



Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

36 | 2013

Les humanitaires au défi des marges de nos villes

Santé, précarité, banlieues

Table ronde organisée le 9 octobre 2013, animée par Fabrice Giraux

Fabrice Giraux, Bénédicte Madelin, Chantal Mannoni, Benoît Silve, Djilali Benaboura et Michel Joubert



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/2772>

ISSN : 2105-2522

Éditeur

Médecins du Monde

Édition imprimée

Date de publication : 1 octobre 2013

Pagination : 16-29

ISBN : 978-2-918392-67-8

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Fabrice Giraux, Bénédicte Madelin, Chantal Mannoni, Benoît Silve, Djilali Benaboura et Michel Joubert, « Santé, précarité, banlieues », *Humanitaire* [En ligne], 36 | 2013, mis en ligne le 18 décembre 2013, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/2772>

T Table ronde

Santé, précarité, banlieues

Table ronde organisée le **9 octobre 2013**

Animée par **Fabrice Giraux**, médecin, directeur du centre de santé de la ville de Bobigny

Bénédicte Madelin,
directrice de
l'association Profession
Banlieue

Chantal Mannoni,
médecin de santé
publique et médecine
sociale

Benoît Silve,
directeur général de
l'institut Bioforce

Djilali Benaboura,
directeur des missions
sociales France au
Secours islamique
France

Michel Joubert,
sociologue

Fabrice Giraux

Pour revenir sur le titre de cette table ronde, je souhaiterais préciser d'emblée que nous ne souhaitons pas discuter ce soir des banlieues en général mais bien essentiellement des zones urbaines sensibles ou des quartiers prioritaires pour la politique de la ville, bref de tous ces lieux le plus souvent situés en périphérie des villes dans lesquels se concentrent aujourd'hui des populations en difficultés. Depuis juillet 1981 et les incendies de voitures aux Minguettes, on parle régulièrement de la crise des banlieues. Depuis plus de 30 ans, l'État a développé, crise

après crise, de nombreuses interventions dans les banlieues – nous parlerons de certaines ce soir. En 2007, M. Sarkozy évoque même un plan Marshall pour les banlieues. Mais la situation a-t-elle changé, les inégalités sociales et en particulier les inégalités sociales de santé ont-elles diminué ? Tout laisse penser le contraire. On voit même de nouveaux problèmes survenir dans certains quartiers comme la pénurie de médecins. On voit apparaître de nouvelles formes de discriminations, de nouvelles difficultés d'accès aux droits ou aux soins. Michel Joubert vous êtes sociologue et vous travaillez depuis plus de 25 ans sur ces questions. Quel panorama dressez-vous de la situation des « banlieues » ?

Michel Joubert

Il ne serait pas raisonnable de prétendre réaliser un panorama exhaustif. Je ferai plutôt quelques remarques pour contraster un peu votre propos introductif, aussi bien sur le terme « banlieues » que sur ce que l'on pourrait considérer comme une évolution ou une aggravation. Je pense qu'il faut être prudent parce que, pendant longtemps, la qualification de territoires comme étant plus ou moins affectés par la précarisation et la dégradation des conditions de vie globales a eu des fonctions ambivalentes. Certes, pointer des besoins concentrés chez certaines populations et dans certaines parties du territoire avait vocation à alerter et mobiliser les politiques sur la nécessité de rééquilibrer et d'agir sur ces territoires. Mais c'était aussi une manière d'alimenter les représentations qui ont pu être considérées, vécues ou utilisées de manière péjorative. Or ce qu'on appelle « banlieues » n'est pas homogène : il y a une hétérogénéité et une

complexité dans les territoires dits « périphériques » ou « marqués par les difficultés », des situations très contrastées où les ressources, les inégalités, les vulnérabilités ne sont pas équivalentes d'une catégorie de population à une autre. Et si l'on doit parler d'évolution dans l'histoire de cette partie de la question sociale, c'est pour dire que les aggravations touchent les catégories les plus vulnérables qui vivent sur les territoires parmi les plus délaissés. Malgré tout, il existe une politique et des modalités d'intervention qui font que, effectivement, des moyens sont dédiés à des territoires reconnus comme concentrant des indicateurs de précarité ou de difficulté majeurs. La politique de la ville s'est constituée sur ce croisement d'indicateurs relatifs aux difficultés cumulées de certains publics et sur la nécessité d'inverser les processus dont ils sont victimes en concentrant sur ces territoires des actions et des moyens qui permettraient d'inverser les tendances.

Bénédicte Madelin

Profession Banlieue est un centre de ressources sur la politique de la ville basé en Seine-Saint-Denis. Je rejoins complètement ce qu'a dit Michel Joubert sur la diversité des banlieues : on les présente toujours de manière globale. C'est une injure faite aux habitants de ces quartiers alors qu'il y a de vraies différences en fonction de l'histoire des quartiers et des politiques publiques qui y sont développées : certains connaissent une vie sociale relativement développée avec un tissu associatif important alors que d'autres sont de vrais déserts de ce point de vue-là.

En revanche, je voudrais dire que si, en Île-de-France, dans les vingt-cinq dernières années, les revenus ont augmenté de plus de 20 %, sur l'ensemble du département de la Seine-Saint-Denis, ils ont baissé de plus de 4 %. De fait, sur l'ensemble des zones urbaines sensibles en Île-de-France, les revenus moyens par habitant ont baissé. Il existe des mécanismes structurels qui font que certains s'enfoncent dans les difficultés quand ceux qui le peuvent fuient ces quartiers. Or les politiques spécifiques mises en place pour répondre à cette situation mobilisent très peu de moyens : 500 millions d'euros en tout et pour tout pour la France, à peine 0,4 % du PIB. Il faut donc arrêter de dire que la

politique de la ville représente beaucoup d'argent engagé pour des territoires qui vont mal. Ce n'est rien par rapport aux politiques de droit commun qui ont d'ailleurs trop souvent tiré argument de l'existence de la politique de la ville pour se retirer de ces quartiers. C'est à mon avis un véritable piège de cette politique spécifique.

Benoît Silve

Pour l'exemple des Minguettes que vous évoquiez – où est installé l'institut Bioforce –, ce n'est pas du tout un quartier délaissé. Des efforts considérables en matière d'infrastructures ont été réalisés depuis le début des années 1980 si bien que, lorsqu'on se promène dans les Minguettes aujourd'hui, on ne peut que noter la remarquable évolution du quartier, notamment ces dernières années. C'est différent en matière de cohésion sociale et de lien social, car cela demande une action dans la durée, par exemple en permettant à des associations de maintenir une activité sur le territoire : l'enjeu du lien social se joue là aujourd'hui.

Chantal Mannoni

L'équilibre entre les politiques spécifiques et le droit commun est un autre enjeu sur lequel, à mon avis, Médecins du Monde peut encore travailler. De fait, le droit commun doit être la règle, mais ce droit commun se doit d'être ajusté à la singularité des parcours. Ce qui relève des dysfonctionnements et des ajustements importants doit absolument s'appuyer sur l'expérience de Médecins du Monde. Je trouve par exemple que l'expérience acquise par le Centre d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de MdM à Saint-Denis, mais aussi celle d'autres acteurs travaillant en banlieue, doit être mise en perspective pour enrichir la réflexion. Tous ces acteurs de terrain voient en effet aussi bien les apports que les limites de leur action. Des alliances seraient souhaitables entre les dynamiques portées par MdM et celles portées par d'autres acteurs installés sur le territoire.

Fabrice Giraux

Avez-vous le sentiment que les indicateurs de santé – lesquels d'ailleurs ? – suivent les indicateurs sociaux ? Ce serait assez logique...

Bénédicte Madelin

Il est évident que les populations des zones urbaines sensibles se portent moins bien. Même si le rapport annuel de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles n'aborde pas suffisamment la santé, on y apprend tout de même que les gens se disant en très mauvaise santé sont de l'ordre de 12 % en ZUS, alors qu'ils représentent un peu plus de 6 % ailleurs. On voit bien qu'il y a des différences de perception qui correspondent à des inégalités d'accès, par exemple à la complémentaire maladie puisque, dans les ZUS, près de 12 % de la population n'en a pas (contre 4 % hors ZUS). Il existe aussi de véritables déserts médicaux : par exemple, à Clichy-sous-Bois où il y a environ dix spécialistes pour 100 000 habitants contre 62 pour le département, 114 en Île-de-France, soit moins de trois dans cette ville de 28 000 habitants.

Par ailleurs, s'agissant notamment des populations les plus éloignées de l'accès aux droits, on se rend compte de phénomènes de culpabilisation. Je pense aux messages de santé - cinq fruits et légumes par jour, la nécessité d'un petit déjeuner équilibré pour les enfants, etc. - qui sont diffusés partout, mais qui ne peuvent en aucun cas être mis en application par les populations les plus démunies. L'ancienne directrice des Protections maternelles et infantiles (PMI) de la ville de Paris expliquait combien il était illusoire pour des parents de garantir les huit heures de sommeil nécessaires à leurs enfants - un message parmi d'autres - quand ils vont d'un hôtel à un lieu d'hébergement temporaire. Tous ces messages finissent par nourrir chez les personnes, les mères en particulier, le sentiment qu'elles ne sont pas à la hauteur, qu'elles ne vont pas y arriver.

Michel Joubert

Dans les diagnostics en général, et dans ceux auxquels j'ai collaboré en particulier, on cherche moins à réaliser des études épidémiologiques permettant d'apprécier l'état de santé relatif qu'à comprendre les processus dans lesquels les personnes sont impliquées. Il s'agit ainsi de connaître d'une part les conditions dans lesquelles elles sont amenées à entrer en relation avec le système de santé - bref les usages qu'elles font de ce dernier - et, d'autre part, la manière dont elles appréhendent la question de la santé dans leur

propre vie. Or la précarisation a modifié la représentation de la santé chez ces personnes confrontées à des difficultés sociales majeures, vivant dans des environnements dégradés : la santé est devenue une préoccupation secondaire pour elles, focalisées sur des logiques de survie. Chez ces personnes, l'attention portée au suivi des soins et à la prévention ont laissé la place à des retards aux consultations et donc à un recours croissant aux services d'urgences, bref à une forme de distanciation par rapport au système de santé « classique ». Elles vivent en quelque sorte « au jour le jour » ce système qu'elles ne sont plus en situation d'utiliser dans les meilleures conditions. Leur sollicitation est souvent tardive, décalée, aggravée par le fait qu'elles ne sont pas en situation de suivre les prescriptions, les orientations, les examens, en somme d'assurer un parcours cohérent : en situation de précarité, d'incertitude forte, on ne peut pas se caler sur la rationalité que suppose le bon usage du système. Ceci étant, c'est moins un problème de santé spécifique aux banlieues qu'aux conditions sociales que connaissent ces personnes, même si les deux données se recourent souvent.

Benoît Silve

En 2009, Bioforce avait réalisé avec Médecins du Monde un diagnostic sur la santé mentale dans l'agglomération lyonnaise, et pas seulement aux Minguettes. De fait, il avait montré la très grande difficulté qu'ont les populations précaires à accéder à une consultation psychologique et psychiatrique. Elles ne sont même pas capables de demander ce type d'aide, si bien qu'elles se retrouvent encore plus marginalisées, porteuses de pathologies qui vont en s'aggravant.

Michel Joubert

Cela confirme le constat que nous faisons même si je voudrais simplement réagir sur l'emploi du terme de « capacité » : en général, les personnes ont « les capacités », mais elles ne sont pas en « situation » de s'exprimer et d'enclencher l'action qui serait appropriée.

Chantal Mannoni

Tous les intervenants de terrain disent que les situations deviennent de plus en plus complexes à gérer. Le système lui-même est aussi plus compliqué à utiliser, avec des rendez-vous donnés à des dates très lointaines par exemple. Quant aux systèmes de proximité, pourtant conçus comme un moyen de réduire les conditions de vulnérabilité – je pense à la PMI –, on observe une vraie désertification. En Seine-Saint-Denis par exemple, on compte – sauf erreur de ma part – quelque 25 postes vacants en PMI.

Bénédicte Madelin

On observe de fait un très net renoncement aux soins, en particulier chez les femmes, puisqu'il est deux fois plus important en ZUS que dans les quartiers hors ZUS. En Seine-Saint-Denis toujours, 40 % des postes de médecine scolaire n'étaient pas couverts à la rentrée scolaire, alors que leur intérêt en matière de prévention est indéniable. Et concernant les étrangers, il faut dire combien les politiques migratoires excessivement sévères font que les migrants qui arrivent aujourd'hui en France – notamment en Seine-Saint-Denis qui est le premier département d'accueil devant Paris – sont souvent dans des états de santé bien plus dégradés qu'ils ne l'étaient il y a quelques années.

Fabrice Giraux

Du côté des professionnels, on note effectivement qu'un certain nombre de postes ne sont pas pourvus. Pas seulement parce que les conditions salariales ou statutaires sont mauvaises, mais aussi parce que leurs conditions de travail se dégradent au fur et à mesure que le nombre de professionnels diminue. Si en Seine-Saint-Denis le nombre de professionnels en médecine générale baisse relativement peu d'une année sur l'autre, dans les zones les plus défavorisées de ce département, ce phénomène de « fuite » n'est plus compensé par des arrivées. C'est le cas dans un certain nombre de zones urbaines sensibles. Mais comment attirer un professionnel de santé dans un quartier – je pense à L'Abreuvoir à Bobigny par exemple – alors qu'il risque d'être le seul ? Comment s'installer comme médecin dans certains quartiers et recevoir du jour au lendemain plus de 80 patients par jour dans sa salle d'attente ? Ce n'est certainement pas une perspective qui favorise

l'installation. On se retrouve donc d'un côté avec des patients en retard de soins arrivant en urgence et de l'autre avec un professionnel de santé dans un isolement profond : il peut avoir le sentiment d'être le « dernier des Mohicans »...

Michel Joubert

Le système de santé n'a manifestement pas pris le tournant qui lui aurait permis de considérer les inégalités ou les déterminants sociaux de la santé. Certes, on a un cadre, des professionnels, des équipements, mais ce n'est qu'à la marge que les personnes les plus en difficulté ont été prises en compte. Or ce n'est pas suffisant par rapport à ce qui est en train de se passer : la situation s'aggrave tellement qu'il n'est pas impossible qu'on assiste - du point de vue épidémiologique - à une inversion du processus qu'on a connu depuis la Seconde Guerre mondiale, à savoir la baisse de la mortalité infantile, l'amélioration de l'état de santé et de l'espérance de vie pour la population générale, etc. Je prends l'exemple de Créteil où l'on a travaillé dernièrement avec les professionnels de première ligne, ceux qui sont sur les quartiers, au contact direct des populations : ils disent ne plus avoir les moyens de travailler, c'est-à-dire de voir les familles dans des conditions correctes. Selon eux, les choses ne peuvent que se dégrader, car la situation est amplifiée par la dégradation plus globale des conditions du vivre ensemble. Un des déterminants sociaux de la santé, c'est en effet la qualité des relations entre les personnes, la qualité de la vie, la sociabilité, les soutiens, les solidarités sur un territoire. Or ce déterminant est aujourd'hui profondément impacté par la précarisation, les liens et les solidarités de base étant de plus en plus fragiles. Faute d'action pour les dynamiser, ces éléments se fragmentent, les gens sont de plus en plus isolés, peinent à trouver une attention chez autrui. C'est quelque chose de particulièrement inquiétant en matière de santé mentale - une des conditions de la santé également - où il importe de trouver les conditions de faire état de ce que l'on ressent. C'est le silence qui est en train de s'imposer dans de nombreuses zones du territoire. Certes, des démarches ont été engagées,

notamment dans le cadre de la politique de la ville, pour contrer ce type d'évolution. Beaucoup de choses ont été faites notamment pour recréer un espace intermédiaire entre d'un côté les institutions, le droit et les ressources, et de l'autre les personnes qui en sont de plus en plus éloignées. Il fallait impérativement tisser quelque chose entre ces deux pôles et cela s'est fait grâce à des démarches de médiation, une façon de créer des passerelles et partout, au niveau microlocal, la preuve a été faite que c'était possible.

Fabrice Giraux

Merci de nous fournir une transition. Car effectivement, au-delà du diagnostic, un certain nombre d'expériences significatives ont produit des résultats...

Chantal Mannoni

Il faut en effet parler des territoires où les contraintes ont suscité des innovations et où de nombreux professionnels restent mobilisés. Je pense à l'histoire de la maison de santé du Franc-Moisin, un quartier de Saint-Denis, où des choses se créent qui attirent justement des professionnels, de santé et d'autres spécialités, parce que ces réponses sont ajustées à un territoire donné et qu'elles s'inscrivent dans la durée.

Intervention de Delphine Floury, dans la salle

Je travaille précisément dans ce quartier du Franc-Moisin où j'ai participé au montage du projet devenu le centre de santé associatif que vous évoquez et qui s'inscrit dans une démarche de santé communautaire¹. Certes, c'est une expérience tout à fait spécifique mais en même temps, quand nous avons monté le projet, nous nous sommes dit que d'autres équipes étaient confrontées aux mêmes difficultés. Nous avons donc organisé des réunions avec des équipes de maisons de santé (activité libérale) ou de centres de santé (activité salariée) en ZUS. Ce qui nous réunit avant tout, c'est le projet de santé et ce qui, pour nous, fait l'attractivité d'un projet en ZUS, c'est notamment le travail en équipe. On ne peut pas travailler de manière isolée en ZUS, il faut une équipe qui porte un projet de santé territorial. Et de fait, nous n'avons aucun problème de recrutement de médecins, car les gens sont intéressés pour venir travailler, sans être pour autant particulièrement mieux payés ou hypermilitants.

¹ Pour toute information : <http://acsbe.asso.fr/>

Par ailleurs, alors que les CASO de Médecins du Monde font partie aujourd'hui de l'offre de soins de premier recours, je trouve dommage que Médecins du Monde soit aussi peu présent dans les discussions en cours sur cette réorganisation, notamment quant à la possibilité de dépasser le paiement à l'acte avec les nouveaux modes de rémunération sur des forfaits de coordination. Or il faut nous mobiliser pour faire en sorte que, dans le forfait, soient pris en compte des temps de consultation plus longs.

Bénédicte Madelin

Pour rebondir sur le propos de Michel Joubert concernant la médiation, il faut parler de la dynamique des « femmes-relais » qui jouent ce rôle essentiel de « tiers social ». Ce ne sont pas les pouvoirs publics qui ont fait que des femmes, progressivement, ont commencé à accompagner leurs voisines puis à se qualifier pour les aider à accéder à leurs droits. Aujourd'hui, elles revendiquent la reconnaissance d'un vrai métier – la médiation sociale et culturelle – car elles interviennent dans de nombreux endroits. Ainsi à l'hôpital Avicenne de Bobigny, le chef de service et la psychologue s'étaient rendu compte que dans le service des maladies infectieuses et tropicales, un certain nombre de malades du sida se laissaient mourir : d'abord, ils étaient coupés de leurs familles, mais en plus, du fait de leurs traitements lourds, ils ne pouvaient plus absorber la cuisine collective. L'hôpital a alors contacté une association de médiatrices à Pantin qui a mis en place le programme des « mères nourricières » : deux fois par semaine, les médiatrices viennent à l'hôpital où elles font la cuisine elles-mêmes, en fonction des souhaits des malades. Ce sont autant d'occasions de partage, un moyen aussi de permettre à ces malades d'accéder de nouveau à leurs droits, de renouer avec leurs familles, pour progressivement les réinscrire dans la vie... C'est un vrai travail d'alliance thérapeutique que ces médiatrices réalisent, souvent depuis longtemps, dans des statuts précaires. C'est un savoir-faire qui n'est pas suffisamment reconnu.

Autre exemple, à Clichy-Montfermeil, où le médecin-chef de la CPAM a réalisé que très peu d'habitants de la ville réalisaient des bilans de santé. Il a donc pris contact avec l'association des médiatrices sociales et culturelles et, grâce au dispositif mis en place, le nombre de bilans de

santé a explosé, dépassant la moyenne départementale. Et c'est très important, non seulement parce que l'on aide des personnes à découvrir des pathologies qu'elles ignoraient, mais en plus on aide la sécurité sociale à faire des économies puisque l'on réinscrit des personnes dans le parcours de soin.

Chantal Mannoni

Quelques mots sur la démarche des Ateliers santé ville qui a pris tout de suite en Seine-Saint-Denis. Ce fut une vraie opportunité d'innover en faisant intervenir des acteurs du droit commun et des associations. À partir du premier diagnostic réalisé à Clichy, la démarche s'est étendue sur la région lyonnaise, avec des formes différentes, permettant de poser un certain nombre de bases et de prérequis pour mieux travailler ensemble : recréer du lien social, mettre de la cohérence entre les acteurs, travailler au plus près des publics, ce sont les maîtres mots pour réduire l'impact de tout ce système qui tend à creuser les inégalités de santé. Certes, les Ateliers santé ville ont évolué et il y a débat quant au fait de savoir si la démarche n'a pas été « récupérée » par les Agences régionales de santé, dans le cadre des contrats locaux de santé. Mais quoi qu'il en soit, cette démarche de mise en cohérence des acteurs et des actions sur un territoire donné a démontré sa plus-value.

Djilali Benaboura

À l'origine, le Secours islamique France intervenait à l'étranger. Et puis, après avoir vu la situation, mais également du fait des sollicitations de nos donateurs, nous avons commencé à intervenir en France. Ce furent d'abord de petites actions touchant à l'alimentaire, autrement dit déjà dans la santé. Et puis nous avons mis sur pied une véritable stratégie de développement pour répondre aux problématiques de terrain, d'abord en Seine-Saint-Denis puisque c'est le siège historique de l'ONG, puis dans l'Essonne parce que c'est son nouveau siège administratif. Nous avons lancé une épicerie solidaire, accompagnée d'ateliers « diététique », « cuisine », etc., au cours desquels est fait un travail de démystification des produits, comme les fruits et légumes, que certaines personnes ne mangent presque plus. Au cours des maraudes que nous avons également organisées, nous distribuons des kits « hygiène », des kits « alimentaire », des kits « grand froid », autant de réponses santé. Mais la

marauade contribue aussi à recréer ce lien social tout en représentant une forme de veille sociale pour détecter et faire remonter auprès des pouvoirs publics un certain nombre de situations.

Entre 20 à 25 % des démarches des familles qui nous contactent concernent la santé. Il peut s'agir d'un problème de mutuelle à laquelle les personnes n'ont pas les moyens de souscrire, de droits non ouverts à la CMU, de paiements de factures de soins, notamment dentaires, etc.

Nous avons mis aussi en place des centres d'accueil de jour pour les sans domicile fixe qui leur permettent de prendre une douche, de laver leur linge, de manger leurs trois repas dans la journée. Pour restaurer une certaine tranquillité mentale et psychologique, nous mettons à disposition un coin séjour, un vrai salon familial dans lequel on trouve un poste de télévision, des livres : pendant quelques heures, le temps d'être reçues par un travailleur social par exemple, les personnes se recréent un petit « chez soi ».

Benoît Silve

L'institut Bioforce travaille avec des ONG comme Médecins du Monde et le Secours islamique France aussi bien à l'international qu'au niveau national et local. Mais cela nous a pris du temps car si cela fait trente ans que Bioforce existe, l'institut a d'abord été reconnu à l'international. De fait, en interne, nous considérons avoir une légitimité presque exclusivement à l'international, mais pas pour intervenir ou former sur des actions locales. Nous pensions d'une certaine manière qu'il s'agissait de métiers différents.

En 2006, nous avons décidé de manière assez énergique de changer cette situation en décrétant que les gens qui venaient se former chez nous, attirés principalement par l'international, allaient commencer par agir localement. Nous avons donc créé un pôle de développement local qui a très rapidement acquis une forte légitimité en interne. Ce pôle intervient d'une part en soutien au réseau des acteurs locaux, c'est-à-dire qu'il est vraiment ancré sur le territoire : on ne fait pas à la place des acteurs, mais nous apportons une méthodologie pour créer des dynamiques, fournir des outils, par exemple aux centres sociaux sur l'agglomération lyonnaise et le département du Rhône. Cela se fait au travers des apprenants de Bioforce, et

250 personnes en formation diplômante, cela représente une capacité d'action sur l'agglomération qui est considérable. Mais l'institut Bioforce agit d'autre part en propre au local, notamment auprès des jeunes et des mères sur les thématiques prioritaires (le défi solidaire, des sensibilisations aux valeurs de solidarité et de citoyenneté dans les collèges du Rhône, etc.). C'est dire si l'action humanitaire a pleinement vocation à ne pas établir de barrière entre le local et l'international, en particulier si elle estime devoir aider les populations vulnérables qui sont aussi bien ici que là-bas.

Thierry Brigaud, président de Médecins du Monde

Médecins du Monde a une vingtaine de centres d'accueil, de soins et d'orientation en France, mais on ne soigne finalement « que » 30 000 personnes. C'est déjà un travail considérable, indispensable, mais cela reste très relatif si l'on considère les besoins énormes. C'est que notre logique n'est pas celle de l'offre de soins proprement dite, puisqu'il existe heureusement des centres de santé ou des hôpitaux qui ont des capacités bien plus importantes que nous. En revanche, nous représentons une véritable offre de soins de dernier secours, en particulier pour des personnes étrangères dans des situations complexes. Personnellement, je rêve que les gens ne viennent nous voir qu'une seule fois pour ensuite rejoindre le droit commun après que nous leur ayons permis d'ouvrir leurs droits.

Nous sommes bien placés pour constater que le système de santé est en train de se déliter. Ces dernières années, nous avons fait le choix d'aller voir de plus près ces territoires où ce phénomène est le plus patent, comme dans le milieu rural, les déserts médicaux en général, puisque comme tout le monde, nous avons des difficultés à recruter des médecins. Je pense que nous avons aussi besoin de réfléchir pour savoir si Médecins du Monde doit ou non s'engager dans les banlieues. Il y a beaucoup de besoins, comme nous l'avons vu ce soir, mais j'aurais très peur que nous fassions de l'offre de soins en substitution de structures de droit commun qui ne se réinstalleront pas au prétexte qu'il y aura le CASO de Médecins du Monde... Il me semble qu'il nous faut

penser nos éventuelles futures actions en banlieue sous l'angle de l'identification des problèmes et de leur dénonciation auprès des politiques. De cette manière, nous pourrions joindre notre voix à celles des acteurs qui font les mêmes constats et proposent des expériences qui pourraient nourrir de nouvelles politiques.