

# COLLECTIF CONTRE LA PRIVATISATION ET POUR LA DEFENSE DES HOPITAUX SUD

## NON A LA CASSE ET A LA PRIVATISATION DE SAINTE MARGUERITE ET SALVATOR !

### LES MARSEILLAIS(E)S, UNE SANTE DE FER ?

C'est du moins ce que l'on pourrait croire à la vue des hôpitaux publics qui ont été supprimés depuis une vingtaine d'années ou ne sont plus établissements de soins : Michel Lévy, l'Arbois, H.Boigny, Aérium de Montsabert, Hôtel Dieu, Maternité de la Belle de Mai. **Et maintenant, c'est au tour de Salvator et de Sainte Marguerite ....**

#### le vrai faux maintien de Sainte Marguerite

Dans le projet médical qui a servi depuis 1999 à démanteler les services de tous les établissements de l'AP-HM, les hôpitaux sud étaient condamnés à disparaître. Cette orientation générale, confirmée en 2002 par le Plan Stratégique du nouveau Directeur Général puis aujourd'hui par le Projet d'établissement, a été adoptée par la majorité du Conseil d'Administration emmenée par le Maire de Marseille son président, mais a subi quelques modifications :

On ne ferme plus Sainte Marguerite, on y maintient la psychiatrie, on y ouvre un service de gériatrie et une consultation de santé publique, **et c'est tout**. Exit cardio, urgences, pneumo, chirurgie, médecine interne, dialyse, caisson hyperbare, centre anti-poison, etc, etc ... bref, exit pratiquement la totalité d'une offre de soins normale.

Les seules raisons du maintien de cet « hôpital fantôme » ont été la peur de Jean-Claude GAUDIN des retombées électorales pour le Maire de Marseille qui aurait fait fermer Sainte Marguerite et les luttes passées qui ont eu suffisamment de notoriété pour que la population informée y fasse échec.

#### Projet médical ou comptes d'apothicaires?

Voici ce que déclarait le Pr FUENTES<sup>1</sup> dans une interview à *La Marseillaise* le 22 mai 2001 :

*« Les choses sont simples, en l'état actuel trois sites (Nord, Timone-Conception, Sud , ndr) correspondent à une dispersion de nos moyens, d'où la nécessité d'une restructuration (...) depuis des années l'Assemblée Nationale vote les enveloppes, le budget de la santé et des hôpitaux et que ce soit la droite ou la gauche qui est au gouvernement les orientations sont les mêmes. En clair on limite les moyens. »*

Parfaite illustration d'une conception qui se systématisera sous l'appellation « *vision comptable du système de santé* », à savoir, l'offre de soins n'est plus conditionnée par les besoins de la population, mais par un encadrement budgétaire.

Jusque dans les derniers documents publiés par l'AP-HM, il sera toujours rappelé que le projet médical est le socle du projet d'établissement cadré par les limites d'un budget basé sur les difficultés de gestion et pas sur l'ensemble des besoins sanitaires de la population :

*« l'AP(HM est confrontée, comme tous les CHU à de nombreuses difficultés qui induisent plusieurs conséquences sur la définition de sa stratégie dans le cadre du présent projet d'établissement. »<sup>2</sup>*

*« dans la suite logique du projet médical établi en 1999, et qui a permis la présentation du plan stratégique, le présent document prévoit l'organisation des activités médicales en pôles thématiques et pôles de référence. »<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Président de la Commission Médicale d'Etablissement de l'AP-HM, à ce titre premier responsable du Projet médical.

<sup>2</sup> Projet d'établissement 2004-2009 page 6

<sup>3</sup> -idem- page 28



Il s'agit donc de soumettre l'activité hospitalière (qui rappelons le a pour but, en principe, de soulager ou de supprimer la souffrance, on pourrait l'oublier) à des impératifs budgétaires qui n'ont rien pour rendre optimistes : pour s'inscrire dans des budgets de plus en plus insuffisants, c'est simple, on supprime un site (les hôpitaux sud), on joue sur la variable d'ajustement préférée (300 suppressions de postes d'administratifs et de médico-techniques, 40 de technicien(s) de laboratoire) et on organise des pôles où des personnels insuffisants en nombre travailleront à flux tendu (le malade n'a qu'à bien se tenir !).

### **pôles, T2A, hôpital 2007,..... qu'es aco ?**

Le plan Hôpital 2007, une invention de J.François MATTEI<sup>4</sup> reprise par ses successeurs qui vise à une totale réorganisation des hôpitaux (les pôles) et à une toute nouvelle budgétisation (la T2A ou Tarification à l'Activité).

**Les pôles :** les services traditionnels se regroupent pour les constituer, ce qui n'est pas forcément condamnable en soi si l'on s'en tient à l'efficacité thérapeutique et pourvu qu'ils soient dotés de moyens suffisants pour répondre à la totalité des besoins sanitaires.... mais il ne s'agit pas de ça : le médecin chef de pôle devient un gestionnaire qui aura un budget à ne pas dépasser. Inévitablement il aura à faire des choix comme par exemple choisir les malades qui rapportent ou réduire le plus possible son personnel (car il sera aussi DRH de son pôle). Et comme il ne pourra plus y avoir de rallonges budgétaires ... faudra bien qu'il les fasse ces choix.

**La T2A :** c'est ce qui déterminera « la valeur » d'un malade. Un tarif pour chaque maladie et sa durée de séjour est fixée à l'avance (le DG souhaite une moyenne de 72h). Il est facile de comprendre comment se feront les choix. Durées de séjours trop courtes, manque de lits, qu'arrivera-t-il au patient mis trop tôt dehors ? Une femme rentrée chez elle 48h après avoir accouché pourra dans la plupart des cas compter sur un entourage si elle fait un malaise, mais la personne isolée, les personnes âgées, les précaires dépourvus de téléphone, sans parler du SDF ? Quels moyens auront les familles ou les voisins affolés pour réagir suffisamment vite et de manière efficace ? Et s'il s'agit d'une perte de connaissance la nuit pendant le sommeil ?

Et que l'on ne nous dise pas que nous sommes des Cassandre, le quotidien *La Provence* a révélé preuve à l'appui qu'en psychiatrie cela se produisait déjà à l'AP-HM.

Cette T2A est censée s'appliquer au public comme au privé, mais c'est un leurre, il n'y a pas de comparaison possible.

Dans le public c'est « tout compris » : toute l'activité de l'hôpital est financée par le malade, depuis le grand patron jusqu'à l'électricien, en passant par le cuisinier, l'infirmière, ou encore une Radio ou une prise de sang.

Dans le privé, 10 à 15 % de l'activité est externalisée (examens biologiques, imagerie, consultation des médecins,...), les personnels sont moins nombreux, moins bien payés et souvent sous qualifiés.

La très sérieuse et très modérée FHF<sup>5</sup> elle même s'en est émue. Plus grave, la sélection par l'argent : le privé se concentre sur les seules opérations rentables et renvoie au public « les mauvais cas » mal rémunérés car ne permettant pas réellement de facturer des actes techniques lourds.

Voyez-vous mieux ou J.François MATTEI voulait en venir avec son Plan ? Lui qui a été membre d'un gouvernement obsédé par la défense des intérêts privés, comme il l'avait été dans une équipe municipale marseillaise. **Ça sent la marchandisation du système de santé à plein nez !**

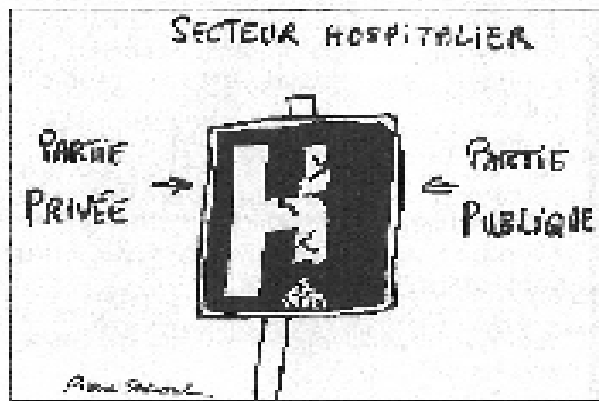
<sup>4</sup> Souvenez-vous : celui qui fait du jogging dans le var quand la France du 3ème âge se déshydrate.

<sup>5</sup> **Public, privé, l'impossible convergence 18 octobre 2005 (extrait)**

« La FHF qui représente tous les hôpitaux publics souhaite alerter l'opinion publique sur les dangers pour le service public hospitalier que fait peser la politique de convergence des tarifs publics - privés dans ses modalités actuelles. Une convergence impossible « On ne compare pas des poireaux et des carottes ». Ce principe de bon sens devrait faire réfléchir tous ceux qui clament que les cliniques privées coûtent 40% moins cher que les hôpitaux publics. Aucun élément technique ne permet aujourd'hui d'étayer cette pétition de principe. Pour bien montrer qu'il n'est pas possible de comparer ce qui n'est pas comparable la FHF a souhaité rassembler dans un document tous les éléments techniques qui montrent qu'aujourd'hui il est absurde de vouloir comparer les tarifs des hôpitaux et ceux des cliniques. Ce document développe 4 points :

- Les tarifs des hôpitaux sont des tarifs « tout compris »
- Les domaines d'activité sont trop éloignés pour être comparés
- Les missions d'intérêt général de l'hôpital public sont mal évaluées
- Les contraintes de sécurité et de qualification sont plus exigeantes pour les hôpitaux publics

La convergence de la tarification dans le public et dans le privé est donc une convergence dangereuse. Les modalités actuelles de la convergence tarifaire menacent l'hôpital public à court terme. En favorisant les cliniques privées la convergence risque en effet de faire glisser des pans entiers d'activité hospitalière vers le secteur commercial.



## L'AP-HM DANS TOUT CA ?

Ben ça va pas bien : 40M € de déficit à combler obligatoirement par des économies, 11M € de pertes en 2005 à cause de la T2A, 76 % d'endettement, des établissements vétustes, une concurrence avec un secteur privé sur-représenté, une mauvaise gestion de 1992 à 2002,...

### La proximité : cause de tous les maux ?

C'est en tout cas ce que prétendent tous les décideurs : Direction Générale, ARH<sup>6</sup>, IGAS<sup>7</sup>. Nous manquerions à Marseille d'activité de référence. Entendez par là que nos « bobos » ne les intéressent pas que seules des maladies bien catastrophiques (celles qui vous valent de passer à la télé) valent le coup.

Lorsqu'on a saisi les tenants et les aboutissants du Plan Hôpital 2007, on comprend mieux : pendant que le privé prospère, l'hôpital public, notre AP-HM sera réduite à sa portion congrue, ne coûtera pas grand chose et l'on sera fin prêts lorsque l'OMC<sup>8</sup> et la Commission Européenne obligeront à la privatisation totale du système de santé comme ils l'ont fait pour les PTT, EDF;etc...

Il est difficile de croire que tout ceci n'a pas été préparé de longue date : tous les rapports accusent la gestion catastrophique du précédent Directeur Général (IGAS, Chambre Régionale des Comptes, Plan de retour à l'équilibre financier,...) et comme sanction ce Monsieur s'est vu attribuer un poste à ... l'IGAS, il va contrôler la gestion des autres !

Et ceci dans une ville où la municipalité est championne du tout privé. Il y a dans la garde rapprochée de Jean Claude GAUDIN au moins quatre personnes qui ont, ou ont eu, intérêts liés avec des établissements de soins privés et l'industrie pharmaceutique. On imagine aisément les pressions sur l'ARH, d'autant que s'il est grillé en politique, J.F MATTEI qui n'est pas bien loin, garde de l'influence.

### Alors, ces 155 lits cédés au privé ,

On apprend maintenant que 155 lits de soins de suite et de réadaptation de Sainte Marguerite vont être cédés au privé à but lucratif ???? On ne sait pas trop quelles conventions l'AP-HM va passer avec ces établissements, mais là où ça c'est déjà fait, le privé locataire utilise à plein les équipements publics à son profit, l'hôpital public n'est même plus maître de ses moyens et se réduit à la prise en charge de malades dont le privé ne veut pas. Comment croire que c'est dans l'intérêt des usagers ?

Il est vrai que Marseille manque de lits de Soins de Suite et de Réadaptation et que bien souvent ceux qui en ont les moyens doivent aller jusqu'à Hyères pour en bénéficier. Mais pourquoi diable faire ce cadeau au privé ? L'AP-HM ne serait pas capable de gérer ça ? On se f... de qui ?

**Ces 155 lits ne peuvent être que le début de la privatisation de l'AP-HM !**

### Le GCS (groupement de coopération sanitaire)

Il s'agit d'une autre création du Plan Hôpital 2007 : une entité juridique qui a pour objet la gestion de regroupements de structures publiques et privées. Il peut être de droit public ou privé et devient l'employeur des personnels. C'est

<sup>6</sup> ARH : Agence Régionale de L'hospitalisation, celui qui donne les sous.

<sup>7</sup> IGAS : Inspection générale des affaires sociales , celui qui juge de votre gestion.

<sup>8</sup> OMC : Organisation Mondiale du Commerce qui organise la marchandisation du monde.

ce qui permet ce genre d'initiative comme à Sainte Matguerite où l'on verra bientôt des agents hospitaliers de droit public (qui ont un déroulement de carrière) de moins en moins nombreux et des agents de droit privé (qui stagneront, soumis à l'arbitraire) de plus en plus nombreux .... comme à France Télécom ou à la Poste.

Le groupement de coopération sanitaire est une structure juridique qui permet une collaboration entre établissements publics et privés à but lucratif. Ce groupement réalise et gère, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires ou des services d'imagerie médicale, ou constitue le cadre d'interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux.

La nouveauté de cette entité est de faire entrer les établissements à but lucratif dans le système de coopération qui ne concernait, jusqu'à présent, que les hôpitaux privés participant au service public. La convention est l'acte fondamental du GCS. Elle régit notamment l'utilisation conjointe des équipements lourds détenus par une seule des parties (scanners, IRM). Précision non négligeable : le GCS est une entité de droit privé, il pourra être employeur et donc embaucher des salariés de droit privé dans ce qu'il restera de l'hôpital public. L'hôpital public a la charge des équipements lourds et reçoit les malades non rentables, l'établissement privé utilise à loisir ces équipements tout en accaparant les malades qui rapportent (il va de soi que ces critères de rentabilité ne sont pas les nôtres).

## L'abandon de Salvator : un crime contre l'intelligence

Pour qui connaît le site, son abandon est en effet un véritable crime : calme, verdure, espace. Il n'aurait pas été difficile d'y faire des projets pour la psychiatrie ou pour une maison de retraite publique ou encore pour la médecine du sport, etc.. L'argument que notre DG, faisant sans doute de l'humour noir, a avancé à certains est que l'héliport étant trop bruyant, il fallait fermer Salvator pour la quiétude des riverains ??????

Il se murmure qu'il va être donné au célèbre Professeur pédopsychiatre à la radio, à la télé et dans la presse. David DOUILLET viendra peut-être y faire son jogging quand Bernadette voudra prendre l'air à deux pas de la Méditerranée.

## COMMENT EN EST- ON ARRIVE LA ?

Le choix avait été fait pendant les années 60 de diffuser une offre de soins de proximité sur tout le territoire français suivant *une logique essentiellement médicale*.

Il s'agissait aussi de satisfaire aux revendications des chefs de service pour qui la multiplication des services multipliait d'autant les possibilités de carrière. C'était la logique d'offre de soins « partout, toutes les spécialités ». Cette évolution de l'offre de soins s'organise surtout pour satisfaire les exigences de professionnels de santé alliés pour la circonstance avec les politiques locaux, sans que l'appréciation des besoins sanitaires ne soit sérieusement établie, **avec les populations concernées**.

*La logique technocratique prendra le relais*. Avec l'évolution des techniques médicales et la volonté de réduire les dépenses, s'effectue une concentration de l'offre de soins, où l'offre de soins n'est plus conditionnée par les besoins de la population, mais par un encadrement budgétaire.. On assistera au passage d'une logique d'offre de soins « partout, toutes les spécialités » à une logique de concentration de l'offre de soins conduit à une véritable organisation de l'espace, avec ses pôles, ses hiérarchies, ses réseaux, ses complémentarités. Les hôpitaux et les cliniques ont été regroupés dans une seule catégorie juridique, celle des établissements de santé (Loi du 31 juillet 1991) dont les missions et les règles de fonctionnement sont identiques. Puis, conformément à l'arrêté ministériel du 5 mai 1992, les technocrates prétendent avoir défini l'espace régional en secteurs sanitaires, à partir d'indicateurs tels que les aires d'attraction des villes et des bourgs où sont implantés les établissements hospitaliers, les bassins de naissance et d'emploi, les densités de population, le relief et l'état du réseau routier...

**Aujourd'hui, les privatisations s'accroissent avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de 3<sup>e</sup> génération qui concrétise le plan de privatisation « Hôpital 2007 », dont l'objectif affiché est de favoriser les « complémentarités et les synergies » entre l'hôpital public, les cliniques privées, la médecine libérale et le tissu associatif.**

## C'est descendu jusqu'à Marseille

Conformément au plan stratégique, et au projet d'établissement adopté en décembre 2003, l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille a lancé un programme de « modernisation et de restructuration » de ses différents établissements : la mise à niveau des bâtiments et d'extension de certaines structures est prévu à très court terme (Mise en conformité des Bâtiments du site Nord, regroupement des blocs et des réanimations de la Timone, maternité de niveau III du secteur centre). Débutant en 2003, ce projet il doit être achevé en 2006. Ces chantiers conduisent à la fermeture de nombreux services d'ici à 2009 avec une privatisation et une concentration de l'offre de soins publique autour de pôles.

Pour l'heure, c'est la crise financière qui étrangle l'hôpital C'est ainsi que l'on a expliqué au conseil d'administration de l'APHM que le plan stratégique répond à la nécessité de s'adapter au projet médical territorial qui exige la mutualisation des moyens

(en particulier des plateaux techniques) inscrite dans l'ordonnance de septembre 2003. Mutualité de la logique et 6 pôles thématiques.

Une base logistique pour la réception et la diffusion des matériels et équipements vers les hôpitaux et la production en restauration et en blanchisserie est prévue dans une zone dont la desserte routière sera facilitée. Cette centralisation des fonctions logistiques de l'AP-HM concerne : la restauration, blanchisserie, l'imprimerie, les magasins centraux, le garage central, l'organisation de la stérilisation et l'approvisionnement pharmaceutique. Cette centralisation est destinée à optimiser les coûts de gestion et à permettre un gain de productivité indispensable pour le développement de l'établissement<sup>9</sup>. En parallèle la gestion informatique, logistique et financière devra également être entièrement modifiée pour permettre, là encore, des gains de productivité en diminuant « considérablement » les coûts de production du secteur. Des postes devraient être redéployés en liaison avec la montée en charge des nouvelles infrastructures. Qu'en est-t-il des conditions de travail du personnel et de la concentration du risque sanitaire et de la confidentialité des données médicales ?

## **La crise délibérément provoquée de l'hôpital public appliquée aux hôpitaux sud**

Le secteur sud est en train de vivre un véritable dépeçage. La cardiologie part à la Timone. Les Laboratoires sont sur la corde raide. Le patient n'a qu'à aller faire ses analyses dans le secteur ambulatoire, en ville. Ces regroupements auront pour corollaire une diminution globale de l'accueil de proximité. Les regroupements favoriseront le développement des cliniques privées.

Les pôles n'ont servi qu'à entériner la perte de moyens par des restructurations réduisant les capacités d'hospitalisation. Répondre à la totalité des besoins sanitaires de la population n'est plus l'objectif, le médecin chef de pôle devient un gestionnaire qui se doit de cadrer son activité dans la réalisation d'un bilan prévisionnel auparavant autorisé par l'ARH. La tarification à l'activité amènera inévitablement l'obligation de choisir les malades, c'est la fin de l'hôpital public recevant tous ceux qui en ont besoin, quelle que soit leur situation administrative. Dehors les pauvres !

Le personnel est menacé, comme l'ont été les agents de la blanchisserie de l'hôpital de Nice, les soignants de l'hôpital de la Seyne, ou du centre de transfusion sanguine et comme le sont les 400 grévistes menacés de suppression de leur poste à l'APHP. Personnels exaspérés, fatigués, pénuries d'infirmières, d'aides soignantes : ne vous étonnez pas si la qualité des soins baisse, si le risque d'un accident médical soit au plus haut : c'est une conséquence directe de la politique libérale mise en oeuvre systématiquement par ce gouvernement, dans le cadre de la politique européenne de privatisation des services de santé, négociée ces jours-ci à Hong Kong.

Le contexte est toujours le même. La tutelle commence par organiser la crise avec la tarification à l'activité : l'hôpital public à Marseille en faillite ! 40 millions d'euros manquent pour boucler le budget 2005 de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. Les départs à la retraite ne seront pas renouvelés de sorte que 300 emplois administratifs et médico-techniques sont de fait supprimés. Pendant ce temps, les lits sont concédés aux opérateurs privés... Le directeur général a beau demander des ressources à l'Etat. 40 millions d'euros, dans le cadre d'un "plan de retour à l'équilibre".

Une condition est posée par la tutelle : supprimer des emplois, pour faire de nouvelles économies.

## **CONCLUSION**

Dans le projet médical qui a servi depuis 1999 à démanteler les services de tous les établissements de l'AP-HM, les hôpitaux sud étaient condamnés à disparaître.

La reconfiguration de l'offre sanitaire est une opération délicate, qui passe par des jeux d'acteurs complexes, des conflits et des constructions de compromis longuement préparées entre des usagers qui souhaitent toujours plus d'efficacité dans la prise en charge de leurs besoins de soins hospitaliers, les salariés et des élus locaux qui défendent leur emploi et l'attractivité de leur ville et des technocrates qui imposent des restrictions de moyens.

La première des difficultés est d'établir un diagnostic partagé afin de bien poser les besoins tels que ressentis par la

<sup>9</sup> Guy Vallet, le nouveau directeur général de l'assistance publique a sonné l'alarme il y a quelques mois. En faisant les comptes de l'aphm (assistance publique des hôpitaux de Marseille), il s'est aperçu qu'il y avait près de 1.5 millions d'euros qui disparaissaient chaque année au niveau des repas. Stupéfait, il a fait surveiller la chaîne d'approvisionnement des repas. C'est alors qu'il a remarqué les va et viens de véhicules inconnus aux abords des cantines. L'APHM a tout de suite porté plainte. L'enquête en cours révèle que près de 18% des commandes et jusqu'à 25% pour la Timone étaient détournées. Cette arnaque reposerait sur près d'1,5 millions d'euros par an. A l'heure d'aujourd'hui plusieurs questions sont en suspens... Qui organisait ce détournement? A qui était revendue ou destinée cette marchandise ? On se demande aussi comment une telle somme a pu rester dans l'oubli du dernier directeur général de l'aphm; surtout quand l'on sait que le budget des hôpitaux publics est étudié à la loupe jusqu'au dernier euro. C'est toutes ces questions que devra révéler l'enquête.

population dans son milieu de vie. Il faudrait donc que l'ARH s'attache à réaliser un diagnostic communautaire pour définir avec la population les principaux problèmes de santé auxquels sont soumis les individus d'une population donnée. Les problèmes doivent être identifiés comme une priorité aux yeux des personnels de santé et aux membres de la société.

Bien sûr, on vous dira que c'est le cas, que les autorités sanitaires animent des conférences de territoires (niveau II) avec les représentants des établissements de santé, des professionnels libéraux, des élus et des usagers, et élaborent un projet médical de territoire (niveau II) avec les professionnels, à partir d'un diagnostic partagé sur les besoins de santé. Des « Concertations institutionnelles », élus et usagers (2<sup>ème</sup> trimestre 2004) ont été prétendument réalisées. Mais avez-vous pu participer à cette concertation ? En réalité, ce sont surtout les praticiens en médecine, et notamment les spécialistes qui sont écoutés par les autorités sanitaires.

En pratique, les autorités évaluent les besoins sanitaires sont définis dans le cadre de réunions réservées à quelques spécialistes (Médecins conseils, représentants de la médecine libérale, agents de direction de la sécurité sociale, représentants des établissements hospitaliers, ..). Ces derniers évaluent les besoins en comparant l'offre existante à des moyennes « de référence ». Des autorisations sont ensuite délivrées par le directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation pour l'exercice de 18 activités de soins et l'installation de 5 équipements lourds. Le renouvellement des autorisations est implicitement acquis aux titulaires, mais dans le cadre d'une opération de recomposition, l'ARH peut modifier les durées de validité d'une autorisation, après avis du CROS (Article L6122-8 CSP).

La méthode employée est la moins démocratique du monde. Les experts se sont rencontrés entre eux afin de « mutualiser les différentes approches des territoires (avril/mai 2003) et définir à chaque niveau de territoire, un ensemble de services de santé « disponible et accessible » à la population résidente : des territoires de proximité, des territoires de recours, des niveaux régional et interrégional. Validés par la Commission exécutive de l'ARH du 18 novembre 2003, le projet a été présenté aux Préfets de région et de départements en janvier 2004, puis aux professionnels au 1<sup>er</sup> trimestre 2004). Ces derniers ne se sont d'ailleurs pas privés d'exercer un lobbying intense

Nous dénonçons cette démarche autoritaire, technocratique et sensible aux intérêts de quelques « gros poissons » qui est imposée, après une concertation tronquée, minimale. Elle répond davantage aux intérêts des puissants lobbies que représentent les cliniques privées qu'aux besoins de la population.

De là de nombreuses opérations de restructuration, de la fermeture au transfert d'activité, en passant par le soutien au fonctionnement, la fusion d'établissements, la création de communautés d'établissements, de groupements coopératifs, la reconversion de certaines activités ou le soutien au fonctionnement s'adresse en particulier à des services ayant un faible niveau d'activité<sup>10</sup>.

**Aucun(e) marseillais(e) n'a réellement connaissance de ces projets qui vont engager leur vie et celle de leurs proches, il faut les informer et les consulter !**

**Il faut un moratoire sur les restructurations de l'AP-HM et un véritable débat public sur les besoins sanitaires de Marseille et de PACA !**

**A l'issue de ce débat la population doit être consultée !**

Marseille le 10 janvier 2006

---

<sup>10</sup> Le soutien au fonctionnement consiste en une mise sous surveillance, avant réorganisation et répartition des services de maternité et de chirurgie. C'est ainsi que par exemple l'hôpital de Pertuis a signé des conventions avec le centre hospitalier d'Aix-en-Provence dans le domaine de l'hémovigilance, de l'information médicale, de la stérilisation, du laboratoire notamment en ce qui concerne l'anatomopathologie, de l'intervention de spécialistes en anesthésiologie, du fonctionnement du service des urgences. Une convention signée avec le CHS de Montperrin à Aix-en-Provence assure la présence hebdomadaire d'un psychiatre sur l'établissement. Une convention avec l'inter-CLIN de Vaucluse basé au CH d'Avignon fournit la prestation du médecin hygiéniste.

# LE PRIVE A BUT LUCRATIF NE PEUT PAS PARTICIPER AU SERVICE PUBLIC.

Lorsqu'en 2003 il a présenté son Plan Hôpital 2007, Jean-François MATTEI<sup>11</sup> n'a pas eu de mots assez forts pour louer la gestion du privé « performante, efficace, innovante » et pour dénigrer le secteur public « lourd, figé, gouffre financier ». Tout à sa logique, il a tiré un trait sur l'organisation sanitaire du pays et y a intégré le privé :

*« Ce qui importe à nos concitoyens, c'est d'être pris en charge de façon médicalement adaptée et humainement chaleureux dans un environnement de qualité beaucoup plus que la nature juridique de l'établissement d'accueil. »*<sup>12</sup>

*« les établissements privés ne participant pas au service public hospitalier pourront être admis à la communauté d'établissements de santé d'un secteur sanitaire(...) ils contribuent tous à l'offre de soins dans le secteur considéré. »*<sup>13</sup>

Passant aussitôt des paroles aux actes, le ministre attribua aux établissements privés à but lucratif une partie des crédits du Plan Hôpital 2007 qu'il venait de débloquer pour les investissements. **Ce qui constitua une première dans le secteur sanitaire : de l'argent public donné à des établissements privés sans que ceux-ci le réclament et sans qu'ils aient été en difficulté !**

## A propos de la « saine gestion » du privé...

Ici à Marseille, il sera difficile de nous faire croire que la gestion du privé à but lucratif est si merveilleuse : combien de fois les cliniques *la résidence du parc* et *clairval*<sup>14</sup> ont elles été en crise ? On ne les compte plus. Et pourtant, on ne peut pas dire que le privé ne bénéficie pas de soutien : rappelons-nous, il y a peu lorsque l'hôpital public d'Allauch et la clinique *la casamance* étaient en concurrence pour se voir attribuer l'autorisation d'implanter une IRM pour Marseille Est, c'est *la casamance* qui l'obtint.

L'amour que J.F MATTEI porte au privé à but lucratif est tel qu'il ne supporte même plus l'ombre que peut lui faire le privé à but non lucratif : aujourd'hui, président de la Croix-Rouge, il fait fermer la Clinique du Camas que cette institution gère depuis des lustres et qui est totalement intégrée à la vie du quartier.

## Le moteur du privé : le profit...

Pour un actionnaire quel qu'il soit, dans quelque domaine que ce soit (commerce, industrie, transports, services, éducation, santé, etc...) il n'y a, et il ne peut y

avoir qu'un credo : son investissement doit lui rapporter, et lui rapporter le plus gros possible. Depuis peu, les sociétés gestionnaires des établissements privés ont fait leur entrée en bourse, **la santé est officiellement mise sur le marché.**

Et il ne faut pas croire que parce qu'on est dans le domaine de la santé les motivations soient différentes : l'Afrique crève du SIDA parce que les laboratoires pharmaceutiques ne veulent rien céder sur le prix des tri-thérapies, et pour que quelques pays du tiers-monde obtiennent le droit de fabriquer des génériques, on assiste à des marchandages odieux à l'OMC.

Il est notoire qu'en matière de médicaments la recherche privée ne travaille que sur ce qui peut rapporter. Pour les maladies peu répandues ou pour les pays pauvres, on ne peut compter que sur la charité publique (Téléthon et autres).

Aussi les cliniques privées à but lucratif ne vont pas choisir leur activité en fonction des besoins sanitaires là où l'offre publique est défailante, mais en fonction de ce qu'elle peut leur rapporter. Et elles s'en trouvent confortées par la tarification à l'activité.

Pas question bien sûr de secourir quelqu'un qui n'aurait pas ses droits sécurité sociale à jour ou dont l'apparence nuirait à l'image *clean* de l'établissement.

## Les dérives du privé...

la grève des infirmières de blocs opératoires il y a 3 ans avait mis en évidence certaines dérives dans la gestion des personnels du privé (on a trouvé des chirurgiens assistés par un jardinier ou une secrétaire pendant leurs interventions).

Faute de personnels qualifiés et pour un plus grand profit certains de ces établissements n'hésitent pas à recourir à des non qualifiés (élèves infirmières, gardes malades) et les glissements de tâches sont monnaie courante (aides-soignantes pratiquant les soins infirmiers quand ce n'est pas l'agent de service).

**Le privé à but lucratif ne peut pas, ne doit pas faire partie de la planification de l'offre de soins. Fermer les hôpitaux sud revient à livrer 300 000 marseillais à cet arbitraire pour l'indispensable hospitalisation de proximité !**

<sup>11</sup> Alors ministre de la Santé, débarqué pour son attitude désinvolte pendant la canicule.

<sup>12</sup> J.F MATTEI présentation des mesures Plan Hôpital 2007.

<sup>13</sup> -idem-

<sup>14</sup> Devenus de véritables petits CHU au fil des autorisations.

# ***Le collectif contre la privatisation et pour la défense des hôpitaux sud***

**créé le 24 novembre 2005**

**rassemble tous ceux et celles qui refusent ces projets néfastes,**

**il est composé d'individus et d'organisations décidés à les faire échouer au profit d'un véritable plan de reconstruction de l'offre de soins publique, performante, de proximité et accueillante, sur les quartiers sud et sur Marseille**

**il appelle tous ceux et celles qui veulent y participer à entrer en résistance en le rejoignant quelles que soient leurs convictions par ailleurs !**

Font partie du collectif au 7 janvier 2006 :

syndicat CGT des hôpitaux sud et de l'AP-HM  
syndicat SUD des hôpitaux sud et de l'AP-HM  
PCF  
Les Verts

LCR  
Rouges Vifs  
ATTAC  
Administrateurs CGT et PCF de l'AP-HM  
Ass. « Vivent les Services Publics »  
Ass. « Santé pour Tous »  
Ass. « Loisirs Solidarité Retraités »  
Ass. « Le Rouet à coeur ouvert »  
retraités CGT de l'AP-HM  
retraités SUD santé-sociaux de l'AP-HM

Apportent leur soutien au collectif :

UD CGT des Bouches du Rhône  
Union Syndicale SOLIDAIRES 13  
UL CGT de Mazargues  
syndicat SUD Rail  
syndicat SUP Solidaires (RTM)  
syndicat départ. SUD santé-sociaux 13

**Pour contacter le Collectif :**

**Jean-Marie DOUVILLE CGT Hôpitaux sud : ☎ 04 91 74 47 56**

**Gérard AVENA SUD santé Hôpitaux sud : ☎ 06 76 47 28 39**



