pas non plus de campagne télévisée par manque de moyens financiers, seule la presse écrite et les radios seront sollicitées pour cette campagne. Le dépouillement et l'agrégation des votes par internet auront lieu du 18 au 21 décembre. La proclamation des résultats étant faite par des commissions régionales le 21 décembre.

Une absence de droits !

Ce scrutin ne donne par contre aucun droit aux salariés, et c'est bien là le problème.

Pour la fédération Sud Santé Sociaux, notre effort devra porter bien évidemment sur les TPE de l'aide à la personne (BAD), de l'Animation et de la BASS.

Malgré l'isolement des travailleuses et travailleurs des TPE, l'enjeu est important pour

Solidaires et notre fédération, tant au niveau national que local.

Seule la mobilisation de tous les adhérents (tes) de Solidaires nous permettra de faire un score honorable.

La distribution du matériel électoral ne sera pas suffisante. Chaque adhérent(te) de Solidaires doit interpeller au moins un(e) salarié(e) de TPE sur le lieu de travail ou d'habitation, et tenter ainsi de convaincre tous ces salariés(es) isolés(es) qu'ils peuvent compter sur notre syndicat pour faire valoir et défendre leurs droits.

Les Solidaires locaux tiendront à votre disposition des tracts, des affiches et autres matériels de propagande.

André Giral

SUD et Solidaires revendiquent :

<http://elections2012tpe.wordpress.com/>

- Le salaire minimum doit être porté à 1700€ pour un temps plein.
- Le travail du dimanche doit demeurer l'exception et être compensé, en temps et financièrement, de manière bien plus forte qu'aujourd'hui.
- Le treizième mois doit être généralisé.
- CDD, intérim, temps partiels imposés, horaires atypiques, etc... : il faut mettre fin à la précarité, imposer un statut du salarié-e qui garantisse à chacun-e la poursuite des droits tout au long de la vie.
- Création de délégué-és syndicaux adaptés à nos secteurs d'activité et pouvant intervenir sur nos lieux de travail.
- Renforcement des effectifs et des moyens de l'inspection du travail, pour faire respecter la législation dans notre secteur.
- Autorisations d'absence, prises sur le temps de travail et payées, pour consulter l'inspection du travail, la médecine du travail, le syndicat.

RESEAU EUROPEEN CONTRE LA COMMERCIALISATION ET LA PRIVATISATION DE LA SANTE

Le Réseau européen contre la commercialisation et la privatisation de la Santé, réuni ces 6 et 7 octobre 2012 à Varsovie, a réaffirmé ses axes fondamentaux tels que définis dans la déclaration de Nanterre de mai 2012, à savoir l'accessibilité universelle, un financement public ou basé sur les cotisations, selon les pays, une Santé protégée des logiques marchandes et une démocratie sanitaire réelle.

La Santé est un droit pour tous. Le Réseau exige un égal accès pour tous à la Santé, sans limitation de quelque sorte que ce soit, financière, géographique, culturelle, de genre, d'origine,...

Le Réseau défend un financement public ou basé sur les cotisations sociales, selon les pays, tenant compte des capacités contributives de chacun.

Pour le Réseau, le système de Santé doit se baser sur des opérateurs publics ou réellement sans but lucratif. La Santé n'est pas une marchandise. Tout ce qui touche à la Santé doit être protégé de la recherche de profit, particulièrement face à l'appétit de multinationales qui y voient un gisement de bénéfices faciles.

Le Réseau veut stimuler la démocratie sanitaire en permettant à la population et aux acteurs sociaux, de participer activement à la détermination des politiques de Santé et à leur mise en oeuvre, ainsi qu'à la gestion des soins de santé et ce, à tous les niveaux : organisation, financement, santé communautaire, déterminants de la Santé.

Réaliser ces 4 axes implique de faire échec aux politiques libérales

sur un plan régional, national et européen. Dans ce but, le réseau :

- favorise les échanges entre les membres des différents pays ;
- produit des analyses, des propositions et des revendications communes ;
- sensibilise les citoyens et les acteurs de Santé ;
- mobilise et mène des actions.

Le Réseau entend mener une stratégie d'élargissement à tous les niveaux :

- partir de la notion de soins de santé pour agir sur les déterminants de la santé, que sont notamment le droit au travail, les conditions de travail, le logement, l'environnement...;
- partir des combats locaux et/ou professionnels pour aller vers des actions plus générales et globales, à travers une mobilisation citoyenne ;
- augmenter le nombre de pays participant au Réseau et le nombre d'organisations dans les pays représentés ou existant au niveau de l'Europe, qui adhèrent au socle commun ;
- partir des préoccupations purement liées à la Santé pour déboucher sur une stratégie visant les causes de sa dégradation qui sont notamment la convergence des politiques européennes d'austérité, l'instrumentalisation de la dette, l'application des traités européens, dont le pacte budgétaire;
- élargir les analyses et les actions nationales vers une prise en compte, à travers des débats larges, des enjeux européens.

Concrètement, les membres du Réseau s'engagent à participer activement au plan suivant :

- le Réseau se veut être prioritairement un outil d'action/réaction

face aux événements et mesures touchant à nos axes fondamentaux;

- en vue d'élargir et de renforcer nos capacités d'action, les membres du Réseau et le Réseau mèneront des initiatives systématiques de contact avec des organisations et réseaux d'autres pays; dans ce cadre, ils participeront activement aux moments sociaux nationaux et internationaux forts ;
- sur la base de la participation active de ses membres, le Réseau développera une grille d'analyse commune à tous les pays permettant une étude des différentes formes de privatisation et commercialisation et leurs conséquences sur la santé, permettant la production de propositions/ revendications ; pour ce faire, un projet européen pourra être activé ;
- le Réseau poursuivra la structuration d'un secrétariat, via la recherche de moyens au niveau local, régional, national ou européen.

Varsovie 6 et 7 octobre 2012



La FEHAP a osé

La Convention collective du 31 octobre 1951 cessera d'exister le 2 décembre 2012. C'est la troisième convention collective du secteur qui est dénoncée et la plus ancienne.

En 1997, la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer dénonce la CC. Elle sera remplacée en 1999 par un accord de substitution, une nouvelle convention collective instaurant l'individualisation des salaires, signée par la CFDT (SUD s'est créé lors de cette lutte).

En 2000, L'UNAF, syndicat employeur des services de tutelle prétexte leurs faibles effectifs et donc l'impossibilité de peser sur les pouvoirs publics pour dénoncer leur convention collective et elle adhère à la CC 66. Au passage les salariés vont perdre certains acquis et notamment des congés.

La grande différence c'est qu'aujourd'hui il n'y a plus rien sinon une décision unilatérale de la FEHAP qui fait une recommandation aux employeurs adhérents.



La FEHAP a pris le temps mais elle est arrivée à ses fins. Elle n'a eu de cesse de remettre en

cause les acquis liés à la CC sous prétexte des réformes qui impactent le fonctionnement des établissements sanitaires et médico-sociaux. Elle se justifie par les contraintes économiques et financières imposées aux établissements FEHAP. Elle a déjà accepté la concurrence entre les structures et prône la négociation au niveau de l'entreprise. Cette dernière idée est contraire à la garantie d'un droit commun à tous les salariés, sur l'ensemble du territoire donné par la convention collective.

La FEHAP avait fortement baissé le coût du travail en 2003 en réformant le système de rémunération et en limitant la progression de carrière.

En 2012, elle rouvre des négociations sur 15 points notamment sur les acquis salariaux en faisant soit disant des propositions plancher sur la reprise et la prime d'ancienneté, les promotions, les remplacements, le paiement des jours fériés, l'indemnité de licenciement, l'allocation de départ à la retraite.

Pendant les deux années de négociation, la FEHAP n'a pas beaucoup changé de position et dans sa recommandation patronale, elle reprend quasi à l'identique ses premières propositions. Cela explique que la CFDT ait quitté les négociations en octobre 2012 et qu'aucun syndicat n'ait signé l'accord de substitution.

Malheureusement tous les syndicats, dits représentatifs, n'ont jamais organisé une mobilisation à la hauteur des en-

jeux. En 2003 ils ont accepté de participer aux groupes de travail dans le plus grand secret, en 2009 aucune mobilisation. En 2011 quelques manifestations appelées de façon dispersée et parfois uniquement pour ne pas laisser SUD seul dans la rue.

Il n'y a eu que deux propositions depuis la dénonciation, la manifestation de Lyon en octobre 2011 et celle de Paris en mars 2012. Depuis rien à l'exception de l'action en intersyndicale du 15 octobre, actions qui pourraient aller jusqu'à la grève.

Pourtant la décision de la FEHAP impacte toute la branche. Quelle va être la réaction des autres syndicats employeurs et notamment ceux de la CC 66 qui essaient de modifier la convention collective depuis 2005 ? Est-ce que cela va précipiter les négociations sur une convention de branche souhaitée depuis longtemps par la FEHAP et dont l'idée est acceptée par les autres ?

Quelque soit le scénario choisi par les employeurs, il n'est pas en faveur des salariés.

On peut facilement imaginer le contenu de la convention de branche proposée par la FEHAP en lisant leur recommandation patronale.

Seule une mobilisation collective sur l'ensemble des conventions permettra de stopper la casse de nos secteurs et de garder des acquis conventionnels.

Il nous faut continuer à travailler sur des propositions de convention de branche de haut niveau et la présenter à l'ensemble des salariés.

Elisabeth Douaisi

Conventions indignes

Non aux conventions indignes des salarié(e)s de la branche aide à domicile ! Ce secteur qui représente 2 millions de salarié(e)s s'est restructuré passant de l'aide à la personne au service à la personne. Le dépeçage du secteur associatif s'achève, place au grand marché !

La politique de réduction des dépenses publiques depuis 30 ans, le transfert de charge de la protection sociale vers les familles ont rendu exsangue le secteur associatif. Ces deux dernières années ce sont encore 8 400 emplois perdus (5 % des effectifs) qui ont été transférés vers les particuliers employeurs (emplois Borloo payés par le CESU) et les officines des services à la personne (15,5 milliards de chiffre d'affaires en 2008 avec un taux de croissance annuel de 10 %).

Pour développer ces emplois essentiellement féminins et non délocalisables et surtout ouvrir le secteur de l'aide et du maintien à domicile au secteur marchand, il était indispensable, pour les patrons, d'élargir le champ d'activité aux services à la personne (ouverture vers les activités de soutien scolaire, jardinage, ménage...), d'organiser sa mise en concurrence, de baisser les salaires. Le discours des patrons est très bien rodé « chaque salarié(e) doit pouvoir construire son parcours professionnel et travailler à son employabilité en passant d'un secteur à l'autre » discours faisant aussi écho chez certaines

organisations syndicales. C'est ainsi qu'en moins de trois ans une convention collective de branche BAD sur une base minimaliste, précarisant les salariées, a vu le jour pour les salariées du secteur associatif. Le 20 septembre, un groupuscule d'employeurs affiliés à la CGPME avec la complicité de la CFTC et de la CFDT, a osé signer une convention collective des entreprises des services à la personne peau de chagrin.

Cet ersatz de convention collective légitime les patrons dans le recours à des emplois précaires, CDD, contrats de mission ponctuelle ou occasionnelle. Elle condamne les salariées à une smicardisation à vie 9.40 € de l'heure avec l'espoir d'avoir au bout de 2 ans une augmentation de 0.05 €. Nous sommes en droit de nous interroger sur la légitimité de ces conventions collectives signées par des fédérations employeurs non représentatives et des syndicats incapables de défendre les intérêts des salarié(e)s qu'ils sont sensés représenter. Pire, pour définir les grilles de classifications (repères), ils n'hésitent pas à faire appel à des cabinets conseils instrumentalisés par les patrons.

Le secteur du service à la personne ciblé « utilité sociale avérée » par le gouvernement va aussi pouvoir embaucher des emplois d'avenir pour une participation symbolique des employeurs à hauteur de 356 €.

Il est temps d'arrêter le hold-up fait sur la sécurité sociale pour

subventionner des officines côtiées en bourse.

Rappelons que les emplois Borloo ont coûté 6,5 milliards d'euros à l'Etat et la sécurité sociale en 2009. Ce montant se décline d'un total d'exonérations fiscales de 4,4 milliards (crédit d'impôts et exonération de TVA...) et de 2,13 milliards d'exonérations de cotisations sociales (dont 84 millions d'aides financières aux entreprises).

Le secteur associatif du maintien et de l'aide à domicile répond aux besoins des personnes et des familles, il doit s'exercer dans le cadre d'une mission de service public et être intégralement financé par la protection sociale.

Michèle Delaunay, ministre chargée des personnes âgées a lancé le 25 septembre une commission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de la population, cette mission confiée à Luc Broussy (ancien délégué général du Syndicat National des Maisons de Retraité Privées) viendra s'ajouter à toute une kyrielle de rapports d'experts qui serviront de socle à la future loi sur la dépendance.

Nous attendons du gouvernement avant tout projet de loi sur la dépendance une rupture très nette avec cette politique de casse des services associatifs de l'aide à domicile.

Patricia Garcia

Harcèlement sexuel et moral : le vide juridique désormais comblé.

Le 4 mai 2012, le Conseil constitutionnel abrogeait une partie de la loi sur le harcèlement sexuel. Le parlement, le 31 juillet, a adopté dans l'urgence un nouveau texte qui vient combler le vide juridique créé par cette abrogation.

Le législateur définit désormais de manière uniforme le harcèlement sexuel dans le code pénal et dans le code du travail: selon la loi, le harcèlement sexuel consiste désormais à "imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante".

Le chantage sexuel est également assimilé au harcèlement sexuel et se définit comme "le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave, dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

Les faits de harcèlement sexuel seront désormais punis de 2 ans d'emprisonnement (contre un an auparavant) et de 30 000 euros d'amende (contre 15 000 euros auparavant). La loi est dorénavant plus sévère et sanctionne à l'identique le harcèlement moral.

Des circonstances aggravantes pourront être retenues et porte-

ront ces sanctions à 3 ans d'emprisonnement et 45000 euros d'amende. Sont concernés les faits commis :

- par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions;
- sur un mineur de 15 ans ;
- sur une personne vulnérable du fait de son âge, de sa maladie, de son infirmité, de sa déficience physique ou psychique ou de son état de grossesse ;
- sur une personne dont la particulière vulnérabilité ou dépendance résultant de la précarité de sa situation économique ou sociale, est apparente ou connue de leur auteur ;
- par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteurs ou de complices.

Le législateur a souhaité associer différents acteurs au renforcement de la lutte contre le risque de harcèlement moral et sexuel. Pour ce faire, plusieurs mesures ont été adoptées comme l'intégration à la pla-



nification de la prévention des risques professionnels ceux liés au harcèlement sexuel.

Les délégués du personnel pourront exercer leur droit d'alerte. Les services de santé au travail se voient confier un rôle de prévention auprès des employeurs des salariés et leurs représentants.

L'inspecteur du travail est désormais compétent pour constater les infractions en la matière dans le cadre des relations de travail.

Enfin les textes du code pénal relatifs au harcèlement sexuel et moral doivent désormais obligatoirement être affichés sur les lieux de travail. Le nouveau texte de loi intègre aussi la protection des personnes en stage ou en formation.

Si d'une manière générale la plupart des organisations syndicales et associations féministes ont salué le vote de ce nouveau texte, beaucoup ont souligné qu'il reste encore un énorme travail au quotidien et sur le terrain pour faire échec à ces délits.

C'est aussi un travail qui incombe aux équipes Sud de traiter ces problèmes, d'accompagner et soutenir les victimes qui hélas choisissent de se taire, par peur du jugement....des représailles...

Jean- Louis Rotter

Place linguistique dévalorisée = place sociale minorée

Féminiser la langue, un enjeu de transformation sociale

Il y a 3 sortes de femmes, écrivait l'académicien Paul Valéry, les emmerdeuses, les emmerdantes et les emmerderesses. Misogynie à part, chantait Georges Brassens, la mienne à elle seule relève des 3 catégories.

Néologismes ou résurgences de formes délaissées, on peut saluer ici la créativité de la langue française pour désigner le sexe féminin.

Mais ouf, pas de vainqueuse à la présidentielle, les oreilles des académiciens ne seront pas heurtées par ces mots indécents, une vainqueuse, chefferesse de l'Etat français.

N'est ce pas à force de prononcer certains mots qu'on finit par accepter ce qui tout d'abord heurtait.

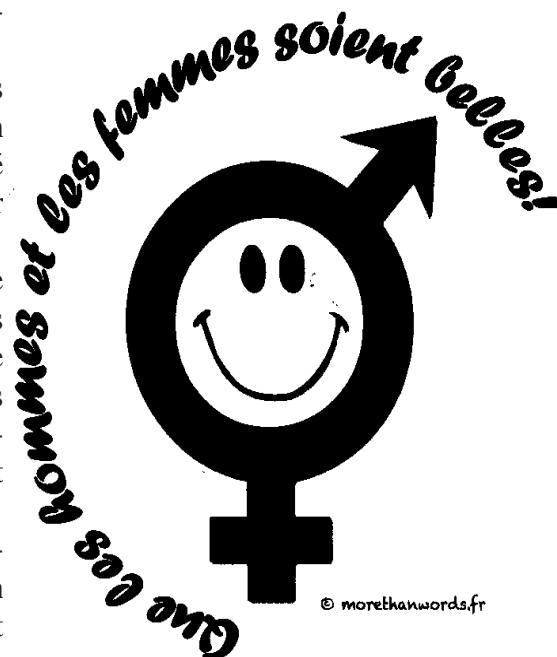
La féminisation de la langue est urgente, puisque pour exprimer la qualité que quelques droits conquis donnent à la femme, il n'y a pas de mots, écrivait la féministe Hubertine Auclert en 1899.

Y a des emmerderesses, chante Brassens et l'expression nous devient familière.

La domination masculine transpire dans le langage et en dépit des circulaires officielles qui, depuis 1986, en prescrivent l'usage, la féminisation des textes peine toujours à se réaliser. Le plus souvent oubliée, elle est quelquefois concédée

aux féministes mais vécue alors, non comme un chemin vers l'égalité mais un alourdissement de l'écriture.

Le langage n'est pas un outil de communication neutre, mais un puissant instrument de reproduction sociale qui reflète et renforce les inégalités. Nos



manières de penser, nos perceptions sont façonnées par le langage.

On ne nait pas homme, on le devient, écrivait Bourdieu, dans la domination masculine, en réplique à Simone de Beauvoir, se démarquant ainsi, de l'idéologie différentialiste qui associe sexe biologique et genre.

Et ce langage qui nous socialise, ce langage par lequel nous nommons et sommes désignéEs ou invisibilisé(e)s, est essentiel dans cette intégration des normes sexistes.

Le genre masculin étant le plus noble, il doit prédominer chaque

fois que le masculin et le féminin se trouvent ensemble, écrivait Vaugelas en 1647.

Quatre siècles plus tard, les académiciens sont toujours hostiles à la féminisation des noms de métiers, titres et fonctions.

Contre tous ces conservatismes, nous avons à faire notre propre révolution. Changer les mots et ce faisant participer à changer la vie.

Féminisation du vocabulaire, du graphisme et de la syntaxe, des pratiques non sexistes existent. Quelques exemples pour l'illustrer : l'emploi de parenthèses : infirmier(e) ; du trait d'union : infirmier-e ; du E majuscule : impliquéES ; la terminaison à deux genres : éducateurs/trices ; l'emploi de termes épiciens, c'est-à-dire communs aux deux genres : parler de personnes plutôt que d'individuEs.

Quant au pluriel, l'accord peut se faire par proximité: le médecin et l'infirmière impliqués.

Le masculin l'emporte toujours sur le féminin, est une règle de grammaire psalmodiée depuis l'enfance.

Sortir de la domination implique un effort soutenu pour changer nos représentations.

La féminisation des textes en est un outil indispensable.

commission femmes

L'Homme qui se prenait pour Napoléon.

Ce livre érudit et inédit propose une superbe recherche historique basé sur les archives des asiles parisiens et des centaines d'observations médicales du XIX^{ème} siècle. La question posée est l'impact que peuvent avoir les désordres et troubles politiques dans l'émergence du délire et dans l'apparition de la folie ?

La folie ou en tout cas son expression serait-elle liée aux faits sociétaux ?

Philippe PINEL et Jean Dominique Etienne ESQUIROL, deux « aliénistes » héritiers de la Révolution, de l'Empire et de la Restauration, avaient déjà abordé ces questions à travers les observations cliniques de leur pratique quotidienne. Cependant il est à noter, et Laure Murat nous pose le contexte socio-politique de l'époque, qu'entre 1789, 1815, 1830, 1848, 1871, siècle de secousses politiques dans la rue, les rapports qu'ont entretenus les « aliénistes » avec le pouvoir politique étaient très étroits. Dans l'un de ses écrits, en 1805, J-E-D Esquirol affirmera que « les commotions politiques augmentent le nombre d'aliénés ». Mais en 1824 ses propos seront autres, il suggère alors que « l'aliénation mentale décroît en temps d'effervescence politique ».

La révolution serait-elle une dérive pathologique ?

L'auteur nous entraîne à travers les descriptions cliniques qu'elle a étudié dans différents registres des asiles de la Salpêtrière, Bicêtre, Charenton et

aussi les maisons privées de santé, sur « comment délire-t-on dans l'histoire ». Elle souligne avec finesse, et c'est la trame de cet ouvrage, que la naissance de la psychiatrie coïncide avec l'invention de la guillotine. Elle rapporte les propos de Philippe PINEL qui avait assisté le 21 janvier 1793 à l'exécution du roi, en avait conclu qu'à dater de ce jour la France entière avait "perdu la tête" et que les aliénés étaient les plus touchés. S'ensuit l'histoire clinique de cet horloger traité par Pinel et devenu fou à cause du "mouvement perpétuel" de la guillotine. Il affirmait avoir perdu sa véritable tête au profit d'une autre de substitution qui ne lui convenait pas.

Le XIX^e siècle inventera aussi bien la « monomanie orgueilleuse » des ambitieux de la Restauration que la « maladie démocratique » des communs, et brouillera ainsi toutes frontières entre passion politique et débordement maniaque. Laure Murat nous retrace ainsi divers itinéraires comme celui du Marquis de Sade, écrivain français, philosophe, libéral et athée, haï de tous les régimes qui sera enfermé contre son gré à l'asile de Charenton, en 1803, pour ses vices mais principalement pour ses écrits luxurieux bien qu'il ne soit pas reconnu fou. Inversement le témoignage de la trajectoire de Théroigne de Méricourt, l'une des pionnières du féminisme, est touchant. Elle fut internée à la Salpêtrière au lendemain de la Terreur, après avoir sombré

dans une mélancolie profonde, consécutive à l'effondrement de son idéal révolutionnaire. Elle restera internée à l'hôpital de la Salpêtrière les 23 dernières années de sa vie.

Idéologie ou pathologie ? La question reste entière.

« Pourquoi la violence des insurrections est-elle toujours associée à la folie, quand celle de la répression ne l'est jamais ? » Le travail de recherche proposée par l'auteur est riche en retranscriptions de descriptions cliniques et symptomatologiques précises. Qu'en sera-t-il dans 150 ans si un chercheur veut se lancer sur cette piste ? Les dossiers actuellement sont tellement aseptisés, codifiés, normalisés !

Dans le post ambule de son livre, Laure Murat, pose la problématique du XXI^{ème} siècle, celle que nous avons pu suivre des états généraux de la psychiatrie en 2003 à Montpellier et sa suite malheureusement tragique du discours de l'ancien président de la république un jour de décembre 2008 à Antony.

Je ne peux que citer la dernière phrase de ce livre, tellement elle est juste : « le délire (est) un rempart du sujet contre son propre effondrement, (il) a beaucoup à nous dire sur la violence politique, vouloir le réduire à silence et dissoudre ses traces menace en réalité une société plus qu'elle ne la protège ».

L'Homme qui se prenait pour Napoléon. Pour une histoire politique de la folie. Laure Murat. Edition Gallimard

Isabelle Aubard