

Marsilya Hastaneleri, kamu sağlığı ve evre konusundaki krize karşı duruyor



Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (APHM) tarafından üstlenilen temel görevlerden biri, sağlık ve bakım hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin azaltılmasıdır; bu, hastalığın önlenmesi, eğitimi ve desteklenmesini de içermektedir. Marsilya bağlamı, yoksullukla ilgili olağanüstü önlemler geliştirilmesini gerektirmektedir: sokakta veya yurtlarda yaşayan göçmenler, refakatsiz çocuklar, güvensizlik içinde olan kadınlar, uyuşturucu bağımlıları...

#1 Ekolojik krizin sağlık sorunları üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkileri

Ekolojik kriz, bu zor sağlık durumlarının doğrudan veya dolaylı nedenlerinden biridir: yaşam koşullarının kötüleşmesi, özellikle iklim değışikliği nedeniyle yaşam koşulları, barınma, hareketlilik veya yaşam beklentisi üzerinde etkili olan durumlar; büyük şehirlerde hava değışimleri ile bağlantılı akciğer sorunları...; veya doğrudan yeni hastalıkların ortaya çıkması veya vektör hastalıklarının göçü ile ilgili olarak.

Bu koşullar, sağlık hizmetinin evre üzerindeki etkisini sınırlamak için kendini uyarlaması gereken kamu sağlık hizmetinin artan bir sorumluluğunu doğuruyor; ve engellilik veya sokak psikiyatrisi gibi alanlarda, sivil toplum, serbest meslek ve birinci basamak tıpla işbirliği yaparak açılmalıdır. Ve hiçbir şeyin olmadığı mahallelerde sağlık merkezleri açılmalıdır...

APHM, 18.000 profesyonelinin misyonları ve değerleri doğrultusunda, sadece Akdeniz'deki kurtarma ve tedavi için değil, aynı zamanda güvenli bir yere karaya çıkarılana kadar desteklenmesi amacıyla bir hastane gemisi oluşturma projesini desteklemektedir.

[Bernard Mossé : Ekolojik krizin sağlık üzerindeki etkilerini birlikte ele alacağız. Hôpitaux de Marseille'deki yöneticilik misyonlarınızda karşılaştığınız sorunları göz önünde bulundurarak, genel bir tablo çizebilir misiniz?](#)

François Crémieux : Bu kadar geniş bir soruya yanıt verirken, dolaylı etkileri ve doğrudan etkileri ayırmak isterim. İklim değişikliğinin, toplumların sağlığını etkileyen yaşam koşulları üzerinde ve çevre ile doğrudan bağlantılı hastalıklar üzerinde büyük bir etkisi var.

İlk olarak, ekolojik krizin sağlığa olan **dolaylı etkisi** var. Bu, birlikte yaşama, hareketlilik, eğitim, şehirlerin organizasyonu gibi büyük iklim olaylarının etkilerini gözlemliyoruz. Ekolojik kriz, demografi, yaşam beklentisi, eğitim koşulları gibi sağlık faktörlerini etkiler ve özellikle hareketlilik üzerinde etkili olur, buna döneceğim. Dolayısıyla, kamu sağlık hizmetinin sağladığı bakım ile doğrudan bir bağlantısı olmadan, ekolojik krizin yaşam koşulları üzerinde büyük bir etkisi olduğunu belirtmek gerekir. Ve bu, dünya çapında farklı büyük alanlar arasındaki etkileşimler üzerinde etkili olmaktadır.

Ayrıca, hastalıklar ve “çevresel sağlık” olarak adlandırdığımız her şey üzerinde **doğrudan etkiler** olan etkiler de vardır. Özellikle iklim değişikliği ile bağlantılı yeni hastalıkların ortaya çıkışını veya tarihsel olarak belirli bölgelerde sınırlı kalan hastalıkların günümüzde yer değiştirmesini görüyorum. Özellikle, vektörle bulaşan hastalıklar. Örneğin, daha önce tropikal bölgelerle sınırlı olan ve iklim değişikliği nedeniyle bölgelerimize doğru hareket eden sivrisinekler tarafından taşınan hastalıklar.

Özetle, birinci etki nüfuslar üzerinde, ikinci etki hastalıklar üzerindedir. İşte bu soruya genel bir yanıtım.

[Bernard Mossé : Bu etkiyi APHM hastanelerinde somut olarak hissediyor musunuz?](#)

Émilie Garrido-Pradalié : Evet, elbette, özellikle Kuzey Hastanesi'nin pneumoloji servislerinde sağlıkla ilgili yeni analizlerin ve kişilerin tehlikeli koşullara maruz kalmalarını önlemeye yönelik daha fazla önlem alındığı somut örnekler var: bu, barınma, çalışma ortamı veya büyük şehirlerdeki hava değişimleri ile bağlantılı olabilir, örneğin Marsilya'da...

[Bernard Mossé : Alerjiler veya sıcak hava dalgalarından mı bahsetmek istiyorsunuz? Hastanelerde bu vakaların artışını ölçtünüz mü?](#)

Émilie Garrido-Pradalié : Yani, iyi bir Akdenizli olarak, sıcaklık ve sıcak hava dalgaları meselesinin Fransa'nın her yerinde veya Akdeniz çevresinde aynı şekilde ele alınmadığını söyleyebilirim.

François Crémieux : Aynı yönde ilerlemek gerekirse, 2003 sıcak hava dalgasının, Fransa'nın kuzeyinde yaşam koşullarımızın ve hasta bakımımızın yetersizliğine dair büyük bir farkındalık yarattığını söylemek gerekir: sıcak hava dalgası, esasen Fransa'nın kuzeyinde yaşlı insanları öldürdü; bu coğrafi bölge, bu kişileri tedavi etmeye alışkın değildi ve bu kişiler de sıcaklık yönetimi konusunda eğitilmemişti. Güney Fransa, elbette etkilenmiş olsa da, çok daha az ölüm yaşadı. Ve sıcak hava olaylarından bu yana, hem sağlık profesyonellerinin, hem de hastaların ve yakınlarının eğitiminde, bugün muhtemelen 20 yıl önce olduğumuzdan çok daha iyi bir şekilde sıcaklık zirvelerini karşılayabiliyoruz. Bu 20 yıl önceydi, gerçekten de dün değil! Ve evet, hem bir farkındalık hem de bir uyum sağlandığını hissediyoruz.

Ancak çevresel etki ile ilgili önemli bir diğer unsur, bugüne kadar çevre, yaşam koşulları ve sağlık koşulları arasındaki bağlantının, genel olarak olağanüstü ve olumsuz durumdaki nüfuslarla sınırlı olarak algılandığıdır. Örneğin, özellikle kötüleşmiş barınma veya çalışma koşullarında yaşayanlar için. Herkes, aşırı sıcak veya soğuk koşullarda çalışmanın bir risk kaynağı olduğunu çok uzun zamandır biliyor. Ancak genel olarak bunun sınırlı, hedeflenmiş nüfusları etkilediği ve yerel olarak hareket edersek sorunu çözebileceğimiz düşüncesi vardı. Son zamanlarda bunun böyle olmadığını, çevrenin sağlığımız üzerindeki etkisinin herkesle ilgili olduğunu ve mutlaka aynı şekilde olmadığını fark ettik. Yaşadığımız koşulların, eğitim aldığımız koşulların, taşındığımız koşulların, tedavi edildiğimiz koşulların, tüm bunların sağlığımız üzerinde genel bir etkisi olduğu konusunda bir farkındalık var. Bu, « **One Health** », yani **tek sağlık** kavramının ortaya çıkmasının bir sonucudur; yaşadığımız « ekosistem » içinde yaşadığımız bilinci, bu da sağlığımızın en azından yaşadığımız çevreye bağlı olduğu kadar, kendi başımıza yapabileceğimiz şeylere de bağlı olduğunu gösteriyor.

BM : Bu bağlamda, sıcak hava dalgalarıyla ilgili ama su yönetimi gibi diğer alanlara da genişletebiliriz, Kuzey ülkelerinin Güney ülkelerinin davranışlarından çok şey öğrenebileceğini düşünüyor musunuz, çünkü onlar su stresi ve sıcaklık konusuna çok daha uzun süredir alışkındır?

F.C. : Genel olarak, söylediğiniz şeyi açıklayan iki gerçek olduğunu düşünüyorum. Birincisi, Güney'in uzun zamandır çevresel zorluklarla karşı karşıya kaldığıdır; hepimiz başka bir güneydeyiz; ama genel olarak Güney, doğayla olan ilişki üzerine stratejiler geliştirmiştir; bu, sulama, sıcaklık, güneş, rüzgar, soğuk, kum gibi konuları kapsar. Dolayısıyla, Güney ülkelerinden öğrenilecek çok şey var çünkü çevresel zorluklarla yüzleşme deneyimlerine sahipler.

İkinci neden, Kuzey'in zenginliği ile büyük ölçüde telafi etmesidir: yazın klima, kışın ısıtma ve ilaçlarla. Dolayısıyla, Güney'den çok şey öğrenmemiz gerektiği muhtemeldir; ancak Kuzey'in gelişimini sağlayan, özellikle altyapı, ekipman, teknoloji, bilim vb. açısından Güney'e aktarılabilecek çok şey de var.

Bu gelişimin daha iyi bir dağılımı, bugün giderek daha bağımlı hale geldiğimiz için, özellikle sağlık açısından daha da gereklidir.

#2 “Sağlık” kavramının genişlemesi ve beraberinde getirdiği riskler

Bernard Mossé : Sizi dinlerken, özellikle en savunmasız olanlara dikkat etme konusundaki önceki tartışmalarımızda, sağlık kavramının son 3 veya 4 on yılda çok geniş bir kapsam kazandığını düşünüyorum. Belki de filozof Georges Canguilhem’in çalışmalarının ardından, sağlık yalnızca hastalık yokluğuyla tanımlanamaz. Örneğin, bugün iş sağlığı olarak adlandırdığımız şey, 30 yıl önce anladığımızdan çok daha fazlasını kapsıyor.

François Crémieux : Evet, bu doğru. Hem bir zafer hem de bir risk.

Bir yandan, bu, Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) ısrarla tekrar ettiği **“sağlık, fiziksel, zihinsel ve sosyal tam bir iyilik halidir”** ve **“sadece hastalık veya sakatlık yokluğundan ibaret değildir”** anlayışına bağlı olarak bir zaferdir. Bu, iyi sağlığın ne olduğu konusunda çok daha genel, neredeyse felsefi ve nihayetinde ulaşılmaz zor bir anlayışa sahip. Yani bu kavramın zaferi ve bunun iyi bir haber olduğunu düşünüyorum.

İkincisi, bu gerçek bir risk. Bugün psikiyatride bunu görüyoruz; burada **ruhsal hastalık kavramının psikiyatri alanından ruh sağlığına, ruh sağlığından da iyi olma haline geçtiğini** görüyoruz. Kitapçı rafları, iyi olma hali ile ilgili kitaplarla dolup taşıyor ve bu durum, iyi olma hali ile şizofreni arasında açıkça farklı bir durum olduğunu unutmamıza neden oluyor.

Bu nedenle, yalnızca hastalık yokluğunda değil, örneğin yaşlandığımızda bağımlılık yokluğunda, işte stres yokluğunda ve diğer sağlık sorunlarımız olmadığında yaşamak için çabalamak güzel bir zaferdir. Bu, kamu politikaları açısından da bir risk. Sonuçta kaynakları hastalar ile sağlıklı olanlar arasında dayanışma yerine, herkes için, sağlıklı olanlar dahil, bir tür kaynak dağılımına yönlendiriyoruz ve bu belki de gerçekten hasta olanlarla dayanışma kaybı riski taşıyor. Bugün psikiyatri bu soruyu açıkça ortaya koyuyor. Yine de, ruh sağlığının daha geniş bir kavramı olarak iyi olma haline yönelik daha olumlu bir anlayış, insan sağlığının geniş ve bütünsel bir kavramının zaferi olduğu gibi, hastalığın bir engel ve güçlü bir acı olduğu kişiler için dikkat ve dayanışma kaybı riski de taşımaktadır.

BM : Bu sağlık kavramının genişlemesinin bir sonucu, sağlık sisteminin yükünü, meselelerin daha geniş bir şekilde ele alınması gereken diğer politikalar ve

yapılar, ekonomik ve sosyal alanlarda taşımak zorunda kalması mı? Eğitimle ilgili meseleleri, okulun çok ötesine geçen bir bağlamda düşündüğümde, benzer bir paralellik kuruyorum.

F.C. : Elbette iki risk olduğunu düşünüyorum.

Birincisi, kamu politikaları açısından her şeyi sağlık dünyasına yüklemek, ayrıca eğitim, kaynaklar, yetkinlikler vb. açısından da yüklenmesidir.

Ayrıca, sağlık dünyasını bu konulara yönlendirme riski de var. Psikiyatride olduğu gibi, bugün bir zorluk, temel konularda, en azından zihinsel sağlığı bu kadar kötüleşmiş kişilerin bakımını sağlamakta ısrarcı olmaktır: şizofreniyi akut aşamasında ele almak, intihar girişiminde bulunan kişilere bakım sağlamak vb. ve iyi olma hali konusuna fazla yönlendirilmemektir.

Bir yandan sağlık dünyasını aşırı sorumlu hale getirmek ve örneğin eğitim dünyasını eğitimle ilgili meselelerde sorumsuz hale getirmek; diğer yandan sağlık dünyasını ana meselelerinden uzaklaştırmak riski var. Yine, geniş bir sağlık anlayışı ile en büyük acılara neden olan patolojilerin etkili bir şekilde ele alınması arasında denge bulmak önemlidir.

B.M. : Bu dengenin aranması, çevresel sağlık konularının da bir meselesi değil mi?

F.C. : Oldukça net bir şekilde, hastane içinden ortaya çıkan **çevresel sağlık** konularına artan ilgi, mantıksal olarak bizi -sorunuzun yönüne doğru- **hastaneden çıkmaya** yönlendiriyor. Çünkü aslında, çevre ile bağlantılı sağlık konularını konuştuğumuzda, hastanenin kendi çevresi üzerindeki etkisi veya tedavi süreçlerinin etkisiyle ilgilenmek zorundayız. Hastalığı önlemek için çevreye daha iyi uyum sağlamamız gerekiyor. Yani, çevresel sağlık konusunun, ruh sağlığı gibi, bakım dünyasının ve sağlık profesyonellerinin ötesine geçme gerekliliğini de taşıdığını kabul ediyorsunuz.

BM : Önleme meselesinin yanı sıra, sağlık kavramının genişlemesi, hastaların tedavi süreçlerinde daha fazla sorumluluk almasını gerektirmiyor mu -bu eski bir tartışma-?

F.C. : Evet, bu, doğrudan şu anki tartışmamızla ilgili olmayan, ancak çoğu hastanın günümüzde kronik hastalıklara sahip olduğu ve bu hastalıklarla mümkün olan en iyi şekilde yaşamak zorunda olduğu gerçeğinden dolayı bir meseledir. Ve hastalık artık sadece ölümle sonuçlanan bir akut aşama değildir.

Yakın zamana kadar, endişelendiğimiz ve ölme riski taşıyan hasta kişiler vardı, ancak bunlar engelli değildi. Ayrıca, savaş engeli ve fiziksel engel gibi engelli kişiler de vardı, ancak bunlar hasta değildi. Bugün, engel, hastalık ve tam iyi olma hali arasında bir tür süreklilik var; o kadar ki, engelli ve/veya hasta olmasına rağmen iyi olma haline sahip olabiliyoruz, hastalığı veya engeli telafi edip tamamen mutlu bir şekilde yaşayabiliyoruz. Bu nedenle, otonomi ve belirli

bir ölçüde kendi kendine tedavi, hastane tarafından “hastalar” olarak adlandırdığımız, ancak aynı zamanda ebeveynler, vatandaşlar, çalışanlar, dernek aktivistleri, emekliler vb. olan kişiler için büyük bir mesele haline gelmiştir. Bu, onların hastalıkları ve ilaç bilgisi konusunda her zaman bilimsel bir bilgiye sahip olmaları gerektiği anlamına gelmiyor, ancak en azından, hastalıkların kronikleşmesi karşısında otonomi kazanmaları gerektiği anlamına geliyor; böylece her hafta doktor ziyareti yapmadan, 1 veya 3 tablet alıp almayacaklarını öğrenmek zorunda kalmazlar. Aksi takdirde, ebeveynler, çalışanlar vb. gibi zaten aşırı talep gören kişiler için zihinsel yük açısından ağır olabilecek bir otonomlaşıma ve sorumluluk riski de görüyoruz.

Hastane açısından bakıldığında, denge bugün hastalıklara ve sağlık çalışanlarının davranışlarına göre çok dengesiz. Görünüşe göre bazen çok fazla varız, bazen ise yeterince yokuz. Az önce AFM T l thon (Fransız Miyopati Derneği) içinde yer alan bir aktivistin sunumunu dinledim: ağır engelli çocukların ebeveynleri olduğunda, mesele, zaten oldukça az yardım eden bir dünyada, daha fazla sorumluluk almak değil. Yani burada, kamu politikalarının yetersizliğı ve dernek desteklerinin yetersizliğı nedeniyle aşırı sorumluluk var. Tersine, birçok başka alanda, muhtemelen hastalara yeterince özgürlük tanıımıyoruz. Örneğın, nefroloji alanında, bazen daha fazla özgürlük tanıyan yöntemler sunmak yerine aşırı bir şekilde diyaliz uygulandığında, burada otonomi eksikliği var.

Burada, diğer birçok alanda olduğu gibi, her birinin sağlık durumu ve yaşam koşulları göz önünde bulundurularak hastalara maksimum otonomi sağlamak için bulunması gereken denge oldukça hassastır.

#3 Yerel Ortaklıklar

Bernard Mossé : Ele aldığımız tüm konularla ilgili, Akdeniz havzasına özgü özellikler çıkarılabilir misiniz, yoksa bu, diğer çevresel sorunlar için söylendiği gibi, “dünya için bir laboratuvar” mı olur ?

François Crémieux : Kendim de Akdenizli olduğum ve Marseille’de yaşadığım için, bu şekilde düşünmek cazip olabilir. Ancak muhtemelen bu alanda incelenmesi gereken başka ilginç bölgeler de var.

İlk yorumum, çevremizin kenarında olduğumuz ve bunun kırılganlığını algıladığımızdır. Bu da bizi kendi kırılganlığımıza yönlendiriyor. Akdeniz tarihine ilgi duyan herkes, bu ekosistemin çok büyük kırılganlık dönemleri yaşadığını görecektir; bazı dönemlerde büyük ölçüde kapandığı veya aksine geliştiği, birçok suyunu kaybettiği dönemler olmuştur... Yani, bunu düşünmek cazip.

İkincisi, biraz seyahat ettiğinizde, dünyanın birçok yerinde çevrenin de dikkat çekici olduğunu görüyorsunuz; büyük tehlike altında olan dağ ekosistemleri, kaybolmuş deniz kıyıları veya kentsel alanları yavaş yavaş yiyen çöl bölgeleri gibi...

Akdeniz'in bize hitap ettiğini görmek sorumsuzca olmaz, ancak bunun diğer yerleşik ekosistemlerle aynı ölçüde olduğunu düşünüyorum.

Son yorumum, Akdeniz'in, birbirinden çok farklı siyasi ve sosyolojik ortamlarda yaşayan nüfusları ilgilendiren olağanüstü bir niteliğe sahip olduğudur. Bu, çok farklı tarihlere sahip halklar arasında ortak bir iklimsel zorlukla karşı karşıya kalmaları nedeniyle heyecan verici bir kolektif sorun yaratıyor. Bu, demokrasi, politik ve toplumsal meseleler ile çevresel meseleler arasındaki bağlantıyı kurmak için iyi bir bahane. Daha homojen topluluklarda, aynı iklim riskiyle karşılaştığınızda bu durum bazen daha az geçerlidir.

B.M. : APMH, en savunmasız olanların sağlık hizmetlerine erişimini organize etmek gibi toplumsal sorunlarla nasıl ilgileniyor? Özel bir dikkat var mı, özel mekanizmalar oluşturuldu mu?

F.C. : Benim için ilk mesele, APMH'nin **kamusal hizmet** olarak sorumluluklarının bilincinde olmasıdır. Sağlık eşitsizliklerinin ve sağlık eşitsizlikleri içinde sağlık hizmetlerine erişimin öneminin herkes tarafından kabul edilmesi gerekir; sağlık hizmetlerine erişim, eşitsizliklerin tek nedeni değildir, ancak buna katkıda bulunur. Ve ben önleme, eğitim ve hastalıkla başa çıkmayı da dahil ediyorum. Kamu sağlık hizmeti ve diğerleri arasında, hastaneler, bu konuyu ele alma sorumluluğuna sahiptir. Bu, bir gerçek gibi görünebilir, ancak aslında durum böyle değil. Yani, Marseille Kamu Hastaneleri, adı ne olursa olsun, görevleri arasında kamu yardımı ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılması yoktur... Bizim görevlerimiz bakım, eğitim ve araştırmadır. Yani, eşitsizlikler meselesinin sorumluluğu, hastanelerle ilgili yasalar ve kamu sağlığı yasası dışında, içsel olarak yoktur. Sadece bu durum kendiliğinden gelmez, bazen bize itiraz edilir: bu, birinci basamak tıbbi veya özel tıp ile ilgili olur. Bu nedenle, benim için önemli olan ilk şey, bu konunun, nadir hastalıkların tedavi organizasyonu, pediatrik acil durumlar, organ nakilleri veya 24 saat acil hizmetlere erişim gibi diğer öncelikli konularla aynı önceliğe sahip olduğunu açıkça ve yüksek sesle yeniden ifade etmektir. Bu, bizi zorlayan bir meseledir.

İkinci yorumum: İşbirliği içinde hareket etmek veya zaten bunu yapanlarla destekleyici olmak gerekir. Bu, sivil toplum, özel sektör, birinci basamak tıbbi, PMI (anne ve çocuk koruma hizmetleri) ile yapıcı ilişkiler gerektirir, vb. APMH'nin her bir hizmeti, sorumlu olduğu belirli terapötik alanla çevresiyle ilişki içindedir. Örneğin, kurumsal olan engelli bireylerin somatik sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmek. Bu, tıbbi-sosyal ve hastane sektörleri arasında tipik bir işbirliğidir.

Ve üçüncü olarak, eğer hiçbir şey yoksa, kamu hizmeti olmalıdır. Bu, kamu hizmetinin ne olması gerektiğinin özüdür. Yani, Marseille'nin kuzey mahallelerinde, çalışma koşulları, konut, tıbbi demografi gibi nedenlerle sağlık

hizmeti sunumu yoksa, kamu hizmeti bunu sağlamalıdır. Bu, popüler mahallelerde sağlık merkezleri oluşturarak ve geliştirerek yaptığımız şeydir. Bu, eğitim, ulaşım veya diğer alanlarda da aynı şekilde olmalıdır... Yani, kamu hastanelerinin sağlık eşitsizlikleriyle mücadele etme ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik sağlama görevini üstlenmesi gerektiğini içsel ve dışsal bir farkındalıkla sağlamak ve üstlenmek gerekir: bu, gerçekte, sağlık hizmetlerine erişimi organize eden yapıların açılmasıyla sağlanmalıdır.

B.M. : Örneğin, bu, Şehir Politikası'nın çeşitli mahallelerinde oluşturulan kamu hizmeti platformlarına katılım ile somutlaşıyor mu ?

F.C. : Fiziksel olarak hayır. Ancak, evet, diğer kamu hizmetleriyle, hastaların haklarına erişim için katkıda bulunanlarla, diğer ortamlardaki bireylerin bakımına yönelik olarak bir ağ içinde çalışıyoruz: okul sağlığı, iş sağlığı, PMI, yaşlılar için yapılar, sağlık ve sosyal tesisler, tıbbi eğitim enstitüleri veya bazı özel tıbbi merkezler... Ayrıca, gençlik yargı koruma hizmetlerinin tümüyle, ceza infaz kurumlarıyla da çalışıyoruz...

BM : APMH ve hizmetlerinin çevresel geçiş ve sürdürülebilir kalkınma hedefleri doğrultusunda yürüttüğü herhangi bir eylem var mı ?

F.C. : Çevresel geçiş konusunda en uzman kişi değilim. Daha spesifik örnekler verebiliriz, ancak cevap kısmen evet, özellikle eğitim açısından. Örneğin, bugün, devlet memurlarının eğitimine yönelik teşviklerimiz var – bazı alanlarda bu, zorunluluk haline gelmeye başlıyor – ve kamu hastane hizmetine bağlı olanlar. Bu nedenle, aramızdan bazıları bu tür eğitimlere katılma fırsatı buldu. Bu çok yenidir, sadece birkaç yıl oldu ve bu nedenle bu eğitimler inşa aşamasındadır. Yüksek Sağlık Okulu (EHESP), kamu hastane hizmetinin genç yöneticilerini çevresel meseleler konusunda eğitmek için şu anda eğitim mekanizmalarına sahiptir. Ayrıca, sorumlu satın alma, tüm işverenler gibi hareket etme zorunluluğu gibi düzenleyici taleplerle ilgili çapraz meselelerimiz var. Ne daha fazla ne de daha az.

Émilie Garrido-Pradalié : Diğer taraftan, bir proje sunduğumuzda, örneğin Avrupa düzeyinde, sosyal ve çevresel sorumluluğumuzu üstleniyoruz: bu, kadın-erkek eşitliği veya içerde istihdama erişim gibi beklentilerin bir parçasıdır...

Bu alanda, en uzak kitlelerin istihdama erişimi için France Travail ile çalışıyoruz. Çalışma Bakanlığı'nın mesleki entegrasyon programları kapsamında gençleri kabul ediyoruz.

Bu konuda, farkındalığın çok güçlü olduğu, ekiplerimiz arasında güçlü bir şekilde var olduğu, ancak çevresel geçiş eylemlerinin yapılandırılmasında henüz başlangıç aşamasında olduğumuzu söyleyebiliriz.

BM : Uyguladığınız kamu sağlık politikaları, yerel düzeyde özel sağlık sektörünün eylemleriyle nasıl bir ilişki içinde?

F.C. : Öncelikle, bir önlem olarak, ekleyeceğim olumsuzluk, çok ilgili bir dizi bireyin taahhüdünü azaltmaz ve birkaç istisna dışında, bu dayanışma, yoksullara

yardım ve eşitsizliklerin tedavisi konularında özellikle motive olmuş bazı kurumların taahhüdünü azaltmaz. Bunu söyledikten sonra, özel sektörün gerçekliği ve evrimi, kamu ve özel sektör eylemlerinin entegrasyonu yönünde gitmiyor. Kamu politikalarının kendisi bazen liberal mantığı benimsemekte - finansman modeli veya faaliyet tarifi yoluyla- ve birkaç on yıl önce hayır kurumlarının sorumluluğuna ait olan şeylerden uzaklaşmaktadır. Özel sektör de bazen kamu hizmetinin bazı görevlerini üstlenmektedir: örneğin, bazı kliniklerde sağlık hizmetlerine erişim için sürekli hizmetler; veya zor bölgelerde serbest hekimlerin varlığı... Ayrıca, AME'nin (Aide Médicale d'État), yalnızca kamu hastanelerinin ötesinde yabancılar için sağlık hizmeti sunumunu sürdürmek de bir meseledir. Yani, hayır, burada bahsettiğimiz temel mesele, kabul, misafirperverlik etrafında, kamu hizmetinin kesinlikle tek başına sahip olduğu bir şey değil. Ancak yapıların, ekonomik modellerin evrimi vb. nedeniyle, bugün bunun ana garantörü durumundadır.

APHM Genel Müdürü olarak, çelişkili taleplerin baskısı altında değilim. Bir yandan APHM profesyonellerine, diğer yandan siyasi güce, öncelikle denetim otoritem aracılığıyla ve çoğunlukla seçilmişlerden oluşan bir denetim kuruluna yanıt veriyorum. Hiçbir zaman, Kamu Yardımının gelişimi etrafında ekonomik çıkarları olan insanlara yanıt vermiyorum. Bu, özel bir yapı için geçerli değildir; özel yapı, yatırım yapanlara ve bazen siyasi meselelerden çok uzak olanlara yanıt vermek zorundadır.

Öte yandan, kamu politikası, yararlanıcıların segmentasyonu, iki hızda bir sistemde başarısız olmuştur; bu da çift etkisi vardır. Birincisi, özel sektörü, kamu sektörüne göre farklı konaklama koşullarında yatırım yapma kapasitesine yönlendirmektir; daha iyi durumda olan tesislere sahip olmak veya bazıları için doktorlarını daha iyi ödemek ya da diğerleri için yatırımcılar için daha fazla marj sağlamak...

Öte yandan, CHU dünyasında özel sektörle çok az rekabet şansımız var. Çünkü sonuçta, CHU, çok özel referans faaliyetlerinde belirli bir tekelini korumuştur. Ayrıca, yerel bir hizmet sunmaya devam ediyoruz. Diğer bir avantaj, tıbbi eğitimin tamamen kamuya ait olmasıdır: Fransız üniversitesi bunun tekelini korumuştur. Bu nedenle, kamu hizmetinin istikrarını ve korunmasını sağlayan belirli unsurlara sahibiz. Ancak, yararlanıcıların kamu ve özel sektör arasında bölünmesi, kamu sektörü ve dolayısıyla yararlanıcıları için gerçek bir risk, nihayetinde ölümcül bir risk oluşturmaktadır.

#4 Uluslararası ortaklıklar ve göçmenler ile mültecilerin tedavisi

Bernard Mossé : Marseille Kamu Hastaneleri (APHM), çevre sağlığı konusunda sağlık teşhis eylemleri gerçekleştiriyor mu, Fransa toprakları dışında, Akdeniz ülkelerinde veya dünyanın başka yerlerinde? Bu yönde uluslararası ortaklıklar geliştiriyor mu?

François Crémieux : Evet. APHM ekipleri ile yabancı ekipler arasında sağlık çevresi üzerine olmasa da birçok işbirliği programı var. Şu anda, Dakar'da Senegal'de, kadınlara yönelik şiddet konusuyla ilgili bir hafta boyunca büyük bir delegasyon var. Bu, Conception Hastanesi'nin (Marseille/APHM) jinekoloji obstetrik servisi ve *Maison des Femmes* tarafından başlatılan bir delegasyon. Diğerleri, Dominik Cumhuriyeti'nde kalp cerrahisi veya Vietnam'da ortopedik cerrahi üzerine çalışıyor...

Émilie Garrido-Pradalié : Çevre sağlığı genellikle birinci öncelik değildir. Örneğin Dakar'da, öncelikli mesele hijyen koruma erişimi ve yönetimidir. Yani bu hem ekonomik bir mesele, hem de sağlık hizmetlerine erişim meselesi ve diğer taraftan atık yönetimi ile ilgili çevresel bir meseledir.

François Crémieux : Öncelikle, çevre sağlığı konusundaki farkındalığımız oldukça yenidir, henüz kurumlarımızda yapılandırılmamıştır. Ayrıca, ne yazık ki, içerdeki iş yükü muhtemelen mevcut tüm bant genişliğini kaplıyor. Etkili bir eyleme geçiş, deneyim paylaşmamıza, bazı alanlarda daha hızlı ilerlememize olanak tanıyacak projeleri tanımlamak için bir destek mühendisliği gerektirecektir. Gerçekten de, iklim dayanıklılığı gibi çok teknik konularda öğrenilecek çok şey olduğunu düşünüyorum; bu, sıcaklık, sıcak veya soğuk ile ilgili, bazen de düzenleyici ilkelerimize aykırı olan mimari tekniklerle ilgilidir.

Her halükarda, bu konunun ipini çekmek ilginç olurdu. Ama size yanıt vermek gerekirse, bugün çevre sağlığı alanında uluslararası işbirliği projelerimiz yok. Ama muhtemelen iki yıl sonra tekrar bir araya geldiğimizde, bu konular ortaya çıkacak çünkü bunlar ortaya çıkan konuların bir parçasıdır.

BM : Uluslararası işbirliği ve sağlık alanında ortak gelişimin önemini vurguladınız, ama Fransa'daki yabancıların tedavisi, misafirperverlik politikamız ve hastane kavramı ile ilgili ne düşünüyorsunuz?

Öncelikle, Fransa'nın yabancılarla yönelik sağlık politikası hakkında bir değerlendirme yapabilir miyiz? Bu konu, AME'nin (Yasa dışı durumda olan yabancılarla sağlık hizmeti sağlayan devlet yardımı) yeniden gözden geçirilmesi ile güncel bir mesele haline geldi.

F.C. : Öncelikle şunu söylemeliyim ki **Fransa'daki yabancılarla yönelik sağlık politikası iyi ve makuldür**. Bugün için konuşuyorum ve bu nedenle korunmalı ve sürdürülmelidir.

Bir yandan, bu politika genel olarak hemen hemen tüm yabancıları kapsıyor, durumları ne olursa olsun, geçici olanlar da dahil. Bence bu, çevremizdeki insanlar için, kendimiz veya sevdiklerimiz için istediğimiz bakım kalitesini istemek gibi temel bir insani duygudur. Bugün genel olarak Fransız sistemi,

herkese tüm sağlık hizmetlerini garanti ediyor. Elbette bazı kısıtlamalarla birlikte: AME, örneğin diş tedavilerini dışlayan kısıtlayıcı bir sağlık hizmeti paketidir...

Bu, güzel bir misafirperverliği garanti eden bir tedavi ve hem sağlık hizmetlerinin doğası hem de kabul koşulları açısından makuldür. Mali açıdan, 2024'te AME için yaklaşık 1,1 milyar euro harcandığını hatırlamak gerekir; bu, Fransa'daki sağlık harcamalarının yaklaşık 250 milyar euro olduğunu düşündüğümüzde, %0,5'ten daha azdır. Öngörülen kısıtlamalar, harcamayı 1,1 milyardan 900 milyon euroya düşürecektir. Başka bir deyişle, bu, öncelikle mali bir konu olmaktan çok siyasi bir konudur. İşte bu nedenle bu sistemi korumamız gerektiğini düşünüyorum. Ne kadar maliyetli olduğu için değil, misafirperverliğin temelini oluşturduğu için. Ve risk, değerlerimizi kaybetmek ve para kaybetmek değil. Bu biraz basit, ama konu bu... .

BM : Daha cynik bir bakış ağısıyla, bu aynı zamanda herkes için bir halk sağlığı meselesidir.

F.C. : Evet, haklısınız. Ama her zaman tedavi etmektense önlemek daha iyidir. Erken tedavi, geğ tedavi etmekten daha iyidir. Örneğin, hamile bir kadını iyi koşullarda tedavi etmek daha iyidir. Veya tüm nüfusu enfeksiyon hastalıkları için tedavi etmek daha iyidir... Ama bu alana girmek bile, aslında bir tartışmaya girmek demektir, nasıl söylesem, faydacı bir tartışmaya. Bu, öncelikle insanlığımızın bir parçasını inşa eden bir sistemdir çünkü bu, kolektif değerlerimizin taşındığı bir durumdur. Bir an için, verilen sağlık hizmetlerinin, kaçınılmış sağlık hizmetlerinden biraz daha pahalı olduğunu fark ettiğimizi hayal edelim. Bu, AME'yi sorgular mı? Temel mesele şudur: Benim için, eğer Akdeniz'i ters yönde geğseydim, komşum için neyi isterdim? Güney ülkelerinin beni, sevdiklerimi, ailemi, ebeveynlerimi nasıl karşılayacağı konusunda cimri mi davranırdım? Yoksa insanlığın temellerinde, antropologların söylediği gibi, komşusunu karşılamak ve onu mümkün olan en iyi şekilde tedavi etmek, hatta kendi yakınlarını tedavi etmek gibi bir anlayış mı var?

Bu, hem kişisel taahhüdümün bir parçasını oluşturuyor, hem de APHM'de çalışan 18.000 kişinin kolektif taahhüdünün büyük bir kısmını oluşturuyor.

BM : Önceki konuşmamızda Akdeniz'in olası özgünlüğünden bahsetmiştik. Bugün, dünyanın en yoğun göçmen geğiş alanı, aynı zamanda en ölümcül olanıdır; resmi olarak son on yılda 30.000 kişinin hayatını kaybettiği, gerçekte ise muhtemelen 60.000 kişinin öldüğü bir yer. Göçmen krizine bağlı üzücü bir rekor ve bu aslında göçmenlerin kabulü ile ilgili bir krizdir. APHM, Akdeniz'deki veya başka yerlerdeki mülteciler için özel önlemler alıyor mu?

F.C. : Evet. Öncelikle, genel hukuk çerçevesinde bazı önlemler var. Hakları olmayan, ancak hak kazanabilecek kişiler için hastaneye gitmelerini, sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını ve sosyal hizmet uzmanları aracılığıyla hak ağılışında yardımcı olmalarını sağlayan sağlık hizmetlerine erişim süreklilikleri var. Bu örnek, hem ekipler, hem yerler hem de bir organizasyon ile ilgilidir.

Diğer yandan, muhtemelen hem Marseille hem de Akdeniz'e özgü bir durum olarak, ekipler, özellikle refakatsiz çocuklar, sokakta veya yurtlarda yaşayan göçmenler, uyuşturucu bağımlıları ve daha önce bahsedilen ruh sağlığı veya sokakta yaşayanların psikiyatrisi ile ilgili özel önlemler geliştirmiştir; bunlar arasında geçiş veya göç halinde olanlar veya artık uzun vadeli olarak Marseille'de yaşayan göçmenler bulunmaktadır. Bu nedenle, konut, kadın güvenliği gibi karşılanmamış ihtiyaçlara yanıt verme gerekliliğinden doğan görevler vardır... Marseille'de özellikle geliştirilmiş önlemler.

BM : APHM tarafından mı yoksa diğer hizmetlerle bağlantılı olarak mı uygulandı?

É. G-P. : İki de. Bazen APHM'in inisiyatifiyle. *Médecins du Monde* gibi dernekler de olabilir. Sokak psikiyatrisi üzerine çok fazla katılım gösteren MARSS (Hareket ve Sağlık ve Sosyal Yeniden Kazanım için Eylem) projesi etrafında yer alan psikiyatrist ekipleri var; bu, APHM'in çok iyi bir şekilde derneklerle işbirliği içinde yürüttüğü bir girişimdir. Ayrıca, tüm kadınlara yönelik şiddetle ilgili olan *Maison des Femmes* de var; bu, Marseille burjuvası içinde bile kadınlara yönelik şiddeti kapsıyor, ancak aynı zamanda göç sürecinde olan kadınları da kapsıyor; burada, Conception Maternitesi'nde, Fransa'ya yeni gelen kadınların doğum yapma oranı oldukça yüksektir. *Maison des Femmes*, sosyal, sağlık ve konut alanında da onların bakımına katkıda bulunmaktadır. Yani, hem APHM ekiplerinin hem de sivil toplumun girişimleri var...

F.C. : Bu, hizmetlerin bireysel veya kolektif inisiyatiflerinin bir toplamıdır; şansımız var ki, bu tür önlemleri organize etmeye istekli ekipler var ve bunları yapabilmeleri için destek ve özellikle zaman açısından nasıl destekleyebileceğimiz sorusu var. Ancak çoğu ekip, pediatri, jinekoloji obstetrik, psikiyatri, acil servisler gibi alanlarda projeler taşımaktadır. Bu konularda, diğer konulara göre daha az bir mobilizasyon, emülasyon ve gönüllü taahhüt olduğunu düşünüyorum; dayanışma görevlerinde, güçlü bir kültür ve tarih olduğu için bir spontaneite var. Ve bu, ekiplerimizin üstlendiği hastaların günlük gerçekliği ile de bağlantılıdır... ister doktorlar, hemşireler, hemşire yardımcıları veya idari sorumlular olsun.

#5 NAVIRE-AVENIR projesi: denizde kurtarma için bir hastane gemisi

BM : Misafirperverlik konusuna geri dönüyorum. APHM, NEEDE Méditerranée derneğimiz adına bir süre destekleyebildiğim büyük ölçekli bir projeye katılıyor, Émilie sayesinde: NAVIRE-AVENIR projesi, Akdeniz'deki göçmenlerin kurtarılması için bir hastane gemisi yaratma.

F.C. : Öncelikle, katılımımızın öncelikle bir ruh meselesi olduğunu söylemek istiyorum.

Bir geminin inşasından bahsetmeden önce, bu inşayı yönlendiren fikirle olan katılımımızdan bahsetmek gerekiyor. Bu konuda çok ısrarcıyım. Göçmenlerin denizde bakımını üstlenmeye adanmış bir gemi inşa etme fikrini yaşatabilme yeteneğimiz, belirli bir ölçüde zaman kaybı olarak algılanabilir. Özellikle bugün kurtarma ile ilgilenenler tarafından. Acaba gerçekten acil bir gemi veya simgesel bir filoya dair bir fikir üzerinde düşünmek mi acil? Az önce Akdeniz’de yaşanan on binlerce ölümden bahsetmiştiniz. Acaba mümkün olan en kısa sürede ve en hızlı şekilde mümkün olan en fazla insanı kurtarmak için tüm enerjimizi ve paramızı bu misyona ayırmak mı acil? Şüphesiz. Ama aynı zamanda, denizdeki kurtarmanın sadece acil bir kurtarma olmaması gerektiği fikrini de yaşatmaya devam etmeliyiz... Ama bu, bu trajedilere karşı insanlığımızın kalanını da dahil etmeli. Dolayısıyla, ilk katkımız, bir gemi inşa etmenin ya da bir filonun inşa etmenin, kurtarma eyleminin ötesinde, gemiye varış ile karaya varış arasında insani eylemlerin sürekliliği fikrini çalışmak olduğunu düşünmektir.

BM : Uluslararası Sözleşme (Sarr, 1979) ruhuna göre, denizcilerin sadece zor durumda olanlara yardım etme değil, onları “güvenli bir yere götürme” yükümlülüğü vardır...

F.C. : ... onları güvenli bir yere götürmek, evet, ama bu, geminin denizde birkaç yüz metre uzakta bir zodyak üzerindeki insanlar tarafından nasıl tanımlandığıyla başlar. Ama ardından ilk karşılaşmalar, ilk söylenen kelimeler, yenen ilk yiyecek ve ardından karaya çıkış gelir. Bu nasıl ve nerede gerçekleşiyor? Ama aynı zamanda haklara erişim, yakınlarıyla nasıl iletişim kurulacağı, telefon sim kartı nasıl alınacağı gibi idari sorular da var, ve daha neler... Misafirperverlik eylemleri geminin güvertesinde başlar. Ama kurtarılan kişiler için, gemiye ulaşmadan önce olanları ve sonrasında olacakları dikkate alarak bir süreklilik sağlamak zorundayız. Az önce *Maison des Femmes*’den bahsetmiştik: birçok akademisyen ve sivil toplum aktivisti tarafından tanımlanan özelliklerden biri, kadınların göç yolculukları sırasında maruz kaldıkları neredeyse sistematik şiddettir; bu yolculuk yıllar sürebilir ve kadınlar özellikle bu şiddetin kurbanıdır.

Dolayısıyla, bu konunun özel olarak ele alınması, kurtarma eylemi kadar önemlidir.

Proje, denizdeki kurtarma eyleminden karadaki karşılamaya kadar tüm kurtarma yönlerini dikkate almalıdır.

É.G-P. : Bu, gemiyi çevreleyen semboller gibi görünse de, geminin tasarımı, bayrağı, işaretleri gibi detaylarda kendini gösteriyor... Bunlar, nihayetinde geminin kendisinin inşası kadar önemli konulardır. Hemşirelik alanındaki tasarımlara katılan sanatçılar, gemideki yiyecekler üzerinde çalışan diyetisyenler, gemide gerekli enerji akışları üzerinde çalışan teknisyenler var, vb.

BM : Son aylarda NAVIRE-AVENIR projesinin gelişimini takip edebildim, Émilie

sayesinde. Şu anda nerede bulunuyoruz? Önümüzdeki yıllarda somutlaşma umudu var mı?

F.C. : Bu, makul bir umut değil. Bu yapının gerçekleştirilmesi fikri muhtemel ve umarım bir gün birkaç tane inşa edilecektir. Burada, hem finansal hem de inşaat, mimari vb. çok operasyonel mantıklara giriyoruz. Bu perspektifi akılda tutmak, fikri yaşatmak için gereklidir. Fikir ile gerçekleştirilmesi arasında bulunması gereken birkaç on milyon euro var. Her durumda, bu projeyi taşımak, fikir somutlaşabileceği için anlam kazanır. Şimdi, gerçekten somutlaşma olasılığı nedir? Bilmiyorum. Dolayısıyla, sorunuza yanıt vermek tanım gereği evet.

BM : Gramsci'yi alıntılarla özetleyebilir miyim: aklın karamsarlığı, iradenin iyimserliği?

F.C. : Aklın karamsarlığı, hayır. İradenin iyimserliği, evet, çünkü irade olmadan bu işlemez. Bu tarihte, finansal tetikleyici, birkaç on milyon euro henüz bulunmadı. Ama bunların bir sorun olmaması gerektiğine inanıyorum. Ben kamu maliyesiyle ilgileniyorum. Kamu sağlığı bütçesi 1,9 milyar euro. Ve bu rakamlarla oynamaya alışkınım: ben, Marseillaislerin Kamu Yardımı tarafından karşılanması için paranın muhasebecisiyim. Dolayısıyla, bir yandan çok zengin bir ülkenin bütçesi üzerinde dönen tartışmaları gözlemlerken, diğer yandan, NAVIRE-AVENIR projesi veya Hastane'nin işleyişi ile ilgili komik görünen rakamları görüyorum. Ve bazen, bu sadece birkaç on milyon euro değil, bir Kamu Yardımı hizmetinde gerekli malzemeyi satın almak için eksik olabilecek birkaç bin eurodur. Siyasi açıdan, kendimize koyduğumuz önceliklerle kısıtlı bir dünyadayız. Ve muhtemelen NAVIRE-AVENIR projesi, şu anda Fransa'daki siyasi önceliklerin en başında değildir. Yine de, bir hareketin iyimserliği içindeyiz, eğer irade değilse, en azından eylem: bu, hareketin iyimserliğidir.

Dolayısıyla, bu projeye katkıda bulunuyoruz çünkü bu, APHM profesyonellerinin kolektif taahhüdünü temel alan tüm tartışmalarla yankılanıyor. APHM'deki 18.000 profesyonel olarak, Akdeniz, göç ve denizde kurtarma konusundaki görüşlerimiz her zaman aynı değil. Ve kesinlikle aynı siyasi görüşlere sahip değiliz. Ama yine de, en savunmasız olanlara dikkat etme meselesinin, yaptığımız meslekler aracılığıyla somutlaştığı bir ortamda çalıştığımız ortak bir noktamız var. Ve özellikle beyaz önlük giyenler için, benim için daha fazla. Ama yine de, hepimiz, insanlık eylemlerinin belirli bir biçimini somutlaştıran bu deneyimden etkileniyoruz.

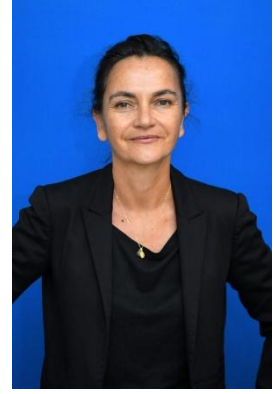
Denizde kurtarma ve göçmenlerin karşılanması için bir hastane gemisi yaratma projesi, bunun güzel ve derin bir tezahürüdür.

Biyografiler

François Crémieux eşsiz ve çok yönlü bir sağlık bürokratıdır. Paris Dauphine ve Lancaster (İngiltere) üniversitelerinden ekonomi diploması ve Paris Diderot tıp fakültesinden halk sağlığı diploması almıştır. Haziran 2021'den beri, APHM'yi yönetmektedir. Uzun bir hastane yöneticiliği kariyeri geçirmiştir; Clermont de l'Oise hastane merkezinden Kosova'daki Kosovska Mitrovica hastanesine kadar, Marisol Touraine, sosyal işler ve sağlık bakanı ile danışmanlık yapmış ve APHP Genel Müdürlüğü'nde Martin Hirsch'in yardımcılığını üstlenmiştir. Taahhüdü, çok yönlü eylemlerle şekillenmiştir: 1990'larda Bosna'da gönüllü olarak, tam savaş sırasında; uzun zamandır Esprit dergisinin editörler kurulunda; sağlık hizmetlerine erişimde sosyal eşitsizlikleri azaltmak için ön saflarda bir hastane yanlısıdır.



Emilie Garrido-Pradalié APHM'de yenilikten sorumlu hastane direktörüdür. Montpellier Üniversitesi'nden teorik ve uygulamalı ekonomi diploması ve Alès Maden Okulu'ndan bilgisayar ve bilgi sistemleri diploması almıştır. Kariyerine Georges Frêche'in yönettiği Montpellier Metropolü'nde kamu hizmetinde başlamıştır. 2008 yılında Montpellier CHU'ya katılarak insan kaynakları, tıbbi ve tıbbi olmayan alanlarda değişim yönetimi faaliyetleri yürütmüştür, ardından Haziran 2018'den itibaren APHM'de araştırma yöneticiliği yapmıştır.



Bernard Mossé arihçi, NEEDE Méditerranée derneği Araştırma, Eğitim, Eğitim sorumlusudur. Camp des Milles Vakfı Bilimsel Konseyi üyesidir – Hafıza ve Eğitim için, burada UNESCO "Vatandaşlık Eğitimi, İnsan Bilimleri ve Hafızaların Birleşimi" kürsüsünün bilimsel sorumlusuydu (Aix-Marseille Üniversitesi / Camp des Milles).

Çevrimiçi Makaleler

Marsactu'da Röportaj, 2022:

[“AP-HM, en savunmasız olanların ona gelmesini beklememelidir”](#)

Le Monde'da Makale, 2023 :

[Hastaneye odaklanırken, gerçek sorunların gözden kaçırılması riskiyle karşı karşıyayız](#)

CAIRN'da Makale, 2024.

[Bir üniversite hastanesi tarafından desteklenen bir sağlık merkezi mi? Marseille üniversite hastanelerinin deneyimi](#) Michel Rotily, François Crémieux, Olivier Gauche, Anne Galinier, Johanne Menu

