

Santé publique et environnement Les Hôpitaux de Marseille face à la crise écologique



Entretien de Bernard Mossé, responsable scientifique de NEEDE Méditerranée, avec François Crémieux, directeur général de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (APHM) et Émilie Garrido-Pradalié, directrice de l'innovation de l'APHM.

#1 Les impacts directs et indirects de la crise écologique sur les questions de santé

Bernard Mossé : Nous allons aborder ensemble la question des impacts de la crise écologique sur la santé. Pouvez-vous nous en dresser un tableau général, au vu des problèmes que vous avez à affronter dans vos missions de direction des Hôpitaux de Marseille ?

François Crémieux : Face à une question aussi large, je distinguerais les impacts indirects et les impacts directs. Il y a un impact majeur du dérèglement climatique à la fois sur les conditions de vie dont dépend la bonne santé des populations et sur des maladies liées directement à l'environnement.

Le premier, c'est l'**impact indirect** de la crise écologique sur la santé. On l'observe sur les grands événements climatiques qui ont un impact sur le vivre ensemble, sur les mobilités, l'éducation,

l'organisation des villes, etc. La crise écologique influe sur les facteurs de santé comme la démographie, l'espérance de vie, les conditions d'éducation, et notamment sur les déplacements, j'y reviendrai. Et donc, la première remarque, sans lien direct avec les soins procurés à l'Assistance publique, c'est que la crise écologique a un impact majeur sur les conditions de vie. Et donc sur les interactions entre les différents grands espaces à l'échelle mondiale.

Et puis il existe des impacts qui vont plus loin et qui sont des **impacts directs** sur la maladie et sur tout ce que nous nommons « santé environnementale ». Je vois en particulier l'émergence de maladies nouvelles qui sont liées au dérèglement climatique, ou le déplacement de maladies qui étaient historiquement contenues dans certaines régions du monde et qui aujourd'hui sont en train de se déplacer. En particulier, les maladies à transmission vectorielle. Par exemple, des maladies transmises par des moustiques qui étaient jusqu'à présent réservées à des zones tropicales et qui se déplacent vers nos régions du fait du dérèglement climatique.

Pour résumer, un premier impact sur les populations et un deuxième sur les maladies. Voilà ma réponse un peu générale à une question qui l'est tout autant.

Bernard Mossé : C'est un impact que vous ressentez déjà concrètement dans les hôpitaux de l'APHM ?

Émilie Garrido-Pradalié : Oui, bien sûr, il y a des exemples concrets de changement de prise en charge, notamment dans les services de pneumologie de l'hôpital Nord où se développent à la fois de nouvelles analyses sur la santé, et des actions davantage tournées vers la prévention, sur l'exposition des personnes à des contextes dangereux : que ce soit en lien avec l'habitat, le milieu professionnel, ou à des évolutions de l'air dans les grandes villes comme Marseille...

Bernard Mossé : Vous voulez parler des allergies ou des épisodes caniculaires ? Avez-vous mesuré l'augmentation de ces cas dans les hôpitaux ?

Émilie Garrido-Pradalié : Alors, en bonne méditerranéenne, je dirais que la question de la chaleur et des canicules n'est pas traitée par les populations de la même façon partout en France, ni autour de la Méditerranée.

François Crémieux : Pour aller dans le même sens, c'est clair que la canicule de 2003 a été l'occasion d'une prise de conscience massive dans le nord de la France de notre inadaptation à la fois en termes de conditions de vie et de prise en charge des patients : la canicule a principalement tué des personnes âgées dans le nord de la France, un secteur géographique qui n'était pas habitué à prendre en charge ces personnes qui elles-mêmes n'étaient pas éduquées à la gestion de la chaleur. Le sud de la France, qui n'a certes pas été épargné, a cependant eu nettement moins de décès. Et on voit que, depuis les épisodes de chaleur, on est aujourd'hui, à la fois sur le plan de la formation des professionnels, de la formation des aidants, de la formation des patients eux-mêmes et de leurs proches, bien plus aptes probablement à assumer des pics de température qu'on ne l'était il y a 20 ans. C'était quand même il y a 20 ans, pas vraiment hier ! Et donc, oui, on sent qu'il y a eu à la fois une prise de conscience et une adaptation.

Mais l'autre élément important à relever concernant l'impact environnemental, c'est que, jusqu'à présent, la question du lien entre environnement, conditions de vie et conditions de santé, était globalement perçue comme réservée aux populations en situation exceptionnelle et défavorable. Par exemple à ceux vivant dans des conditions de logement ou de travail particulièrement dégradées. Tout le monde a conscience depuis très longtemps que travailler dans des conditions de températures extrêmes, chaudes ou froides, est une source de risque. Mais il y avait quand même l'idée que globalement, cela concernait des populations limitées, ciblées, et que si on agissait localement, on pouvait régler le problème. On s'est aperçu récemment qu'il n'en est rien,

que l'impact de l'environnement sur notre santé concerne tout le monde et pas forcément de la même manière. Je pense qu'il y a une prise de conscience que les conditions dans lesquelles on est logés, dans lesquelles on est éduqués, dans lesquelles on est transportés, dans lesquelles on est soignés, tout ça a un impact global sur notre santé. C'est la conséquence de l'émergence du concept de « **One Health** », de **santé unique** ; la conscience qu'on vit dans un « écosystème », pour reprendre un mot à la mode, qui fait que notre santé est quand même au moins aussi dépendante de l'environnement dans lequel on vit que de ce que l'on en peut faire soi-même.

BM : A ce propos, concernant la canicule, mais on peut étendre à d'autres domaines comme la gestion de l'eau, ne pensez-vous pas que les pays du Nord ont beaucoup à apprendre des comportements des pays du Sud, parce qu'ils sont habitués depuis bien plus longtemps à la question du stress hydrique et de la chaleur ?

F.C. : Je pense que de manière générale, il y a deux faits qui expliquent ce que vous venez de dire. Premièrement, il se trouve que le Sud a été confronté depuis longtemps à des enjeux de rigueur environnementale, même si on est tous le sud d'un autre ; mais globalement le Sud a développé des stratégies autour du lien avec la nature, que ce soit sur l'irrigation, la gestion de la chaleur, du soleil, du vent, du froid, du sable, etc. Et donc effectivement, il y a à apprendre des pays du Sud parce qu'ils ont cette expérience de confrontation à l'adversité environnementale.

La deuxième raison pour laquelle on a à apprendre du Sud, c'est que le Nord a largement compensé par sa richesse : par l'air conditionné l'été, le chauffage l'hiver, et les médicaments. Et donc, est-ce qu'on a beaucoup à apprendre du Sud ? Probablement, mais on a aussi beaucoup à transférer au Sud ce qui a permis le développement du Nord, notamment en termes d'infrastructures, d'équipement, de technologie, de science, etc...

Cette meilleure répartition du développement est d'autant plus nécessaire aujourd'hui que nous sommes de plus en plus interdépendants, et notamment en ce qui concerne la santé.

#2 L'extension de la notion de « santé » et les risques qu'elle comporte

Bernard Mossé : Il me semble, à vous écouter, y compris dans nos échanges préalables, notamment sur la question de l'attention aux plus vulnérables, que la notion de santé a pris une extension très large en 3 ou 4 décennies. Que, sans doute dans la foulée des travaux du philosophe Georges Canguilhem, la santé ne peut être seulement définie par l'absence de maladie. Par exemple, ce qu'on appelle aujourd'hui la santé au travail va bien au-delà de ce qu'on entendait par là il y a encore 30 ans.

François Crémieux : Oui, c'est vrai. Et c'est à la fois une victoire et un risque.

D'une part, c'est une victoire qui est en partie liée au fait que l'OMS (Organisation mondiale de la santé) répète avec insistance que **la santé est un « état de complet bien-être physique, mental et social »**, et « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Avec une conception effectivement beaucoup plus générale, quasi-philosophique, et finalement presque inatteignable, de ce qu'est la bonne santé. Donc c'est la victoire de ce concept-là et je pense que c'est une bonne nouvelle.

Deuxièmement, c'est un vrai risque. On le voit aujourd'hui en psychiatrie, dans lequel l'extension de **la notion de maladie psychique est passée de la psychiatrie à la santé mentale, et de la santé mentale au bien-être**, avec des rayons de librairies qui sont couvertes de livres autour de la question du bien-être, qui finissent par nous faire oublier qu'entre le bien-être et la schizophrénie, il y a un état qui n'est clairement pas le même.

Je trouve donc que c'est à la fois une jolie victoire que d'aspirer à ce que ce que nous vivions non seulement en l'absence de maladie, mais par exemple en l'absence de dépendance quand on vieillit, en absence de stress au travail, quand on est par ailleurs en bonne santé somatique. C'est un risque y compris en termes de politiques publiques. On réoriente les moyens finalement non pas vers la solidarité entre les malades et les bien portants, mais dans une sorte de dispersion des moyens à l'égard de tous, y compris des bien portants, et avec peut-être le risque d'une perte de solidarité avec ceux qui sont réellement malades. Je trouve que la psychiatrie aujourd'hui pose clairement cette question-là. Encore une fois, le côté positif de la conception plus globale de la santé mentale vers un état de bien-être et pas simplement de souffrance psychique et somatique des maladies psychiatriques graves, est à la fois la victoire d'une belle conception large et holistique de la santé humaine mais est aussi le risque de la perte d'attention et de solidarité à l'égard de ceux dont la maladie est un handicap et une souffrance forte.

BM : Une des conséquences de cette extension de la notion de santé, est-elle de faire porter tout le poids de la charge sur le système de santé là où les questions sont à traiter plus globalement par d'autres politiques et d'autres structures, économiques et sociales ? Je fais le parallèle avec les questions d'éducation qui renvoient bien au-delà de l'École.

F.C. : Je pense évidemment qu'il y a deux risques.

Le premier, c'est effectivement de tout faire reposer sur le monde de la santé en termes de politiques publiques mais aussi de formation, de moyens, de compétences, etc.

Mais il y a aussi le risque de détourner le monde de la santé vers ces sujets-là. Comme pour la psychiatrie, une des difficultés aujourd'hui, c'est de tenir bon sur les fondamentaux, si on peut dire, en tout cas sur la prise en charge des personnes dont la santé mentale est à ce point dégradée qu'elle en devient une souffrance invalidante : prendre en charge la schizophrénie quand elle est en phase aiguë, les personnes ayant fait des tentatives de suicide, etc. Et ne pas se laisser trop détourner par la question du bien-être.

Il y a un petit risque d'un côté à sur-responsabiliser le monde de la santé et par exemple à déresponsabiliser le monde de l'Éducation sur les enjeux éducatifs ; d'un autre côté à démobiliser le monde de la santé sur ses enjeux principaux. Il s'agit encore une fois de trouver l'équilibre entre une vision large de la santé et la prise en charge efficace des pathologies provoquant les plus grandes souffrances.

B.M. : La recherche de cet équilibre est sans doute aussi un des enjeux de la santé environnementale ?

F.C. : De manière assez précise, l'intérêt grandissant pour les enjeux de **santé environnementale** qui émergent du cœur de l'hôpital nous conduit assez logiquement -ça va dans le sens de votre question- à **sortir de l'hôpital**. Parce qu'en fait, dès qu'on parle de santé en lien avec l'environnement, on est immédiatement amené à sortir, que ce soit pour s'intéresser à l'impact de l'hôpital lui-même sur son environnement ou pour l'impact des soins. Il s'agit d'éviter la maladie en s'adaptant mieux à l'environnement. Donc oui, vous avez raison sur le fait que la santé environnementale porte également de manière inhérente, comme la santé mentale, cette nécessité d'élargir son champ au-delà du monde du soin et des professionnels de la santé.

BM : Outre la question de la prévention, cette élargissement de la notion de santé n'implique-t-

elle pas -c'est un vieux débat- une responsabilisation accrue des malades eux-mêmes dans les traitements ?

F.C. : Oui, ça reste un enjeu pour des raisons qui ne sont pas directement liées à l'échange qu'on est en train d'avoir mais au fait que la plupart des malades aujourd'hui sont atteints de maladies chroniques et qui vont vivre le mieux et le plus longtemps possible avec cette maladie. Et dès lors que la maladie n'est plus seulement une phase aiguë qui mène au décès.

Il y avait en gros, jusqu'à récemment, des personnes malades pour lesquelles on était inquiets et qui risquaient de mourir, mais qui n'étaient pas des handicapés. Et des personnes handicapées, notamment le handicap de guerre et le handicap physique, mais qui n'étaient pas malades. Aujourd'hui, il y a une sorte de continuum entre le handicap, la maladie et le plein état de bien-être, à tel point même qu'on peut être en état de bien-être en étant handicapé et ou malade, en réussissant à compenser la maladie ou le handicap et à vivre parfaitement heureux avec. Et donc oui, la question de l'autonomie, et dans une certaine mesure de l'automédication, de ce que nous appelons depuis l'hôpital « les patients », mais qui sont aussi des parents, des citoyens, des salariés, des militants associatifs, des retraités, etc., est devenue un enjeu majeur. Non pas qu'ils aient toujours une connaissance scientifique de leur maladie et de la pharmacopée pour s'auto-éduquer, mais en tout cas, qu'ils puissent gagner en autonomie face à la chronicité des maladies afin de ne pas dépendre éternellement de la visite hebdomadaire chez le médecin pour savoir s'il faut prendre 1 ou 3 comprimés. A contrario, on voit bien aussi le risque de l'autonomisation et de la responsabilisation, pouvant finir par être lourde à porter en termes de charge mentale pour des personnes déjà hyper-sollicitées comme parents, salariés, etc.

Vu de l'hôpital, l'équilibre est aujourd'hui très instable, selon les maladies, selon le comportement des soignants... Manifestement, on est quelquefois trop présents, quelquefois pas assez. Je viens d'écouter à l'instant même l'exposé d'une militante engagée au sein de l'AFM Téléthon (l'Association française contre les myopathies) : quand on est parents d'enfants handicapés avec des handicaps lourds, la question n'est pas d'être encore plus responsabilisés que ce que l'on est déjà dans un monde qui globalement vous aide assez peu à vivre avec un enfant très lourdement handicapé. Et donc là, on est dans le trop responsabilisant par insuffisance de politiques publiques, d'accompagnement des moyens associatifs. A l'inverse, dans plein d'autres domaines, probablement, on laisse insuffisamment de liberté aux patients. Quand par exemple dans le champ de la néphrologie, on impose de manière excessive des dialyses, à défaut de proposer parfois des méthodes laissant plus de liberté : là, on est au contraire dans le manque d'autonomie.

Ici, comme on le voit dans bien d'autres domaines, le dosage à trouver est délicat pour assurer le maximum d'autonomie aux patients au regard de chaque état de santé et du contexte de vie de chacun d'entre eux.

#3 Les partenariats locaux

Bernard Mossé : Sur tous les sujets que nous venons d'aborder, pouvez-vous dégager des spécificités propres au bassin méditerranéen, ou qui en ferait, comme on le dit pour d'autres problématiques environnementales, « un laboratoire pour le monde » ?

François Crémieux : Ce serait tentant de le penser, quand on est soi-même méditerranéen, qu'on vit à Marseille et qu'on est même en responsabilité des hôpitaux de Marseille. Mais probablement il y a bien d'autres régions aussi intéressantes à étudier dans ce domaine.

Ma première remarque, c'est qu'on est au bord d'un environnement dont on perçoit, je crois, la fragilité et donc ça nous renvoie à notre propre fragilité. Quiconque s'est intéressé à l'histoire de la Méditerranée voit bien qu'il y a eu des périodes de très grande fragilité de cet écosystème, avec des périodes où elle s'est largement refermée ou au contraire développée, où elle a perdu une bonne partie de ses eaux... Donc, c'est tentant de le penser.

Deuxièmement, quand on voyage un peu, il y a quand même beaucoup d'endroits dans le monde où l'environnement interpelle aussi, qu'on soit dans des écosystèmes de montagne qui sont en grand danger pour des raisons de transformation majeure, sur les bords de mers disparues ou dans des déserts qui grignotent progressivement des espaces urbains....

Je pense que ce serait irresponsable de ne pas voir que la Méditerranée nous interpelle, mais je pense qu'elle nous interpelle au même titre que d'autres écosystèmes habités.

Ma dernière remarque, c'est que la Méditerranée a cette qualité exceptionnelle de concerner des populations qui vivent dans des environnements politiques et sociologiques très différents les uns des autres. Et je trouve que ça crée une problématique collective passionnante, entre des peuples aux histoires très différentes, confrontés à un même enjeu climatique. C'est un bon prétexte pour faire le lien entre les enjeux de démocratie, politiques et sociétales, et les enjeux environnementaux. C'est parfois moins le cas quand vous êtes dans des communautés plus homogènes, confrontées à un même risque climatique.

B.M. : Comment l'APHM s'implique-t-elle dans ces enjeux sociétaux, notamment pour organiser l'accès aux soins des plus vulnérables ? Est-ce qu'il y a une attention particulière, des dispositifs particuliers qui ont été mis en place ?

F.C. : Pour moi, le premier enjeu, c'est que l'APHM ait la conscience de ses responsabilités en tant que **service public**. Qu'il y ait la reconnaissance par tous de l'enjeu des inégalités de santé et au sein des inégalités de santé, de l'accès aux soins ; l'accès aux soins n'est pas la seule cause des inégalités, mais elle y contribue. Et j'inclus la prévention, l'éducation, et l'accompagnement de la maladie. Le service public de la santé et, entre autres, le service public hospitalier, a la responsabilité de traiter le sujet. Ça peut paraître une évidence mais en fait, ce n'est pas le cas. C'est à dire que l'Assistance publique des Hôpitaux de Marseille, contrairement à ce que son nom pourrait indiquer, n'a pas dans ses missions l'assistance publique et la réduction des inégalités de santé... Nos missions, c'est le soin, l'enseignement et la recherche. C'est dire qu'il n'y a pas intrinsèquement, et au-delà des textes qui légifèrent sur les hôpitaux et du code de la santé publique, la responsabilité de la question des inégalités. Non seulement cela ne va pas de soi mais ça nous est contesté parfois : cela reviendrait à la médecine de premier recours ou à la médecine libérale. Et donc pour moi, la première chose importante est de réaffirmer haut et fort, en externe et en interne, que cette question-là est une de celles prioritaires, au même titre que l'organisation de la prise en charge des maladies rares, des urgences en pédiatrie, des greffes d'organes ou de l'accès aux urgences 24h/24, etc... C'est dire que c'est un enjeu qui nous oblige. Deuxième remarque : il faut agir en collaboration, ou en appui, avec ceux qui le font déjà. Et donc ça nécessite des relations constructives avec le monde associatif, avec le monde libéral, avec la médecine de premier recours, avec les PMI (services de protection maternelle et infantile), etc... Chaque service de l'APHM est en relation avec son environnement sur l'aire thérapeutique particulière dont il a la charge. Par exemple, améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes handicapées qui sont en institution. Ça, c'est typiquement de la coopération entre les secteurs médico-social et hospitalier.

Et puis troisièmement, quand il n'y a rien, il doit y avoir du service public. C'est l'essence même de ce que le service public doit être. Et donc quand, dans les quartiers Nord de Marseille, on

s'aperçoit que pour des raisons à la fois de conditions de travail, de logement, de démographie médicale, etc. il n'y a plus d'offre de soins, le service public doit le faire. C'est ce qu'on a fait en créant et en développant des centres de santé dans les quartiers populaires de Marseille. Ce doit être la même chose également dans le champ de l'éducation, du transport ou dans d'autres domaines... Et donc, il s'agit d'assurer et d'assumer une prise de conscience interne et externe le fait que le service public hospitalier a comme mission aussi de lutter contre les inégalités de santé et de répondre aux enjeux d'égalité d'accès aux soins : dans les faits et par l'ouverture de structures qui organisent l'accès aux soins dans les lieux où il n'y en a pas.

B.M. : Cela se concrétise-t-il, par exemple, par la participation à des plateformes de service public, comme il s'en crée dans divers quartiers de la Politique de la Ville ?

F.C. : Physiquement, non. En revanche, oui, on travaille en réseau avec d'autres services publics, avec tous ceux qui contribuent à l'accès aux droits pour les patients, à la prise en charge des personnes dans d'autres environnements : santé scolaire, santé au travail, PMI, structures pour personnes âgées, établissements sanitaires et sociaux, instituts médico-éducatifs, ou certains centres médicaux privés... On travaille par ailleurs aussi avec l'ensemble des services de la Protection judiciaire de la jeunesse, avec l'administration pénitentiaire...

BM : Existe-t-il des actions menées par l'APHM et ses services en direction de la transition environnementale et des objectifs de développement durable ?

F.C. : Alors sur la question de la transition environnementale, je ne suis pas le plus expert. On pourrait vous donner des exemples plus précis, mais la réponse est pour partie oui, notamment en termes de formation. Par exemple, on a aujourd'hui des incitatifs -et dans certains domaines ça commence à devenir des obligations- de formation des agents de l'État auxquels la fonction publique hospitalière est associée. Et donc certains d'entre nous ont pu participer à des formations de ce type. C'est très récent, à peine quelques années, et donc ce sont des formations en construction. L'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) a maintenant des dispositifs de formation des jeunes cadres de la fonction publique hospitalière aux enjeux environnementaux. Ensuite, on a des enjeux transversaux qui sont liés à des injonctions réglementaires, si je peux dire, autour de la question des achats responsables, des obligations à faire des plans de mobilité au même titre que tous les employeurs. Pas plus pas moins.

Émilie Garrido-Pradalié : D'autre part, systématiquement, quand nous déposons un projet, par exemple au niveau européen, nous engageons notre responsabilité sociale et environnementale : cela fait partie des attendus, sur l'égalité femmes / hommes ou l'accès à l'emploi, en interne... Sur ce domaine, on travaille avec France Travail à l'accès à l'emploi des publics les plus éloignés. On accueille des jeunes qui sont dans le cadre de programmes du ministère du Travail sur l'insertion professionnelle.

On peut dire que nous en sommes au commencement, non pas de la prise de conscience qui est bien là, et quelquefois très forte parmi nos équipes, mais d'une structuration des actions de transition environnementale.

BM : Est-ce que les politiques de santé publique que vous mettez en place avec vos équipes sont articulées, au niveau local, avec les actions du secteur privé de santé ?

F.C. : Avant toute chose, je veux dire, en guise de précaution mais de manière forte, que le bémol que je vais ajouter immédiatement ne retire rien à l'engagement de toute une série d'individus très impliqués et, à quelques exceptions, de quelques institutions particulièrement motivées sur ces questions de solidarité, de l'accueil des pauvres et du traitement des inégalités. Une fois qu'on a

dit ça, il faut bien constater que la réalité du monde libéral et de son évolution ne va pas dans le sens d'une articulation des actions du secteur public et du secteur privé. On pourrait dire que les politiques publiques elles-mêmes empruntent quelquefois à la logique libérale -par le modèle de financement ou la tarification à l'activité- et qu'elles se sont détournées de ce qui relevait encore il y a quelques décennies des œuvres charitables. Et que de son côté le secteur privé endosse parfois certaines des missions de service public : par exemple, des permanences d'accès aux soins dans certaines cliniques ; ou la présence essentielle de médecins libéraux dans les quartiers difficiles... De même, l'enjeu de l'AME, c'est aussi de maintenir l'offre de soins pour les étrangers au-delà des seuls hôpitaux publics. Et donc non, la question de fond qu'on évoque depuis tout à l'heure autour de l'accueil, de l'hospitalité, le service public n'en a certainement pas l'exclusivité. Mais l'évolution des structures, des modèles économiques, etc., fait qu'il en est aujourd'hui le principal garant.

En tant que directeur général de l'APHM, je ne suis pas sous la pression d'injonctions contradictoires. Je réponds d'un côté à des professionnels de l'APHM qui eux-mêmes répondent à des patients, et, d'un autre côté, je réponds au pouvoir politique, par mon autorité de tutelle en premier lieu et par un conseil de surveillance composé principalement d'élus. A aucun moment, je ne réponds à des gens qui auraient un intérêt économique autour du développement de l'Assistance publique. Ce qui n'est pas le cas d'une structure privée qui doit aussi répondre à celles et ceux qui contribuent à investir et qui parfois sont très, très loin en termes d'enjeux politiques, mais aussi parfois du territoire marseillais.

En revanche, là où la politique publique a failli, c'est dans la segmentation des bénéficiaires, dans un régime à deux vitesses, qui a un double impact. Le premier, c'est d'orienter le secteur privé vers une capacité de rentabilité qui lui permet d'investir dans des conditions hôtelières différentielles par rapport au secteur public ; d'avoir des locaux en meilleur état ou de mieux payer ses médecins pour les uns ou de dégager plus de marge pour les investisseurs, pour les autres... En revanche, on a la chance dans le monde des CHU d'être très peu en concurrence avec le secteur privé. Parce que finalement, le CHU a gardé un certain monopole dans des activités de référence très spécialisées. Et parce que, par ailleurs, on continue à exercer une activité de proximité. Autre atout, la formation médicale, reste exclusivement une formation publique : l'université française en a gardé le monopole. Donc, on possède un certain nombre d'éléments de stabilisation et de préservation du service public. Mais la segmentation des bénéficiaires entre le secteur public et le secteur privé est un vrai risque, à terme létal, pour le secteur public et donc pour ses bénéficiaires.

#4 Les partenariats internationaux et le traitement des migrants et des réfugiés

Bernard Mossé : L'Assistance publique des Hôpitaux de Marseille (APHM) met-elle en place des actions de diagnostic sanitaire, notamment en matière de santé environnementale, en dehors du territoire français, dans des pays de la Méditerranée ou ailleurs dans le monde. Développe-t-elle des partenariats internationaux dans ce sens ?

François Crémieux : Oui. Il y a toute une série de programmes de coopération entre des équipes de l'APHM et des équipes étrangères, mais pas forcément sur la santé environnementale. En ce moment, une grande délégation est au Sénégal, à Dakar pour une semaine, sur la question des violences faites aux femmes. C'est une délégation lancée par le service de gynécologie

obstétrique de l'hôpital de la Conception (Marseille/APHM) et la *Maison des Femmes*. D'autres interviennent sur la chirurgie cardiaque en République dominicaine, ou sur la chirurgie orthopédique au Vietnam...

Émilie Garrido-Pradalié : La santé environnementale est rarement l'axe premier. À Dakar par exemple, l'enjeu premier est l'accès et la gestion des femmes de la protection hygiénique. Donc, c'est à la fois un enjeu économique, un enjeu d'accès aux soins et, d'autre part, un enjeu environnemental sur la gestion des déchets.

François Crémieux : D'abord, notre prise de conscience sur la santé environnementale est quand même récente, elle n'est pas encore structurée dans nos institutions. Ensuite, malheureusement, la masse de travail en interne occupe probablement un peu toute la bande passante disponible. Une mise en action efficace nécessiterait une ingénierie d'accompagnement pour identifier les projets qui nous permettraient de partager de l'expérience, d'aller plus vite dans certains domaines, etc. Je pense qu'effectivement il y aurait beaucoup à apprendre, y compris sur des sujets très techniques comme, par exemple, la construction hospitalière dans les pays du Sud. On a à apprendre sur la résilience climatique, que ce soit par rapport à la température, la chaleur ou le froid, avec des techniques architecturales qui ne sont pas les nôtres, parfois même contraires à nos principes réglementaires.

En tout cas, ce serait intéressant de tirer la ficelle de cette question. Mais pour vous répondre, nous n'avons pas aujourd'hui de projets de coopération internationale en santé environnementale. Mais probablement quand nous nous reverrons dans deux ans, il y en aura parce que ça fait partie des sujets émergents.

BM : Vous avez souligné l'importance de la coopération internationale et du co-développement en matière de santé, mais qu'en est-il du traitement des étrangers en France, de notre politique d'accueil et de nos dispositifs d'hospitalité ; notion dont l'étymologie dit bien la proximité avec la vocation de l'Hôpital.

Peut-on faire tout d'abord un point sur la politique de santé de la France vis-à-vis des étrangers, qui se trouve être d'ailleurs dans l'actualité avec la possible remise en question de l'AME (Aide médicale de l'État, permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins) ?

F.C. : La première chose à dire c'est que **la politique de santé vis-à-vis des étrangers en France est bonne et raisonnable**. Je parle pour aujourd'hui et donc c'est pour ça qu'elle doit être protégée et préservée.

D'une part, elle est bonne parce que globalement elle concerne à peu près tous les étrangers, quelle que soit leur situation régulière, irrégulière, de passage, etc. Je crois que cela relève d'une sorte d'humanité de base de souhaiter pour ceux qui nous entourent la même qualité de prise en charge que ce que l'on souhaiterait pour soi-même ou pour ses proches. Globalement aujourd'hui, le système français garantit tous les soins à tous. Avec certes quelques bémols : l'AME est un panier de soins restrictif qui exclut par exemple les soins dentaires...

C'est une prise en charge qui est garante d'une belle hospitalité et qui est par ailleurs raisonnable à la fois par la nature des soins et par les conditions d'accueil. Sur le plan financier, il faut rappeler que c'est à peu près 1,1 milliard d'euros consacrés à l'AME en 2024, sur, de mémoire, près de 250 milliards de dépenses de santé en France : c'est moins de 0.5 %. Les restrictions envisagées feraient passer la dépense de 1,1 milliard à 900 millions d'euros. Autrement dit, c'est un sujet politique avant d'être un sujet financier. Voilà la raison pour laquelle je pense qu'il faut protéger ce système. Non pas tant par ce qu'il coûte, mais parce qu'il est au cœur de ce qui fonde l'hospitalité. Et que le risque est de perdre nos valeurs et non pas de perdre de l'argent. C'est un peu simpliste, mais c'est le sujet...

BM : Même si, plus cyniquement, c'est aussi un enjeu de santé publique pour tous.

F.C. : Oui, vous avez raison. Mais il vaut toujours mieux prévenir que guérir. Il vaut mieux soigner tôt que soigner tard. Il vaut mieux par exemple prendre en charge une femme enceinte dans de bonnes conditions. Ou traiter toute la population pour les maladies infectieuses... Mais même aller sur ce terrain-là, c'est finalement déjà rentrer dans un débat, comment dire, utilitariste. C'est avant tout un dispositif qui construit une partie de notre humanité par le fait que ce sont nos valeurs collectives qui y sont portées. Imaginons un instant qu'on se rende compte que les soins qui sont prodigués sont un tout petit peu plus chers que les soins qui sont évités. Est-ce que ça remettrait en cause l'AME ? L'enjeu majeur est : qu'est-ce que je souhaite pour mon prochain et que je souhaiterais pour moi-même si je traversais la Méditerranée dans l'autre sens ? Est-ce que j'aurais envie de négocier sur la manière dont un pays du Sud m'accueillerait, moi, mes proches, ma famille, mes parents ? Ou est-ce que je considère que dans les fondamentaux de l'humanité, depuis la nuit des temps nous disent les anthropologues, on accueille son prochain et on essaye de le prendre en charge du mieux qu'on peut, voire aussi bien qu'on prendrait en charge les siens. C'est ça qui constitue à la fois une partie de mon engagement personnel, mais aussi ce qui fait probablement une bonne partie de l'engagement collectif des 18.000 personnes qui bossent à L'Assistance publique.

BM : Nous parlions précédemment de la spécificité éventuelle de la Méditerranée. Elle est aujourd'hui l'espace de passage de migrants le plus fréquenté au monde, mais aussi le plus meurtrier, avec officiellement 30.000 d'entre eux qui y sont morts, sur les dix dernières années, sans doute 60.000 en réalité. Un triste record lié à ce qu'on appelle la crise des migrants et qui est en fait une crise de l'accueil des migrants. L'APHM met-elle en place des dispositifs spécifiques pour les réfugiés de la Méditerranée ou d'ailleurs ?

F.C. : Oui. Il y a d'abord des dispositifs de droit commun. Sur les permanences d'accès aux soins qui permettent à des personnes qui n'ont pas de droits, mais qui pourraient en avoir, de se rendre à l'hôpital, de bénéficier de soins et de dispositifs des assistantes sociales pour l'ouverture de droits. Cet exemple correspond à la fois à des équipes, à des lieux et à une organisation. Et puis, d'autre part, probablement parce qu'il y a une spécificité à la fois marseillaise et méditerranéenne, des équipes ont développé des dispositifs exceptionnels notamment pour des mineurs non accompagnés, des migrants qui vivent dans la rue ou en foyer, des toxicomanes, aussi autour de la santé mentale déjà évoquée, ou de la psychiatrie des personnes qui vivent dans la rue, parmi lesquelles il y en a un certain nombre soit en situation de transit ou de migration, soit d'immigration désormais installée sur le long terme à Marseille. Il y a donc là des missions qui sont nées finalement de la nécessité de répondre à des besoins non satisfaits, de logement, de sécurité des femmes... Des dispositifs particulièrement développés à Marseille.

BM : Mis en place par l'APHM ou en lien avec d'autres services ?

É. G-P. : Les deux. C'est parfois à l'initiative de l'APHM. Ça peut être des associations comme *Médecins du Monde*. Il y a des équipes de psychiatres qui sont engagées autour du projet MARSS (Mouvement et Action pour le rétablissement sanitaire et social) qui est une équipe très impliquée sur la psychiatrie de rue et qui est une initiative de l'APHM très articulée avec les associations qui, par ailleurs, concourent à l'accompagnement des personnes à la rue, également la *Maison des Femmes*, qui concerne toutes les violences faites aux femmes, y compris dans la bourgeoisie marseillaise, mais qui concerne aussi les femmes dans le cadre de parcours de migration, avec ici, à la Maternité de la Conception, un nombre particulièrement significatif de femmes arrivées récemment en France qui viennent y accoucher. La *Maison des Femmes* contribue aussi à leur

prise en charge sur le plan social, sanitaire, et du logement, etc. Donc c'est les deux à la fois : des initiatives des équipes de l'APHM ou du monde associatif...

F.C. : C'est le résultat d'une somme d'initiatives individuelles ou collectives de la part des services, en sachant qu'on a la chance d'avoir des équipes qui sont spontanément portées à organiser des dispositifs de ce type et dont la question, c'est plutôt de savoir si on est capable de les accompagner en moyens et notamment en temps disponible, pour qu'elles puissent le faire. Mais la plupart des équipes portent des projets, que ce soit dans le champ de la pédiatrie, de la gynécologie obstétrique, de la psychiatrie, des urgences, etc. Il y a, je trouve, une mobilisation, une émulation et une spontanéité d'engagement sur ces questions-là qu'on n'a pas forcément sur d'autres sujets, comme sur les enjeux environnementaux. Sur les missions de solidarité, il y a une spontanéité parce qu'il existe une culture et une histoire probablement très fortes. Et qui sont évidemment liées à la réalité du quotidien d'une bonne partie des patients que nos équipes prennent en charge... que ce soit des médecins, aides-soignantes, infirmières ou responsables administratifs.

#5 Le projet NAVIRE-AVENIR : un navire-hôpital pour le sauvetage en mer

BM : Je reviens à la question de l'hospitalité. L'APHM participe à un projet d'envergure que j'ai pu accompagner un temps au nom de notre association NEEDE Méditerranée, grâce à Émilie : le projet NAVIRE-AVENIR, la création d'un navire-hôpital pour le sauvetage des migrants en mer Méditerranée.

F.C. : Pour commencer, je voudrais dire que notre implication est d'abord une question d'âme. Avant de parler de construction d'un navire, il faut parler de notre implication dans l'idée qui préside à cette construction. J'insiste beaucoup là-dessus. Le seul fait qu'on soit capable de faire vivre l'idée de la construction d'un navire qui soit dédié à la prise en charge des migrants en mer pourrait être perçu, dans une certaine mesure, comme une perte de temps. En particulier par ceux qui s'occupent aujourd'hui du sauvetage. L'urgence est-elle vraiment de réfléchir à l'idée d'un bateau emblématique ou d'une flotte de bateaux emblématique ? Vous rappeliez justement les dizaines de milliers de morts en mer Méditerranée. L'urgence n'est-elle pas de sauver le maximum de personnes le plus tôt et le plus vite possible, et donc de consacrer toute notre énergie et tout notre argent à cette mission ? Sans doute. Mais il faut aussi continuer à faire vivre l'idée qu'on pourrait changer la donne et faire en sorte que le sauvetage en mer ne soit pas uniquement un sauvetage d'urgence avec les moyens du bord... Mais qu'il engage face à ces drames ce qui nous reste d'humanité. Et donc notre première contribution, c'est de faire vivre l'idée que construire un bateau, ou construire une flotte, c'est au-delà de l'acte de sauvetage, travailler l'idée d'une continuité de gestes d'humanité entre l'arrivée sur le navire et l'arrivée sur la terre.

BM : Dans l'esprit de la Convention internationale (Sarr, 1979) qui fait devoir aux marins non seulement de porter secours aux personnes en détresse, mais de les « conduire en lieu sûr » ...

F.C. : ... de les conduire en lieu sûr, oui, mais cela commence d'emblée par le geste d'accueil, la manière dont ce bâtiment est identifié en mer par des gens qui sont sur un zodiac à quelques centaines de mètres. Mais c'est ensuite les premières rencontres, les premiers mots échangés, la première nourriture avalée, et ensuite le débarquement. Où et comment cela se passe ? Mais aussi les questions administratives sur l'accès aux droits, comment contacter ses proches, comment se procurer une puce de téléphone, et que sais-je encore.... Les gestes d'hospitalité démarrent sur le pont du navire. Mais pour les personnes qui sont recueillies, on doit organiser une certaine continuité avec la prise en compte de ce qui s'est passé avant d'arriver sur le bateau et de ce qui va se passer après. On évoquait tout à l'heure la *Maison des Femmes* : l'une des caractéristiques décrites par de nombreux universitaires et militants associatifs, c'est la violence quasi systématique faite aux femmes dans leur parcours migratoire ; un parcours qui peut durer plusieurs années et dont les femmes sont particulièrement les victimes.

Et donc la prise en charge spécifique de cette question est aussi importante que le sauvetage lui-même.

Le projet doit ainsi prendre en compte tous les aspects du sauvetage dans la continuité depuis le secours en mer jusqu'à l'accueil sur terre.

É.G-P. : Cela se traduit dans ce qui peut paraître des détails comme les symboles qui entourent le navire, que ce soit son dessin, son pavillon, sa signalétique... Ce sont des questions qui sont finalement aussi importantes que la construction du bâtiment lui-même. Il y a des artistes qui ont participé aux dessins de l'infirmerie, des diététiciennes qui ont travaillé à la nourriture à bord, des techniciens qui ont travaillé les flux d'énergie nécessaires sur le bateau, etc...

[BM : J'ai pu suivre l'évolution ces derniers mois de ce projet de NAVIRE-AVENIR, grâce à Émilie. Où en est-on ? Y a-t-il un espoir de le voir se concrétiser dans les prochaines années ?](#)

F.C. : Ce n'est pas un espoir raisonné. L'idée de la réalisation de ce bâtiment est probable et j'espère même un jour en voir construire plusieurs. Là, on rentre dans des logiques très opérationnelles, à la fois financières, de construction, d'architecture, etc. Avoir cette perspective en tête est indispensable pour faire vivre l'idée. Entre l'idée et sa réalisation, il y a quelques dizaines de millions d'euros à trouver. De toute façon, porter ce projet n'a de sens que parce que l'idée peut se concrétiser. Maintenant, quelle est la probabilité qu'il se concrétise réellement ? Je n'en sais rien. La réponse à votre question est donc par définition, oui.

[BM : Puis-je résumer en citant Gramsci : pessimisme de la raison, optimisme de la volonté ?](#)

F.C. : Pessimisme de la raison, non. Optimisme de la volonté, oui, parce que sans volonté, ça ne fonctionnera pas. À cette date, le déclic financier, les quelques dizaines de millions d'euros n'ont pas été trouvés. Mais je suis convaincu qu'ils devraient être un non-sujet. Moi, je m'occupe des finances publiques. Le budget de la santé publique, c'est 1,9 milliard d'euros. Et je suis habitué à manier ces chiffres : je suis comptable de l'argent de la prise en charge des Marseillais par leur Assistance publique. Et donc j'oscille entre les moments où d'un côté j'observe les débats sur le budget aujourd'hui où on jongle avec les chiffres d'un pays très riche, et d'un autre côté, je vois les chiffres qui paraissent dérisoires sur le projet Navire-Avenir ou sur le fonctionnement de l'Hôpital. Et parfois, ce n'est même pas quelques dizaines de millions d'euros, c'est quelques milliers d'euros qui peuvent manquer dans un service de l'Assistance publique, pour acheter le matériel nécessaire. On est dans un monde qui est contraint, sur le plan politique, par les priorités qu'on se donne collectivement. Et probablement que le projet Navire-Avenir n'est pas la première des priorités politiques du moment en France. On est pris quand même par un optimisme, si ce n'est de la volonté en tout cas de l'action : c'est l'optimisme du mouvement.

Et donc on contribue effectivement à ce projet parce que ça résonne avec toute la discussion que nous venons d'avoir sur ce qui fonde l'engagement collectif des professionnels de l'APHM. Nous ne sommes pas toujours tous d'accord, nous les 18.000 professionnels de l'APHM, sur notre rapport à la Méditerranée, à la migration, au sauvetage en mer. Et nous n'avons certainement pas tous les mêmes opinions politiques. Mais il se trouve quand même que nous avons tous le point commun de travailler dans un environnement dans lequel cette question d'une attention aux plus vulnérables est incarnée par les métiers que nous exerçons. Et plus encore pour ceux qui sont en blouse blanche dans les services que pour moi. Mais, quand même, on est tous marqués par cette incarnation d'une certaine forme de foi, d'actes d'humanité.

Le projet de création d'un navire-hôpital pour le sauvetage en mer et l'accueil des migrants en est une belle et profonde manifestation.

Biographies



François Crémieux est un haut fonctionnaire de la santé dont le parcours est singulier et pluriel. Diplômé en économie des universités de Paris Dauphine et Lancaster (GB) et en santé publique de la faculté de médecine Paris Diderot, il dirige depuis juin 2021, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, l'APHM. Il a conduit une longue carrière de directeur d'hôpital qui l'a mené du centre hospitalier Clermont de l'Oise à l'hôpital de Kosovska Mitrovica au Kosovo en passant par des fonctions de conseiller auprès de Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé et d'adjoint à la Direction Générale de l'APHP auprès de Martin Hirsch. Son engagement s'inscrit dans des actions multiformes : volontaire en Bosnie dans les années 1990, en pleine guerre ; membre du comité de rédaction de la revue *Esprit* de longue date ; partisan d'un hôpital en première ligne pour réduire les inégalités sociales d'accès aux soins.

Emilie Garrido-Pradalié est directrice d'hôpital chargée de l'innovation à l'APHM. Diplômée en économie théorique et appliquée de l'université de Montpellier et en informatique et systèmes d'information par l'école des mines d'Alès, elle a débuté sa carrière dans la fonction publique au sein de la Métropole de Montpellier dirigée par Georges Frêche. Elle a rejoint le CHU de Montpellier en 2008 pour y mener des activités de conduites du changement auprès des ressources humaines, médicales et non médicales puis l'APHM pour mener la direction de la recherche à partir de juin 2018.





Bernard Mossé Historien, responsable Recherche, Education, Formation de l'association *NEEDE Méditerranée*. Membre du Conseil scientifique de la Fondation du Camp des Milles – Mémoire et Éducation pour laquelle il a été le responsable scientifique et le coordonnateur de la Chaire UNESCO « Éducation à la citoyenneté, sciences de l'Homme et convergence des mémoires » (Aix-Marseille Université / Camp des Milles).

Articles en ligne

Entretien dans Marsactu, 2022:

[“L'AP-HM ne doit pas attendre que les plus précaires viennent à elle”](#)

Tribune dans le Monde, 2023 :

[A focaliser les projecteurs sur l'hôpital, on court le risque de passer à côté des vrais enjeux](#)

Article dans CAIRN, 2024.

[Un centre de santé porté par un centre hospitalier universitaire ? L'expérience des hôpitaux universitaires de Marseille](#) Par Michel Rotily, François Crémieux, Olivier Gauche, Anne Galinier, Johanne Menu

