Shëndeti publik dhe mjedisi Spitalet e Marsejliut përballë krizës ekologjike

Një nga misionet thelbësore që i jep vetes Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (APHM) është reduktimi i pabarazive në shëndet dhe në aksesin në kujdes, duke përfshirë parandalimin, edukimin dhe mbështetje ndaj sëmundjes. Konteksti marsejlez kërkon zhvillimin e mekanizmave të jashtëzakonshëm të lidhura me varfërinë: migrantë që jetojnë në rrugë ose në strehim, të mitur të pa shoqëruar, gra në pasiguri, përdorues droge...

#1 Ndikimet direkte dhe indirekte të krizës ekologjike mbi çështjet e shëndetit

Krizë ekologjike është një nga shkaqet direkte ose indirekte të këtyre situatave sanitare të vështira: kushte jetese të përkeqësuara, sidomos për shkak të ndryshimeve klimatike që ndikojnë në kushtet e jetesës, të habitatit, lëvizjeve ose shpresës së jetës; probleme pneumologjike në lidhje me evoluimet e ajrit në qytetet e mëdha...; ose drejtpërdrejt me shfaqjen e sëmundjeve të reja ose të migrimeve të sëmundjeve vektoriale.

Këto kushte nxisin një përgjegjësi të shtuar të shërbimit publik të shëndetit, i cili duhet të përshtatet për të kufizuar ndikimin e spitalit mbi mjedisin e tij; dhe të

hapet duke punuar në përputhje me botën asociative, botën liberale, me mjekësinë e parë, për shembull në trajtimin e aftësisë së kufizuar ose të psikiatrisë në rrugë. Dhe të hapë qendra shëndetësore në lagjet ku nuk ka asgjë...

Në përputhje me misionet dhe vlerat e 18,000 profesionistëve të saj, APHM mbështet projektin e krijimit të një anije-spitali që do të shërbejë jo vetëm për shpëtimin dhe kujdesin e të mbijetuarve në Mesdhe, por edhe për mbështetje deri në transportin në tokë në një vend të sigurt.

Bernard Mossé : Ne do të diskutojmë së bashku mbi çështjen e ndikimeve të krizës ekologjike mbi shëndetin. A mund të na jepni një pasqyrë të përgjithshme, duke parë problemet që keni përballur në misionet tuaja të drejtimit të Hôpitaux de Marseille?

François Crémieux : Përballë një pyetjeje kaq të gjerë, do të ndaja ndikimet indirekte dhe ndikimet direkte. Ka një ndikim të rëndësishëm të ndryshimeve klimatike si mbi kushtet e jetesës që varen nga shëndeti i mirë të popullsive ashtu edhe mbi sëmundjet që lidhen drejtpërdrejt me mjedisin.

Ndikimi i parë është **ndikimi indirekt** i krizës ekologjike mbi shëndetin. E vërejmë në ngjarjet e mëdha klimatike që kanë një ndikim mbi bashkëjetesën, mbi lëvizjet, edukimin, organizimin e qyteteve, etj. Kriza ekologjike ndikon në faktorët e shëndetit si demografia, shpresa e jetës, kushtet e edukimit, dhe sidomos mbi lëvizjet, për të cilat do të flas më vonë. Pra, vërejtja e parë, pa lidhje të drejtpërdrejtë me kujdesin e ofruar nga Assistance publique, është se kriza ekologjike ka një ndikim të rëndësishëm mbi kushtet e jetesës. Dhe kështu mbi ndërveprimin mes hapësirave të ndryshme të mëdha në shkallë globale.

Dhe pastaj ekzistojnë ndikime që shkojnë më tej dhe që janë **ndikime direkte** mbi sëmundjet dhe mbi gjithçka që ne e quajmë « shëndet mjedisor ». Veçanërisht shoh shfaqjen e sëmundjeve të reja që lidhen me ndryshimet klimatike, ose zhvendosjen e sëmundjeve që historikisht ishin të kufizuara në disa rajone të botës dhe që sot janë duke u zhvendosur. Sidomos, sëmundjet e transmetuara nga vektorët. Për shembull, sëmundje të transmetuara nga mushkonjat që deri tani ishin të rezervuara për zona tropikale dhe që po zhvendosen në rajonet tona për shkak të ndryshimeve klimatike.

Për ta përmbledhur, një ndikim i parë mbi popullatat dhe një i dytë mbi sëmundjet. Kjo është përgjigjja ime paksa e përgjithshme ndaj një pyetjeje që është po aq e tillë.

Bernard Mossé : A është një ndikim që e ndjeni tashmë konkretisht në spitalet e APHM?

Émilie Garrido-Pradalié : Po, sigurisht, ka shembuj konkretë të ndryshimeve në trajtim, sidomos në shërbimet e pneumologjisë të spitalit Nord ku zhvillohen njëkohësisht analiza të reja mbi shëndetin, dhe veprime më të orientuara drejt parandalimit, mbi ekspozimin e njerëzve ndaj kontekseve të rrezikshme: qoftë

në lidhje me habitatin, mjedisin profesional, ose me evoluimet e ajrit në qytetet e mëdha si Marseille...

Bernard Mossé : A dëshironi të flisni për alergjitë ose episodet e valëve të nxehtësisë? A keni matur rritjen e këtyre rasteve në spitalet?

Émilie Garrido-Pradalié : Pra, si një mesdhetare e mirë, do të thosha se çështja e nxehtësisë dhe e valëve të nxehtësisë nuk trajtohet nga popullatat në të njëjtën mënyrë kudo në Francë, ashtu si dhe rreth Mesdheut.

François Crémieux : Për të shkuar në të njëjtin drejtim, është e qartë se vala e nxehtësisë e vitit 2003 ishte një rast i vetëdijes massive në veri të Francës për papërshtatshmërinë tonë si në kushtet e jetesës ashtu edhe në trajtimin e pacientëve: vala e nxehtësisë kryesisht vrau njerëz të moshuar në veri të Francës, një sektor gjeografik që nuk ishte mësuar të trajtonte këta njerëz që vetë nuk ishin edukuar për menaxhimin e nxehtësisë. Jug i Francës, i cili sigurisht nuk u kursye, megjithatë pati ndjeshëm më pak vdekje. Dhe ne shohim se, që nga episodet e nxehtësisë, sot jemi, si në planin e formimit të profesionistëve, të formimit të ndihmësve, të formimit të pacientëve vetë dhe të afërmve të tyre, shumë më të aftë ndoshta për të përballuar kulmet e temperaturës sesa ishim 20 vjet më parë. Ishte gjithsesi 20 vjet më parë, jo vërtet dje! Dhe kështu, po, ndjejmë se ka pasur një vetëdije dhe një përshtatje.

Por elementi tjetër i rëndësishëm për t'u theksuar në lidhje me ndikimin mjedisor është se, deri tani, çështja e lidhjes mes mjedisit, kushteve të jetesës dhe kushteve të shëndetit, është perceptuar në përgjithësi si e rezervuar për popullatat në situata të jashtëzakonshme dhe të pafavorshme. Për shembull, për ata që jetojnë në kushte strehimi ose pune veçanërisht të degraduara. Të gjithë janë të vetëdijshëm prej shumë kohësh se të punosh në kushte të temperaturave ekstreme, të nxehta ose të ftohta, është një burim rreziku. Por megjithatë kishte idenë se në përgjithësi, kjo i përkiste popullatave të kufizuara, të synuara, dhe se nëse vepronim në nivel lokal, mund të zgjidhnim problemin. Ne kemi vënë re së fundmi se nuk është kështu, se ndikimi i mjedisit mbi shëndetin tonë i përket të gjithëve dhe jo domosdoshmërisht në të njëjtën mënyrë. Mendoj se ka një vetëdije se kushtet në të cilat jemi të akomoduar, në të cilat jemi të edukuar, në të cilat jemi të transportuar, në të cilat jemi të trajtuar, të gjitha këto kanë një ndikim të përgjithshëm mbi shëndetin tonë. Kjo është pasojë e shfaqjes së konceptit të **« *One Health* »**, të **shëndetit të vetëm**; vetëdija se jetojmë në një « ekosistem », për të marrë një fjalë në modë, që bën që shëndeti ynë është gjithashtu të paktën po aq i varur nga mjedisi në të cilin jetojmë sa nga ajo që mund të bëjmë vetë.

BM : Në këtë kontekst, në lidhje me valën e nxehtësisë, por mund ta zgjasim në fusha të tjera si menaxhimi i ujit, a nuk mendoni se vendet e Veriut kanë shumë për të mësuar nga sjelljet e vendeve të Jugut, sepse ato janë mësuar prej shumë kohësh me çështjen e stresit hidrik dhe të nxehtësisë?

F.C. : Mendoj se në përgjithësi, ka dy fakte që shpjegojnë atë që sapo thatë. Së pari, ndodh që Jugun e ka përballur prej kohësh me sfida të rrepta mjedisore, edhe nëse të gjithë jemi jug i një tjetri; por në përgjithësi Jugun ka zhvilluar strategji rreth lidhjes me natyrën, qoftë në lidhje me ujitjen, menaxhimin e nxehtësisë, diellit, erës, ftohtësisë, rërës, etj. Dhe kështu, në të vërtetë, ka për të mësuar nga vendet e Jugut sepse ata kanë këtë përvojë të përballjes me vështirësitë mjedisore.

Arsyeja e dytë për të cilën kemi për të mësuar nga Jugun është se Veriut ka kompensuar në masë të madhe me pasurinë e tij: me ajrin e kondicionuar verës, ngrohjen dimrit, dhe medikamentet. Dhe kështu, a kemi shumë për të mësuar nga Jugun? Ndoshta, por ne gjithashtu kemi shumë për të transferuar në Jug atë që ka lejuar zhvillimin e Veriut, sidomos në terma të infrastrukturës, pajisjeve, teknologjisë, shkencës, etj.

Kjo shpërndarje më e mirë e zhvillimit është aq më e nevojshme sot sa jemi gjithnjë e më të ndërlidhur, sidomos në lidhje me shëndetin.

.

#2 Zgjerimi i nocionit të « shëndetit » dhe rreziqet që ai përmban

Bernard Mossé : Më duket, duke ju dëgjuar, përfshirë në shkëmbimet tona të mëparshme, veçanërisht mbi çështjen e vëmendjes ndaj më të pambrojturve, se nocioni i shëndetit ka marrë një zgjerim shumë të gjerë në 3 ose 4 dekadat e fundit. Që, pa dyshim në vazhdim të punimeve të filozofit Georges Canguilhem, shëndeti nuk mund të përcaktohet vetëm nga mungesa e sëmundjes. Për shembull, ajo që quhet sot shëndeti në punë shkon shumë përtej asaj që kuptohej para 30 vjetësh.

François Crémieux : Po, është e vërtetë. Dhe është njëherësh një fitore dhe një rrezik.

Nga njëra anë, është një fitore që është pjesërisht e lidhur me faktin se OBSH (Organizata Botërore e Shëndetësisë) përsërit me insistim se **shëndeti është një « gjendje e mirëqenies fizike, mendore dhe sociale »**, dhe « nuk përbëhet vetëm nga mungesa e sëmundjes ose e paaftësisë ». Me një konceptim në të vërtetë shumë më të përgjithshëm, pothuajse filozofik, dhe përfundimisht pothuajse të paarritshëm, të asaj që është shëndeti i mirë. Pra, kjo është fitore e këtij koncepti dhe mendoj se është një lajm i mirë.

E dyta, është një rrezik i vërtetë. E shohim sot në psikiatri, ku zgjerimi i **nocionit të sëmundjes psikike ka kaluar nga psikiatria në shëndetin mendor, dhe nga shëndeti mendor në mirëqenie**, me rafte librarish që janë mbushur me libra rreth çështjes së mirëqenies, që përfundojnë duke na bërë të harrojmë se

ndërmjet mirëqenies dhe skizofrenisë, ka një gjendje që nuk është qartë e njëjtë.

Pra, mendoj se është një fitore e bukur që të aspironi që ajo që ne jetojmë të mos jetë vetëm në mungesë të sëmundjes, por për shembull në mungesë të varësisë kur plaket, në mungesë të stresit në punë, kur përndryshe jemi në shëndet somatik të mirë. Është një rrezik përfshirë në terma të politikave publike. Ne ri-orientojmë mjetet përfundimisht jo drejt solidaritetit midis të sëmurëve dhe të shëndoshëve, por në një lloj shpërndarjeje të mjeteve ndaj të gjithëve, përfshirë të shëndoshët, dhe me ndoshta rrezikun e një humbjeje të solidaritetit me ata që janë vërtet të sëmurë. Mendoj se psikiatria sot e ngre qartë këtë pyetje. Përsëri, ana pozitive e konceptimit më të gjerë të shëndetit mendor drejt një gjendjeje të mirëqenies dhe jo thjesht të vuajtjes psikike dhe somatike të sëmundjeve psikiatrike të rënda, është njëherësh fitore e një konceptimi të bukur të gjerë dhe holistik të shëndetit njerëzor, por është gjithashtu rreziku i humbjes së vëmendjes dhe solidaritetit ndaj atyre që sëmundja e tyre është një pengesë dhe një vuajtje e fortë.

BM : Një nga pasojat e këtij zgjerimi të nocionit të shëndetit është a është të bëhet që e gjithë pesha e ngarkesës të bjerë mbi sistemin e shëndetësisë atje ku çështjet duhet të trajtohen më globalisht nga politika dhe struktura të tjera, ekonomike dhe sociale? Po bëj një paralel me çështjet e edukatës që lidhen shumë përtej Shkollës.

F.C. : Mendoj se ka dy rreziqe.

E para, është në të vërtetë të gjitha të mbështeten në botën e shëndetësisë në terma të politikave publike, por gjithashtu të formimit, mjeteve, kompetencave, etj.

Por ka gjithashtu rrezikun e devijimit të botës së shëndetësisë drejt këtyre temave. Siç është në psikiatri, një nga vështirësitë sot është të qëndrosh fort në bazat, nëse mund ta themi, të paktën në përkujdesjen për ata persona të cilëve shëndeti mendor është në një gjendje aq të degraduar sa bëhet një vuajtje invaliduese: përkujdesja për skizofreninë kur ajo është në fazën akute, për ata persona që kanë bërë përpjekje për vetëvrasje, etj. Dhe të mos lejohet që të devijojmë shumë nga çështja e mirëqenies.

Ka një rrezik të vogël nga njëra anë për të mbështetur shumë botën e shëndetësisë dhe për shembull për të hequr përgjegjësinë nga bota e Edukimit mbi çështjet edukative; nga ana tjetër për të demobilizuar botën e shëndetësisë mbi çështjet e saj kryesore. Është përsëri njëherë për të gjetur ekuilibrin midis një vizioni të gjerë të shëndetit dhe përkujdesjes efektive për patologjitë që shkaktojnë vuajtjet më të mëdha.

B.M. : Kërkimi i këtij ekuilibri është ndoshta gjithashtu një nga çështjet e shëndetit mjedisor?

F.C. : Në mënyrë mjaft të saktë, interesi në rritje për çështjet e **shëndetit mjedisor** që dalin nga thelbi i spitalit na çon mjaft logjikisht -shkon në drejtimin e pyetjes suaj- për të **dalë nga spitali**. Sepse në fakt, sa herë që flasim për shëndetin në lidhje me mjedisin, ne menjëherë detyrohemi të dalim, qoftë për të interesuar në ndikimin e spitalit vetë në mjedisin e tij ose për ndikimin e kujdesit. Duhet të shmangim sëmundjen duke u përshtatur më mirë me mjedisin. Pra, po, keni të drejtë për faktin se shëndeti mjedisor gjithashtu mban në mënyrë të brendshme, si shëndeti mendor, këtë nevojë për të zgjeruar fushën e tij përtej botës së kujdesit dhe profesionistëve të shëndetësisë.

BM : Përveç çështjes së parandalimit, ky zgjerim i nocionit të shëndetit nuk nënkupton -është një debat i vjetër- një përgjegjësim të shtuar të të sëmurëve vetë në trajtime?

F.C. : Po, mbetet një çështje për arsye që nuk janë drejtpërdrejt të lidhura me shkëmbimin që po bëjmë, por me faktin se shumica e të sëmurëve sot janë të prekur nga sëmundje kronike dhe që do të jetojnë sa më mirë dhe sa më gjatë të jetë e mundur me këtë sëmundje. Dhe që nga momenti që sëmundja nuk është më vetëm një fazë akute që çon në vdekje.

Derisa, deri së fundmi, kishte në përgjithësi, persona të sëmurë për të cilët ishim të shqetësuar dhe që rrezikonin të vdisnin, por që nuk ishin të paaftë. Dhe persona të paaftë, veçanërisht paaftësia nga lufta dhe paaftësia fizike, por që nuk ishin të sëmurë. Sot, ka një lloj kontinuiteti ndërmjet paaftësisë, sëmundjes dhe gjendjes së plotë të mirëqenies, deri në atë pikë sa mund të jesh në një gjendje mirëqenieje duke qenë i paaftë dhe/ose i sëmurë, duke arritur të kompensosh sëmundjen ose paaftësinë dhe të jetosh plotësisht të lumtur me të. Dhe kështu, po, çështja e autonomisë, dhe në një farë mase e vetë-mjekimit, e asaj që ne e quajmë nga spitali « të sëmurët », por që janë gjithashtu prindër, qytetarë, punonjës, aktivistë shoqërorë, pensionistë, etj., është bërë një çështje kryesore. Jo se ata gjithmonë kanë një njohuri shkencore të sëmundjes së tyre dhe të farmacisë për t'u vetë-arsimuar, por në çdo rast, që ata të mund të fitojnë autonomi përballë kronikës së sëmundjeve në mënyrë që të mos varen përjetësisht nga vizita javore te mjeku për të ditur nëse duhet të marrin 1 ose 3 tableta. Në anën tjetër, e shohim gjithashtu rrezikun e autonomizimit dhe të përgjegjësimit, që mund të përfundojë duke qenë e rëndë për t'u mbajtur në terma të ngarkesës mendore për persona që janë tashmë shumë të angazhuar si prindër, punonjës, etj.

Nga këndvështrimi i spitalit, ekuilibri sot është shumë i paqëndrueshëm, sipas sëmundjeve, sipas sjelljes së kujdestarëve... Qartazi, ndonjëherë jemi shumë të pranishëm, ndonjëherë jo mjaft. Sapo dëgjova në këtë moment prezantimin e një aktivisti të angazhuar në AFM Téléthon (Asociacioni francez kundër miopive): kur jemi prindër të fëmijëve të paaftë me paaftësi të rënda, çështja nuk është të jemi edhe më të përgjegjshëm se ç'jemi tashmë në një botë që në përgjithësi ju

ndihmon pak për të jetuar me një fëmijë shumë të paaftë. Dhe kështu, këtu jemi në një tepër përgjegjësues për shkak të mungesës së politikave publike, të mbështetjes së mjeteve shoqërore. Në anën tjetër, në shumë fusha të tjera, ndoshta, ne lëmë mjaft pak liri për pacientët. Kur për shembull në fushën e nefrologjisë, ne imponojmë në mënyrë të tepruar dializa, përveçse ndonjëherë ofrojmë metoda që lënë më shumë liri: aty jemi përkundrazi në mungesë të autonomisë.

Këtu, siç e shohim në shumë fusha të tjera, doza për të gjetur është delikate për të siguruar maksimumin e autonomisë për pacientët në lidhje me çdo gjendje shëndetësore dhe kontekstin e jetës së secilit prej tyre.

#3 Partneritetet lokale

Bernard Mossé : Në të gjitha temat që sapo diskutuam, a mund të nxirrni specifika të veçanta për rajonin mesdhetar, ose që do ta bënte, siç thuhet për probleme të tjera mjedisore, « një laborator për botën » ?

François Crémieux : Do të ishte joshëse ta mendojmë këtë, kur jemi vetë mesdhetarë, që jetojmë në Marsejë dhe që jemi madje përgjegjës për spitalet e Marsejës. Por ndoshta ka shumë rajone të tjera gjithashtu interesante për t'u studiuar në këtë fushë.

Vërejtja ime e parë është se jemi në prag të një ambienti që e perceptojmë, besoj, si të brishtë dhe kështu na kthen në brishtësinë tonë. Kushdo që është interesuar për historinë e Mesdheut e sheh qartë se ka pasur periudha të brishtë të këtij ekosistemi, me periudha kur ai është mbyllur shumë ose përkundrazi është zhvilluar, ku ka humbur një pjesë të madhe të ujërave të tij... Pra, është joshëse ta mendojmë këtë.

E dyta, kur udhëtojmë pak, ka shumë vende në botë ku mjedisi gjithashtu na shqetëson, qoftë në ekosistemet malore që janë në rrezik të madh për shkak të transformimeve të mëdha, në bregdetet e deteve të zhdukura ose në shkretëtira që po hanë gradualisht hapësira urbane....

Mendoj se do të ishte e papërgjegjshme të mos shohim se Mesdheu na shqetëson, por mendoj se na shqetëson në të njëjtën mënyrë si ekosistemet e tjera të banuara.

Vërejtja ime e fundit është se Mesdheu ka këtë cilësi të jashtëzakonshme që i përket popullsive që jetojnë në ambiente politike dhe sociologjike shumë të ndryshme nga njëra-tjetra. Dhe mendoj se kjo krijon një problematikë kolektive emocionuese, midis popujve me histori shumë të ndryshme, të përballur me një të njëjtin sfidë klimatike. Është një justifikim i mirë për të lidhur çështjet e demokracisë, politike dhe shoqërore, me çështjet mjedisore. Ndonjëherë kjo

nuk ndodh kur jeni në komunitete më homogjene, të përballura me një të njëjtin rrezik klimatike.

B.M. : Si angazhohet APHM në këto çështje shoqërore, veçanërisht për të organizuar aksesin në kujdesin shëndetësor për ata më vulnerabël? A ka një vëmendje të veçantë, mekanizma të veçantë që janë vendosur në funksion?

F.C. : Për mua, sfida e parë është që APHM të ketë vetëdijen për përgjegjësitë e saj si **shërbim publik**. Të ketë njohjen nga të gjithë të sfidës së pabarazive shëndetësore dhe brenda pabarazive shëndetësore, të aksesit në kujdesin shëndetësor ; aksesin në kujdesin shëndetësor nuk është shkaku i vetëm i pabarazive, por kontribuon në to. Dhe përfshij edhe parandalimin, edukimin dhe mbështetje ndaj sëmundjeve. Shërbimi publik i shëndetësisë dhe, ndër të tjera, shërbimi publik spitalor ka përgjegjësinë për të trajtuar këtë çështje. Mund të duket e qartë, por në fakt, nuk është kështu. Kjo do të thotë se Asistenca publike e Spitaleve të Marsejës, ndryshe nga çfarë mund të tregojë emri i saj, nuk ka në misionet e saj asistencën publike dhe reduktimin e pabarazive shëndetësore... Misionet tona janë kujdesi, mësimi dhe kërkimi. Kjo do të thotë se nuk ka në mënyrë intrinseke, dhe përtej teksteve që legjislacionin mbi spitalet dhe kodin e shëndetit publik, përgjegjësinë për çështjen e pabarazive. Jo vetëm që kjo nuk është e qartë, por ndonjëherë na kontestohet: do të thoshte se kjo i takon mjekësisë së parë ose mjekësisë private. Dhe kështu për mua, gjëja e parë e rëndësishme është të riafirmojmë me zë të lartë dhe të qartë, jashtë dhe brenda, se kjo çështje është një nga ato prioritare, në të njëjtën mënyrë si organizimi i kujdesit për sëmundjet e rralla, urgjencat në pediatri, transplantet e organeve ose aksesin në urgjencat 24/24, etj. Kjo do të thotë se është një sfidë që na obligon.

Vërejtja e dytë : duhet të veprojmë në bashkëpunim, ose në mbështetje, me ata që e bëjnë tashmë këtë. Dhe kështu kërkon marrëdhënie konstruktive me botën shoqërore, me botën private, me mjekësinë e parë, me PMI (shërbimet e mbrojtjes maternale dhe infantile), etj.. Çdo shërbim i APHM është në marrëdhënie me ambientin e tij në fushën terapeutike të veçantë që ka në përgjegjësi. Për shembull, përmirësimi i aksesit në kujdesin somatik të personave me aftësi të kufizuara që janë në institucione. Kjo është tipikisht një bashkëpunim midis sektorëve mjekësor-social dhe spitalor.

Dhe pastaj e treta, kur nuk ka asgjë, duhet të ketë shërbim publik. Kjo është thelbi i asaj që duhet të jetë shërbimi publik. Dhe kështu, kur, në lagjet veriore të Marsejës, ku kuptojmë se për shkak të kushteve të punës, strehimit, demografisë mjekësore, etj. nuk ka më ofertë kujdesi, shërbimi publik duhet ta bëjë atë. Kjo është ajo që kemi bërë duke krijuar dhe zhvilluar qendra shëndetësore në lagjet popullore të Marsejës. Kjo duhet të jetë e njëjta gjë gjithashtu në fushën e edukimit, transportit ose në fusha të tjera... Dhe kështu, është për të siguruar dhe pranuar një vetëdije të brendshme dhe të jashtme për faktin se shërbimi publik spitalor ka si mision gjithashtu të luftojë kundër pabarazive shëndetësore dhe të përgjigjet ndaj sfidave të barazisë së aksesit në

kujdesin shëndetësor : në fakt dhe përmes hapjes së strukturave që organizojnë aksesin në kujdesin shëndetësor në vendet ku nuk ka.

B.M. : A realizohet kjo, për shembull, përmes pjesëmarrjes në platforma shërbimi publik, siç krijohen në lagje të ndryshme të Politikës së Qytetit ?

F.C. : Fizikisht, jo. Megjithatë, po, ne punojmë në rrjet me shërbime të tjera publike, me të gjithë ata që kontribuojnë në aksesin në të drejtat për pacientët, në kujdesin e personave në ambiente të tjera : shëndeti shkollor, shëndeti në punë, PMI, struktura për të moshuarit, institucione shëndetësore dhe sociale, institute mjekësore-educative, ose disa qendra mjekësore private... Ne gjithashtu punojmë me të gjithë shërbimet e Mbrojtjes gjyqësore të rinisë, me administratën penale...

BM : A ekzistojnë veprime të ndërmarra nga APHM dhe shërbimet e saj në drejtim të kalimit mjedisor dhe objektivave të zhvillimit të qëndrueshëm ?

F.C. : Pra, në lidhje me çështjen e kalimit mjedisor, nuk jam ekspert më i mirë. Mund të ju japim shembuj më të saktë, por përgjigjja është pjesërisht po, veçanërisht në terma të formimit. Për shembull, sot kemi stimuj -dhe në disa fusha po fillon të bëhet detyrim- për formimin e agjentëve të Shtetit të cilët janë të lidhur me shërbimin publik spitalor. Dhe kështu disa prej nesh kanë mundur të marrin pjesë në forma të tilla. Kjo është shumë e re, vetëm disa vite, dhe kështu janë forma në ndërtim. Shkolla e studimeve të larta në shëndetin publik (EHESP) tani ka mekanizma formimi për kadrot e reja të shërbimit publik spitalor në sfidat mjedisore. Më pas, kemi sfida të përbashkëta që lidhen me kërkesat rregullatore, nëse mund ta them, rreth çështjes së blerjeve përgjegjëse, detyrimeve për të bërë plane lëvizjeje në të njëjtën mënyrë si të gjithë punëdhënësit. As më shumë as më pak.

Émilie Garrido-Pradalié : Nga ana tjetër, sistematikisht, kur ne paraqesim një projekt, për shembull në nivel evropian, ne angazhojmë përgjegjësinë tonë sociale dhe mjedisore : kjo është pjesë e pritshmërive, mbi barazinë gjinore ose aksesin në punësim, brenda...

Në këtë fushë, ne punojmë me France Travail për aksesin në punësim të grupeve më të largëta. Pranojmë të rinj që janë në kuadër të programeve të ministrisë së Punës për integrimin profesional.

Mund të themi se jemi në fillim, jo të vetëdijes që është aty, dhe ndonjëherë shumë e fortë midis ekipeve tona, por të një strukturimi të veprimeve të kalimit mjedisor.

BM : A janë politikat e shëndetit publik që po vendosni me ekipet tuaja të artikuluara, në nivel lokal, me veprimet e sektorit privat të shëndetësisë ?

F.C. : Para së gjithash, dua të them, si një masë paraprake, por në një mënyrë të fortë, se rezervimi që do të shtoj menjëherë nuk i heq asgjë angazhimit të një serie individësh shumë të angazhuar dhe, me disa përjashtime, disa institucioneve veçanërisht të motivuara për këto çështje solidariteti, mikpritjeje

të të varfërve dhe trajtimin e pabarazive. Pasi e thamë këtë, duhet të pranojmë se realiteti i botës private dhe evolucioni i saj nuk shkon në drejtimin e një artikulimi të veprimeve të sektorit publik dhe sektorit privat. Mund të thuhet se politikat publike vetë ndonjëherë marrin nga logjika liberale -përmes modelit të financimit ose tarifimit sipas aktivitetit- dhe se ato janë larguar nga ajo që përfshinte ende disa dekada më parë veprat bamirëse. Dhe nga ana e saj, sektori privat ndonjëherë merr përsipër disa nga misionet e shërbimit publik: për shembull, disa qendra të aksesit në kujdesin shëndetësor në disa klinika; ose prania thelbësore e mjekëve privatë në lagjet e vështira... Po ashtu, sfida e AME është gjithashtu të ruajë ofertën e kujdesit për të huajt përtej spitaleve publike. Dhe kështu, jo, çështja themelore që kemi përmendur deri tani rreth mikpritjes, shërbimi publik nuk e ka sigurisht ekskluzivitetin e saj. Por evolucioni i strukturave, modeleve ekonomike, etj., bën që ai sot të jetë garantuesi kryesor i saj.

Si drejtor i përgjithshëm i APHM, nuk jam nën presionin e kërkesave kontradiktore. Unë përgjigjem nga njëra anë ndaj profesionistëve të APHM që gjithashtu përgjigjen ndaj pacientëve, dhe, nga ana tjetër, unë përgjigjem ndaj pushtetit politik, përmes autoritetit tim mbikëqyrës në radhë të parë dhe nga një këshill mbikëqyrës i përbërë kryesisht nga zgjedhës. Në asnjë moment, unë nuk përgjigjem ndaj njerëzve që do të kishin një interes ekonomik rreth zhvillimit të Asistencës publike. Kjo nuk është e vërtetë për një strukturë private që duhet gjithashtu të përgjigjet atyre që kontribuojnë në investim dhe që ndonjëherë janë shumë, shumë larg në terma të sfidave politike, por gjithashtu ndonjëherë nga territori i Marsejës.

Megjithatë, aty ku politika publike ka dështuar, është në segmentimin e përfituesve, në një sistem me dy shpejtësi, që ka një ndikim të dyfishtë. E para, është të orientojë sektorin privat drejt një kapaciteti rentabiliteti që i lejon atij të investojë në kushte hotelierike diferenciale në krahasim me sektorin publik ; të ketë ambiente në gjendje më të mirë ose të paguajë më mirë mjekët për disa ose të krijojë më shumë marzh për investitorët, për të tjerët...

Nga ana tjetër, kemi fatin në botën e CHU të jemi shumë pak në konkurrencë me sektorin privat. Sepse në fund të fundit, CHU ka ruajtur një monopol të caktuar në aktivitete referuese shumë të specializuara. Dhe sepse, nga ana tjetër, vazhdojmë të ushtrojmë një aktivitet afër. Një tjetër avantazh, formimi mjekësor mbetet ekskluzivisht një formim publik : universiteti francez e ka ruajtur monopol. Pra, ne kemi një numër elementesh stabilizimi dhe ruajtjeje të shërbimit publik. Por segmentimi i përfituesve midis sektorit publik dhe sektorit privat është një rrezik i vërtetë, në afat të gjatë fatal, për sektorin publik dhe kështu për përfituesit e tij.

#4 I partenariati internazionali e il trattamento dei migranti e dei rifugiati

Bernard Mossé : L'Assistance publique des Hôpitaux de Marseille (APHM) sta attuando azioni di diagnosi sanitaria, in particolare in materia di salute ambientale, al di fuori del territorio francese, in paesi del Mediterraneo o altrove nel mondo. Sviluppa partenariati internazionali in questo senso?

François Crémieux : Sì. Esiste una serie di programmi di cooperazione tra team dell'APHM e team stranieri, ma non necessariamente sulla salute ambientale. In questo momento, una grande delegazione è in Senegal, a Dakar per una settimana, sulla questione della violenza contro le donne. È una delegazione avviata dal servizio di ginecologia ostetricia dell'ospedale della Conception (Marsiglia/APHM) e dalla *Maison des Femmes*. Altri sono coinvolti nella chirurgia cardiaca nella Repubblica Dominicana, o nella chirurgia ortopedica in Vietnam…

Émilie Garrido-Pradalié : La salute ambientale è raramente il primo asse. A Dakar, ad esempio, la questione principale è l'accesso e la gestione della protezione igienica per le donne. Quindi, è sia una questione economica, sia una questione di accesso alle cure e, dall'altra parte, una questione ambientale sulla gestione dei rifiuti.

François Crémieux : Innanzitutto, la nostra consapevolezza sulla salute ambientale è comunque recente, non è ancora strutturata nelle nostre istituzioni. Inoltre, sfortunatamente, la massa di lavoro interna occupa probabilmente un po' tutta la banda passante disponibile. Un'azione efficace richiederebbe un'ingegneria di supporto per identificare i progetti che ci permetterebbero di condividere esperienze, di andare più velocemente in alcuni ambiti, ecc. Penso che effettivamente ci sia molto da imparare, anche su argomenti molto tecnici come, ad esempio, la costruzione ospedaliera nei paesi del Sud. Abbiamo da imparare sulla resilienza climatica, sia in relazione alla temperatura, al caldo o al freddo, con tecniche architettoniche che non sono le nostre, a volte persino contrarie ai nostri principi normativi.

In ogni caso, sarebbe interessante approfondire questa questione. Ma per risponderti, oggi non abbiamo progetti di cooperazione internazionale in salute ambientale. Ma probabilmente quando ci rivedremo tra due anni, ce ne saranno perché fa parte dei temi emergenti.

BM : Hai sottolineato l'importanza della cooperazione internazionale e del co-sviluppo in materia di salute, ma che dire del trattamento degli stranieri in Francia, della nostra politica di accoglienza e dei nostri dispositivi di ospitalità ; nozione di cui l'etimologia evidenzia bene la vicinanza con la vocazione dell'Ospedale.

Possiamo innanzitutto fare il punto sulla politica sanitaria della Francia nei confronti degli stranieri, che si trova peraltro nelle notizie con la possibile revisione dell'AME (Aide médicale de l'État, che consente agli stranieri in situazione irregolare di beneficiare di un accesso alle cure) ?

F.C. : La prima cosa da dire è che **la politica sanitaria nei confronti degli stranieri in Francia è buona e ragionevole**. Parlo per oggi e quindi è per questo che deve essere protetta e preservata.

Da un lato, è buona perché globalmente riguarda quasi tutti gli stranieri, indipendentemente dalla loro situazione regolare, irregolare, di passaggio, ecc. Credo che ciò rientri in una sorta di umanità di base desiderare per coloro che ci circondano la stessa qualità di assistenza che vorremmo per noi stessi o per i nostri cari. Globalmente oggi, il sistema francese garantisce tutte le cure a tutti. Con certo alcune eccezioni : l'AME è un paniere di cure restrittivo che esclude ad esempio le cure dentistiche…

È un'assistenza che garantisce una bella ospitalità ed è peraltro ragionevole sia per la natura delle cure che per le condizioni di accoglienza. Dal punto di vista finanziario, va ricordato che si tratta di circa 1,1 miliardi di euro destinati all'AME nel 2024, su, a memoria, quasi 250 miliardi di spese sanitarie in Francia : è meno dello 0,5 %. Le restrizioni previste farebbero passare la spesa da 1,1 miliardi a 900 milioni di euro. In altre parole, è un tema politico prima di essere un tema finanziario. Ecco perché penso che sia necessario proteggere questo sistema. Non tanto per ciò che costa, ma perché è al centro di ciò che fonda l'ospitalità. E che il rischio è di perdere i nostri valori e non di perdere denaro. È un po' semplicistico, ma è il tema… .

BM : Anche se, più cinicamente, è anche una questione di salute pubblica per tutti.

F.C. : Sì, hai ragione. Ma è sempre meglio prevenire che curare. È meglio curare presto che tardi. È meglio, ad esempio, prendersi cura di una donna incinta in buone condizioni. O trattare tutta la popolazione per le malattie infettive… Ma anche affrontare questo tema è, in fin dei conti, già entrare in un dibattito, come dire, utilitarista. È prima di tutto un dispositivo che costruisce una parte della nostra umanità per il fatto che sono i nostri valori collettivi a essere portati. Immaginiamo per un attimo di renderci conto che le cure fornite sono un po' più costose delle cure evitate. Questo metterebbe in discussione l'AME? La questione principale è : cosa desidero per il mio prossimo e cosa desidererei per me stesso se attraversassi il Mediterraneo nell'altra direzione ? Avrei voglia di risparmiare su come un paese del Sud mi accoglierebbe, me, i miei cari, la mia famiglia, i miei genitori ? O considero che nei fondamenti dell'umanità, sin dalla notte dei tempi, ci dicono gli antropologi, si accoglie il prossimo e si cerca di prendersene cura nel miglior modo possibile, anzi anche meglio di come ci si prenderebbe cura dei propri?

Questo costituisce sia una parte del mio impegno personale, sia ciò che probabilmente rappresenta una buona parte dell'impegno collettivo delle 18.000 persone che lavorano all'Assistance publique.

BM : Parlavamo in precedenza della specificità della Méditerranée. Essa è oggi lo spazio di transito di migranti più frequentato al mondo, ma anche il più mortale, con ufficialmente 30.000 di loro morti negli ultimi dieci anni, probabilmente 60.000 in realtà. Un triste record legato a quella che si chiama la crisi dei migranti e che è in realtà una crisi di accoglienza dei migranti. L'APHM sta attuando dispositivi specifici per i rifugiati del Mediterraneo o di altrove ?

F.C. : Sì. Ci sono prima di tutto dispositivi di diritto comune. Sulle permanenze di accesso alle cure che consentono a persone che non hanno diritti, ma che potrebbero averli, di recarsi in ospedale, di beneficiare di cure e di dispositivi delle assistenti sociali per l'apertura dei diritti. Questo esempio corrisponde sia a team, sia a luoghi e a un'organizzazione.

E poi, dall'altra parte, probabilmente perché c'è una specificità sia marsigliese che mediterranea, dei team hanno sviluppato dispositivi eccezionali soprattutto per minori non accompagnati, migranti che vivono per strada o in rifugi, tossicodipendenti, anche attorno alla salute mentale già menzionata, o alla psichiatria delle persone che vivono per strada, tra cui ce ne sono un certo numero sia in situazione di transito o di migrazione, sia di immigrazione ormai stabilita a lungo termine a Marsiglia. Ci sono quindi missioni che sono nate alla fine dalla necessità di rispondere a bisogni non soddisfatti, di alloggio, di sicurezza per le donne... Dispositivi particolarmente sviluppati a Marsiglia.

BM : Attuati dall'APHM o in collegamento con altri servizi ?

É. G-P. : Entrambi. A volte è a iniziativa dell'APHM. Possono essere associazioni come *Médecins du Monde*. Ci sono team di psichiatri che sono impegnati attorno al progetto MARSS (Movimento e Azione per il ripristino sanitario e sociale) che è un team molto coinvolto nella psichiatria di strada e che è un'iniziativa dell'APHM molto articolata con le associazioni che, peraltro, contribuiscono all'accompagnamento delle persone in strada, anche la *Maison des Femmes*, che riguarda tutte le violenze contro le donne, inclusa quella nella borghesia marsigliese, ma che riguarda anche le donne nel contesto di percorsi di migrazione, con qui, alla Maternità della Conception, un numero particolarmente significativo di donne arrivate di recente in Francia che vengono a partorire. La *Maison des Femmes* contribuisce a anche alla loro presa in carico dal punto di vista sociale, sanitario e dell'alloggio, ecc. Quindi sono entrambi: iniziative dei team dell'APHM o del mondo associativo...

F.C. : È il risultato di una somma di iniziative individuali o collettive da parte dei servizi, sapendo che abbiamo la fortuna di avere team che sono spontaneamente portati a organizzare dispositivi di questo tipo e la cui questione è piuttosto sapere se siamo in grado di accompagnarli con mezzi e in particolare con tempo disponibile, affinché possano farlo. Ma la maggior parte

dei team porta avanti progetti, che si tratti del campo della pediatria, della ginecologia ostetricia, della psichiatria, delle emergenze, ecc. Trovo che ci sia una mobilitazione, un'emulazione e una spontaneità di impegno su queste questioni che non abbiamo necessariamente su altri temi, come su quelli ambientali. Sulle missioni di solidarietà, c'è una spontaneità perché esiste una cultura e una storia probabilmente molto forti. E che sono ovviamente legate alla realtà quotidiana di una buona parte dei pazienti che i nostri team assistono... che si tratti di medici, infermieri, o responsabili amministrativi.

#5 Projekti NAVIRE-AVENIR: një anije-spital për shpëtimin në det

BM : Po kthehem te pyetja e mikpritjes. APHM merr pjesë në një projekt të rëndësishëm që kam mundur ta ndihmoj për një kohë në emër të shoqatës sonë NEEDE Méditerranée, falë Émilie: projekti NAVIRE-AVENIR, krijimi i një anije-spitali për shpëtimin e migrantëve në detin Mesdhe.

F.C. : Për të filluar, do të doja të thosha se angazhimi ynë është fillimisht një çështje shpirtërore.

Para se të flasim për ndërtimin e një anije, duhet të flasim për angazhimin tonë në idenë që drejton këtë ndërtim. Unë insistoj shumë mbi këtë. Vetëm fakti që jemi në gjendje të mbajmë gjallë idenë e ndërtimit të një anijeje që do të jetë e dedikuar për kujdesin e migrantëve në det mund të perceptohet, në një masë të caktuar, si një humbje kohe. Sidomos nga ata që merren sot me shpëtimin. A është vërtet urgjente të reflektojmë mbi idenë e një anijeje simbolike apo të një flotte anijesh simbolike? Ju përmendët pikërisht dhjetëra mijëra të vdekur në detin Mesdhe. A nuk është urgjenca të shpëtojmë sa më shumë njerëz sa më shpejt dhe sa më shpejt të jetë e mundur, dhe kështu të dedikojmë gjithë energjinë dhe gjithë paratë tona për këtë mision? Pa dyshim. Por duhet gjithashtu të vazhdojmë të mbajmë gjallë idenë se mund të ndryshojmë situatën dhe të bëjmë që shpëtimi në det të mos jetë vetëm një shpëtim emergjent me mjetet që kemi... Por që ai të angazhojë përballë këtyre tragjedive atë që na mbetet nga njerëzishmëria. Dhe kështu, kontributi ynë i parë është të mbajmë gjallë idenë se ndërtimi i një anijeje, ose ndërtimi i një flote, është përtej aktit të shpëtimit, të punojmë mbi idenë e një vazhdimësie të veprimeve të njerëzishmërisë midis mbërritjes në anije dhe mbërritjes në tokë.

BM : Në frymën e Konventës ndërkombëtare (Sarr, 1979) që i detyron marinarët jo vetëm të ndihmojnë personat në rrezik, por edhe t'i "çojnë në një vend të sigurt" ...

F.C. : ... t'i çojnë në një vend të sigurt, po, por kjo fillon menjëherë me gjestin e mirëseardhjes, mënyrën se si ky ndërtim identifikohet në det nga njerëz që janë në një zodiac disa qindra metra larg. Por pastaj janë takimet e para, fjalët e para të shkëmbyera, ushqimi i parë i ngrënë, dhe pastaj zbritja. Ku dhe si ndodh kjo? Por gjithashtu pyetjet administrative mbi qasjen në të drejtat, si të kontaktojmë të afërmit, si të marrim një kartë telefoni, dhe çfarë di unë tjetër.... Gjestet e mikpritjes fillojnë në urën e anijes. Por për njerëzit që mblidhen, duhet të organizojmë një vazhdimësi të caktuar me marrjen parasysh të asaj që ka ndodhur para mbërritjes në anije dhe asaj që do të ndodhë pas. Ne përmendëm më parë *Maison des Femmes* : një nga karakteristikat e përshkruara nga shumë akademikë dhe aktivistë shoqërorë është dhuna pothuajse sistematike që u bëhet grave gjatë rrugëtimit të tyre migrator; një rrugëtim që mund të zgjasë disa vite dhe nga i cili gratë janë veçanërisht viktima.

Dhe kështu, kujdesi specifik për këtë çështje është po aq i rëndësishëm sa shpëtimi vetë.

Projekti duhet kështu të marrë parasysh të gjitha aspektet e shpëtimit në vazhdimësi nga ndihma në det deri te mirëseardhja në tokë.

É.G-P.: Kjo shprehet në ato që mund të duken si detaje si simbolet që rrethojnë anijen, qoftë dizajni i saj, flamuri i saj, sinjalistika e saj... Këto janë çështje që përfundimisht janë po aq të rëndësishme sa ndërtimi i vetë ndërtimit. Ka artistë që kanë marrë pjesë në dizajnet e infermierisë, dietologë që kanë punuar për ushqimin në bord, teknicienë që kanë punuar për flukset e energjisë të nevojshme në anije, etj..

BM : Kam mundur të ndjek evolucionin e këtij projekti të NAVIRE-AVENIR, falë Émilie. Ku jemi tani? A ka ndonjë shpresë për ta parë atë të konkretizohet në vitet e ardhshme?

F.C. : Kjo nuk është një shpresë e arsyeshme. Ideja e realizimit të këtij ndërtimi është e mundshme dhe shpresoj madje një ditë të shoh disa të ndërtohen. Tani, ne po hyjmë në logjika shumë operative, si financiare, ndërtimore, arkitekturore, etj. Të kemi këtë perspektivë në mendje është e domosdoshme për të mbajtur gjallë idenë. Ndër idenë dhe realizimin e saj, ka disa dhjetëra milion euro për të gjetur. Në çdo rast, mbajtja e këtij projekti ka kuptim vetëm sepse ideja mund të konkretizohet. Tani, cila është probabiliteti që ajo të konkretizohet vërtet? Nuk e di. Përgjigja ndaj pyetjes tuaj është kështu për definicion, po.

BM : A mund ta përmbledh duke cituar Gramsci: pessimizmi i arsyes, optimizmi i vullnetit?

F.C. : Pessimizmi i arsyes, jo. Optimizmi i vullnetit, po, sepse pa vullnet, nuk do të funksionojë. Në këtë datë, klikimi financiar, disa dhjetëra milion euro nuk janë gjetur. Por jam i bindur se ata duhet të jenë një çështje e padiskutueshme. Unë merrem me financat publike. Buxheti i shëndetit publik është 1.9 miliard euro. Dhe jam i zakonshëm të manovroj këto shifra: unë jam kontabil i parave të

kujdesit për Marsejlinjtë nga Asistenca publike. Dhe kështu, unë lëviz midis momenteve kur nga njëra anë vëzhgoj debatin mbi buxhetin sot ku ne manovrojmë me shifrat e një vendi shumë të pasur, dhe nga ana tjetër, shoh shifrat që duken qesharake për projektin Navire-Avenir ose për funksionimin e Spitalit. Dhe ndonjëherë, kjo nuk është as disa dhjetëra milion euro, është disa mijëra euro që mund të mungojnë në një shërbim të Asistencës publike, për të blerë materialin e nevojshëm. Ne jemi në një botë që është e detyruar, në planin politik, nga prioritetet që i japim kolektivisht vetes. Dhe ndoshta projekti Navire-Avenir nuk është prioriteti i parë politik i momentit në Francë. Megjithatë, jemi të kapur nga një optimizëm, nëse jo të vullnetit, të paktën të veprimit: është optimizmi i lëvizjes.

Dhe kështu ne kontribuojmë me të vërtetë në këtë projekt sepse kjo rezonon me të gjithë diskutimin që sapo patëm mbi atë që e themelon angazhimin kolektiv të profesionistëve të APHM. Ne nuk jemi gjithmonë të gjithë dakord, ne 18.000 profesionistët e APHM, mbi raportin tonë me Mesdheun, me migrimin, me shpëtimin në det. Dhe sigurisht që nuk kemi të gjithë të njëjtat opinione politike. Por ndodh që ne të gjithë kemi pikën e përbashkët të punojmë në një mjedis në të cilin kjo çështje e një vëmendjeje ndaj më të pambrojturve është e inkarnuar nga profesionet që ushtrojmë. Dhe më shumë akoma për ata që janë në bluzë të bardhë në shërbime sesa për mua. Por, megjithatë, ne të gjithë jemi të shënuar nga kjo inkarnim e një forme të caktuar besimi, veprime njerëzishmërie.

Projekti i krijimit të një anije-spitali për shpëtimin në det dhe mirëseardhjen e migrantëve është një manifestim i bukur dhe i thellë i kësaj.

Biografi

François Crémieux *është një funksionar i lartë i shëndetësisë i cili ka një karrierë të veçantë dhe të shumëanshme. I diplomuar në ekonomi në universitetet e Paris Dauphine dhe Lancaster (GB) dhe në shëndetin publik nga fakulteti i mjekësisë Paris Diderot, ai drejton që nga qershori 2021, Asistencën Publike-Spitalet e Marsejës, APHM. Ai ka udhëhequr një karrierë të gjatë si drejtor spitali që e ka çuar nga qendra spitalore Clermont de l'Oise në spitalin e Kosovska Mitrovica në Kosovë, duke kaluar përmes funksioneve si këshilltar pranë Marisol Touraine, ministre e çështjeve sociale dhe shëndetësisë dhe zëvendës drejtor në Drejtorinë e Përgjithshme të APHP pranë Martin Hirsch. Angazhimi i tij është i regjistruar në veprime të shumëfishta: vullnetar në Bosnjë në vitet 1990, në mes të luftës; anëtar i komitetit të redaktimit të revistës Esprit prej një kohe të gjatë; mbështetës i një spitali në vijën e parë për të reduktuar pabarazitë sociale në qasjen në kujdesin shëndetësor*.

Emilie Garrido-Pradalié *është drejtoreshë spitali e ngarkuar me inovacionin në APHM. E diplomuar në ekonomi teorike dhe të aplikuar në universitetin e Montpellier dhe në informatikë dhe sisteme informacioni nga shkolla e minierave të Alès, ajo e filloi karrierën e saj në sektorin publik në Metropolën e Montpellier të drejtuar nga Georges Frêche. Ajo iu bashkua CHU të Montpellier në vitin 2008 për të udhëhequr aktivitete të ndryshimit pranë burimeve njerëzore, mjekësore dhe jo mjekësore dhe më pas APHM për të udhëhequr drejtimin e kërkimeve që nga qershori 2018.*

Bernard Mossé *Historian, përgjegjës për Kërkimin, Edukimin, Trajnimin e shoqatës NEEDE Méditerranée. Anëtar i Këshillit shkencor të Fondacionit të Kampit të Milles – Kujtesë dhe Edukim për të cilin ai ka qenë përgjegjës shkencor dhe koordinatori i Katedrës UNESCO "Edukimi për qytetarinë, shkencat e njeriut dhe konvergjencën e kujtimeve" (Aix-Marseille Université / Kampi i Milles).*

Artikuj online
Intervista në Marsactu, 2022:
"AP-HM nuk duhet të presë që më të pambrojturit të vijnë tek ajo"
Tribuna në Le Monde, 2023 :
Duke fokusuar reflektorët mbi spitalin, rrezikojmë të kalojmë përtej çështjeve të vërteta
Artikulli në CAIRN, 2024.
Një qendër shëndetësore e mbështetur nga një qendër spitalore universitare? Eksperienca e spitaleve universitare të Marsejës Nga Michel Rotily, François Crémieux, Olivier Gauche, Anne Galinier, Johanne Menu

MARSEILLE
HOSPITAL