

## Vieillir dans l'exil à Calais

L'impossible guérison

Jacques Rodriguez et Chloé Tisserand

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/3113>

DOI : [10.4000/hommesmigrations.3113](https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3113)

ISSN : 2262-3353

### Éditeur

Musée national de l'histoire de l'immigration

### Édition imprimée

Date de publication : 1 janvier 2015

Pagination : 177-181

ISBN : 978-2-919040-30-8

ISSN : 1142-852X

### Référence électronique

Jacques Rodriguez et Chloé Tisserand, « Vieillir dans l'exil à Calais », *Hommes & migrations* [En ligne], 1309 | 2015, mis en ligne le 17 juillet 2015, consulté le 24 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/3113> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3113>

---

## REPÉRAGE

# VIEILLIR DANS L'EXIL À CALAIS

## L'IMPOSSIBLE GUÉRISON

**JACQUES RODRIGUEZ**, professeur de sociologie à l'université de Lille-III, et **CHLOÉ TISSERAND**, étudiante en master de recherche en sociologie "Épreuves, âge et vulnérabilité" à l'université de Lille-III et journaliste à La Voix du Nord de Calais.

Soigner les vieux migrants à Calais, c'est les fondre dans les dispositifs médicaux existants. Aucune prise en charge en termes de soins ne leur est spécifique. Pourtant, face à la maladie, ils sont assurément plus fragiles. Cette vulnérabilité, en plus de conditions de vie difficiles, oblige les bénévoles associatifs à porter sur eux un regard plus attentif. Et les soignants de l'hôpital à s'adapter à l'environnement de leurs patients. Le combat pour la guérison des vieux migrants reste difficile.

Les vieux migrants, à Calais, sont une exception. Dans les camps de fortune, la majorité des individus ont entre 15 et 30 ans. Les bénévoles fouillent vainement leur mémoire : en dix ans, ils ne se souviennent que d'un septuagénaire afghan ayant subi des tortures dans son pays. Comme souvenir récent, ils ont peut-être en tête un ou deux Syriens d'une soixantaine d'années qui ont tenté le passage mais, à vrai dire, peu de noms leur reviennent. "Si les personnes âgées se retrouvent à Calais, c'est soit parce qu'ils veulent rejoindre leur famille en Angleterre, soit parce qu'ils fuient la répression dans leur pays ou qu'ils sont plus ou moins impliqués dans l'opposition contre leur gouvernement. Le danger explique leur mouvement et non les raisons économiques. Peu d'entre eux demandent l'asile ici", analyse Joël Deseigne, un membre du Secours catholique en charge de la

gestion des douches collectives. Rares sont donc les vieux migrants à la frontière franco-anglaise, et ce d'autant plus que la route qui y mène est difficile et exige d'être en bonne santé. "À 40-50 ans, c'est dur de courir après les camions ! C'est physiquement éprouvant", lâche Philippe Wannesson, auteur du blog "Passeurs d'hospitalités". "Avec l'âge, il est plus dur de passer, et du coup, ils restent bloqués plus longtemps à Calais." Mathieu Abt, le délégué régional de Médecins du monde, précise : "Par définition, le migrant est jeune et en bonne santé physique car le parcours migratoire sélectionne les candidats par rapport à ces indicateurs." Ces observations confirment ce que plusieurs recherches ont bien établi : la sélectivité du processus migratoire et la jeunesse de ceux qui s'y engagent<sup>1</sup>. On ne saurait, toutefois, s'en tenir à ce constat. En effet, s'ils ne sont pas toujours "vieux" au sens que nous donnons à ce terme, les candidats au passage sont parfois considérés comme tels par leurs compagnons d'infortune : en Afghanistan, un quinquagénaire "est déjà considéré comme un grand-père !", rappelle un ancien migrant devenu traducteur. Surtout, tout indique que ces migrants dans la force de l'âge sont prématurément usés et vieillissent. Car le vieillissement, entendu comme un processus physiologique qui fragilise les individus, est accéléré par les privations, les souffrances ou les maladies, dont les

1. Pierre Chauvin, Isabelle Parizot, Jacques Lebas, "État de santé, recours aux soins et mode de fréquentation des personnes en situation de précarité consultant des centres de soins gratuits : le projet Précar", in *Précarisation, risque et santé*, Paris, Inserm, 2001, pp. 99-116 ; Jacqueline Ferreira, *Soigner les mal-soignés. Ethnologie d'un centre de soins gratuits*, Paris, L'Harmattan, 2004.

effets, conjugués à l'âge biologique, conditionnent l'état de santé. Il faut donc ici se départir de l'arbitraire des seuils qui marquent l'entrée dans la vieillesse en considérant que celle-ci, mesurée, par exemple, par la probabilité de survivre à dix ans, diffère considérablement d'un groupe social à l'autre<sup>2</sup>. À cet égard, parce qu'ils sont exclus parmi les exclus, les migrants de Calais sont nombreux à être, en quelque sorte, vieux avant l'âge. Ils subissent, bien plus encore que les immigrés installés régulièrement en France<sup>3</sup>, et bien plus tôt, une dégradation de leur état de santé qui interpelle les associations et les pouvoirs publics.

À Calais, la réponse institutionnelle a pris la forme, depuis 2006, de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS), une structure médicale adossée à l'hôpital. Bien qu'elle soit destinée a priori à l'ensemble des publics précaires, la PASS de Calais est fréquentée essentiellement par les migrants, presque toujours sans-papiers et sans droits. Comme le soulignent les notes de terrain présentées ici, les plus âgés d'entre eux ne bénéficient pas d'un très bon accès aux soins. Pour autant, c'est bien la maladie qui vient au secours de l'âge pour, éventuellement, légitimer la présence des migrants et légaliser leur séjour (contraint) en France.



### Une moindre résistance

Être bloqué longtemps à Calais constitue une épreuve redoutable. Vivre dehors en étant exposé aux intempéries et au froid, se laver rarement, ne manger qu'un repas par jour : cette litanie de souffrances et de carences, conjuguée à l'échec répété des tentatives de traversée, est une expérience rude qui a davantage d'impact sur un sujet âgé. D'autant que celui-ci est diminué par le voyage migratoire. *“Pour tous les âges, il y a des invariants en termes de morbidité : la maladie, les questions*

*d'hygiène, par exemple, qui confrontent la population à des épisodes infectieux récurrents parce qu'ils vivent dehors, des pathologies digestives parce qu'ils n'ont pas d'eau potable,* explique Jean-François Corty, directeur des missions France de Médecins du monde. *Mais, de fait, les migrants plus âgés sont moins résistants que des adultes jeunes. Potentiellement, ils sont plus exposés aux risques.”* Leur corps cicatrise moins vite et se remet plus difficilement des fractures ; de même, les organismes durablement éprouvés réagissent moins bien aux privations, aux inflammations et aux sepsis.

Reste que la communauté dont ils sont issus les soutient dans l'épreuve. Souvent, dans la file d'attente des douches, le bénévole du Secours catholique entend par exemple l'expression *“old man”* et aperçoit de jeunes exilés s'écarter pour laisser la priorité aux anciens. La même chose se produit lorsqu'il doit amener des malades se faire soigner à la PASS. Là encore, les jeunes laissent régulièrement la place aux plus vieux, conscients sans doute que, pour eux, l'attente est plus pénible ou l'urgence plus grande. Les migrants âgés font ainsi l'objet d'égards qui allègent un peu le poids de l'errance. *“Lorsque la personne voyage en famille, c'est un élément sur lequel la personne âgée peut compter pour surveiller son état de santé et l'accompagner jusqu'à un médecin”,* explique par ailleurs l'un des acteurs de terrain. Ici aussi, dans les “jungles” de Calais, l'âge est un marqueur qui revêt une dimension protectrice et suscite l'expression d'une solidarité horizontale, certains migrants assumant pleinement, vis-à-vis des plus anciens, un rôle de proche ou d'aidant.



### Un repérage difficile

Il n'existe pas, à Calais, de dispositifs médicaux spécifiques pour les migrants âgés. Il est difficile, pour ceux qui interviennent dans les différents camps,

2. Patrice Bourdelais, *L'Âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*, Paris, Odile Jacob, 1993.

3. Claudine Attias-Donfut, Philippe Tessier, “Santé et vieillissement des immigrés”, in *Retraite et société*, n° 46, 2005, pp. 89-129.

de repérer les migrants prioritaires en termes de soins. L'un de ces bénévoles, Jacky Verhaegen, aujourd'hui animateur de l'aide socio-juridique proposée aux migrants par le Secours catholique, évoque par exemple la prise en charge tardive d'un malade âgé, qui aurait été mieux protégé s'il avait été détecté dès son arrivée : *"L'Afghan âgé de 70 ans dont tout le monde se souvient avait des gros problèmes de santé. On l'a connu quand il est arrivé au centre hospitalier. Ses problèmes se sont aggravés avec les conditions de vie ici. On a vite enchaîné sur une demande de titre de séjour pour soins, alors qu'on aurait pu démarrer une demande d'asile si on l'avait repéré plus tôt. Je pense qu'on est passé à côté de quelque chose"*. Un autre raconte qu'il *"a un proche dans sa famille qui fait des malaises à cause du diabète"* : *"Ça me permet, explique-t-il, de détecter dans les camps les plus fragiles et ceux qui font ces mêmes malaises."* Les cas suspects sont alors emmenés à la permanence de soins, s'ils en sont d'accord. De son côté, l'association Médecins du monde ne délivre plus de soins depuis la création de la PASS, mais elle continue d'effectuer un repérage des personnes en souffrance. Notamment à travers la *"wash mobile"*, un dispositif de douche ambulante transporté dans les squats pour permettre aux migrants de se laver. Ces différents procédés de repérage, bricolés localement, signalent bien la difficulté à agir face à une population à la fois démunie de tout et méfiante à l'égard de chacun. À Calais, les acteurs de terrain réactivent ainsi des techniques vieilles de plus d'un siècle, lorsque les dispensaires, ces postes avancés de la guerre contre les grands fléaux morbides, phtisie et syphilis, étaient implantés dans les quartiers populaires, là où l'urgence sanitaire était la plus grande<sup>4</sup>. Comme aujourd'hui, il s'agit de débusquer les individus

fragiles pour les prendre en charge le plus tôt possible, comme cela se pratiquait jadis avec les *"vieux touseux"* que l'on suspectait de tuberculose. Pour ce faire, il faut encore aller au-devant des malades ou des individus à risque, les sensibiliser, mais aussi vaincre leurs résistances et leur méfiance. *"Rechercher, attirer et retenir"* : tel était le rôle que l'hygiéniste lillois Albert Calmette assignait à son visiteur-ouvrier dans la lutte antituberculeuse<sup>6</sup> ; et tel est le rôle qui échoit désormais aux bénévoles associatifs qui parcourent les campements de migrants pour y dépister ceux dont la santé semble fragile. Sauf que, justement, le contact et le repérage des vieux migrants – et des exilés en général – sont devenus plus difficiles. Car, comme le signale Joël Deseigne du Secours catholique : *"Les migrants sont très très nombreux (1 500 contre 500 intra muros au début de l'année), alors on les perd de vue."*



## Des ruptures de soins

Les expulsions de camp et de squat, au printemps et au début de l'été 2014, ont contribué à disperser la population migrante en périphérie de Calais, dans des endroits de nature sauvage. Lors de ces événements, l'association Médecins du monde s'inquiétait de perdre la trace de patients suivis pour des pathologies chroniques. Depuis, elle souligne que de nombreux migrants se sont retrouvés en rupture de soins.

De fait, la vieillesse se caractérise par des maladies spécifiques telles que l'hypertension artérielle et autres affections vasculaires, le diabète, les pneumopathies ou les rhumatismes. Souvent, les anciens sont sujets à des polyopathologies, des affections complexes qui peuvent être aggravées

4. Les demandes de titres de séjour pour soins concernent les étrangers non européens en situation médicale critique, c'est-à-dire pour lesquels l'absence de soins pourrait avoir des conséquences d'une "exceptionnelle gravité", à la condition que le traitement nécessaire n'existe pas dans leur pays, et ce quel que soit son coût (Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, art. L. 313-11). Ces titres de séjour pour soins sont plus précaires, par nature, que le statut de réfugié obtenu à l'issue d'une demande d'asile. 5. Jean-Paul Gaudillière, *La Médecine et les Sciences XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*, Paris, La Découverte, 2006. 6. Albert Calmette, « Le préventorium ou dispensaire et son rôle dans la lutte antituberculeuse », in *Lille et la région du Nord en 1909*, Lille, Imprimerie Danel, t. 1, 1909.

## REPÉRAGE

par des conditions de vie très rudes. *“On voit notamment des adultes syriens qui viennent d’un pays développé qui leur offrait un accès à une qualité de soins en réponse à leur maladie chronique. Du jour au lendemain, ces gens se retrouvent à la rue. Ce sont des personnes moins préparées au risque et qui n’ont pas de stratégie de défense”*, indique Jean-François Corty, directeur des missions France pour Médecins du monde. Ce type de décrochage thérapeutique et d’abandon des traitements est problématique pour les malades, bien sûr, mais aussi pour les soignants. Ceux-ci doivent en effet adapter les protocoles de soins à ce public en situation d’extrême précarité. *“On fixe la prise en charge médicale en fonction de l’environnement du patient”*, précise en ce sens Mathieu Abt, le délégué régional pour Médecins du monde qui intervient aussi comme médecin à la PASS de l’hôpital. Celui-ci explique, par exemple, que *“normalement, pour l’hypertension, il faut éviter le stress et manger d’une certaine manière”*. Or cela est irréalisable dans le contexte calaisien actuel : *“Les migrants ne bénéficient pas des conditions optimales pour guérir*, indique-t-il, *c’est pourquoi on s’efforce de pratiquer une médecine de qualité mais en tenant compte des conditions de vie des gens.”* Pour ces patients, le choix d’un traitement se porte donc toujours sur celui qui nécessite le moins de surveillance et qui engendre peu d’effets secondaires – fût-ce au prix d’une moindre efficacité thérapeutique. Il s’ensuit que les soignants doivent ici faire le deuil de ce qui constitue l’objectif instrumental de la médecine, à savoir la guérison : à la toute-puissance curative de la médecine, à la mission thérapeutique du médecin, se substitue souvent ce que Jacqueline Ferreira appelle le *“non-faire”*, qui prend notamment la forme du soutien et de l’écoute<sup>7</sup>.



### Un impossible suivi médical

La PASS permet de déceler des maladies, mais les soignants éprouvent bien des difficultés en termes de suivi de l’état de santé des patients. D’un jour à l’autre, ceux-ci peuvent aller en Angleterre, et on raconte qu’il y a quelque temps un vieil exilé en fauteuil roulant a réussi à passer de l’autre côté de la Manche, tandis qu’un autre a tenté la traversée avec deux talons cassés. De fait, l’instabilité est une caractéristique essentielle de la relation thérapeutique que les soignants peuvent avoir avec les migrants et, dès lors, le suivi des plus fragiles se révèle particulièrement aléatoire. *“On cible oui et non les personnes âgées car, normalement à 50 ans, ils devraient faire un dépistage de cancer du côlon qu’on ne fait pas car il nous est impossible d’établir une prise en charge sur le long terme.”* *“On ne peut pas les obliger non plus”*, indiquent les deux infirmiers de la PASS, alors *“on se cantonne à des soins d’urgence et on fonctionne comme un cabinet standard”*. Ce rapprochement avec la médecine ambulatoire n’est pas anodin : il suggère que le traitement et la guérison éventuelle sont fonction, dans une large mesure, non seulement de l’engagement des patients dans le protocole de soins, mais encore de la qualité du suivi médical. Or aucune de ces conditions ne peut être remplie avec des populations en transit, motivées par la seule perspective du départ, coûte que coûte, et préoccupées avant tout par la *“reproduction de la force de circulation”*<sup>8</sup>.

Il en résulte en particulier une inadaptation des modes de prise en charge des migrants “âgés”. D’une certaine façon, ceux-ci sont, à bien des égards, prisonniers des critères d’âge qui organisent le fonctionnement des services de santé et

<sup>7</sup> Jacqueline Ferreira, *op. cit.*, pp. 207 et sq.) <sup>8</sup> Smaïn Laacher, “Éléments pour une sociologie de l’exil”, in *Politix*, vol. 69, n° 1, 2005, p. 121.

structurent nos représentations du cours de la vie. D'un côté, le critère d'âge les disqualifie pour l'accès à certaines structures hospitalières. C'est ce que rappelle, par exemple, l'assistante sociale de la PASS : *"Il est rare d'avoir des sexagénaires, et si on en a ici, l'accès au service gériatrie est fixé à 75 ans."* En tout état de cause, ajoute-t-elle, *"en France, on ne veut pas voir la vieillesse et la décrépitude. Les vieux Français sont déjà un poids dans notre société, alors les vieux migrants"*... D'un autre côté, les migrants usés par l'itinérance et prématurément vieillissent ne relèvent pas, a priori, de la catégorie des personnes vulnérables dont il faudrait mieux assurer le suivi médical. C'est pourquoi, d'ailleurs, Médecins du monde tente de mettre cette notion de vulnérabilité au centre des réflexions menées actuellement avec les élus, le ministère de l'Intérieur et des associations à propos du futur centre d'accueil des migrants. *"On plaide en faveur d'une ouverture du centre 24 heures sur 24 et d'une prise en compte de toute la population en transit, pas seulement les femmes et les enfants"*, indique Jean-François Corty. Les responsables associatifs considèrent, en effet, que la vulnérabilité n'est pas l'attribut d'un groupe en particulier, tels les femmes ou les enfants, mais un contrepoint de la migration. Autrement dit, le parcours migratoire génère nécessairement de la vulnérabilité – celle-là même qui explique le constat des bénévoles, selon lequel, *"pour des trentenaires, on a l'impression qu'ils sont dans un vieillissement accéléré lorsqu'ils nous disent leur âge"*.

À Calais, les exilés les plus âgés ont souvent entre 40 et 50 ans. Trop "vieux", souvent, pour passer en Angleterre, ils séjournent longtemps en ville et dans les environs immédiats, où ils souffrent de la précarité la plus extrême et d'une exposition constante aux risques de santé. Mais trop "jeunes" et démunis de droits, ils échappent

largement aux formes de médicalisation auxquelles sont confrontées, en France, les personnes diminuées par l'âge. De fait, l'âge ne leur accorde aucun privilège. La maladie, en revanche, parce qu'elle suscite désormais la compassion, peut légitimer leur présence sur le territoire français et leur ouvrir des droits<sup>9</sup>. Cette prise en charge médicale, aussi imparfaite soit-elle parfois, mesure le chemin parcouru depuis l'époque, pas si lointaine, où les critères sanitaires servaient essentiellement à exclure les plus fragiles. ■

9. Didier Fassin, "Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers", in *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n° 4, 2001, pp. 5-34.