Calais, « laboratoire » d'une médecine de l'exil

Jacques Rodriguez et Chloé Tisserand

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/3811>

DOI : 10.4000/hommesmigrations.3811

ISSN : 2262-3353

Éditeur

Musée national de l'histoire de l'immigration

Édition imprimée

Date de publication : 1 mars 2017

Pagination : 132-136

ISBN : 978-2-919040-37-7

ISSN : 1142-852X

Référence électronique

Jacques Rodriguez et Chloé Tisserand, « Calais, « laboratoire » d'une médecine de l'exil », *Hommes & migrations* [En ligne], 1316 | 2017, mis en ligne le 20 juillet 2017, consulté le 17 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/3811> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3811>

SPÉCIAL FRONTIÈRES

CALAIS, « LABORATOIRE » D'UNE MÉDECINE DE L'EXIL

Par JACQUES RODRIGUEZ, professeur de sociologie à l'université de Lille-SHS, CHLOÉ TISSE-RAND, doctorante en sociologie, université de Lille-SHS (CeRIES) et journaliste à La Voix du Nord.

L'urgence liée à la situation des migrants (entre 6 900 selon la préfecture et 9 000 selon les associations aujourd'hui), vivant pour la majorité d'entre eux dehors, a obligé les acteurs de santé à repenser les modalités de leur prise en charge sanitaire. Depuis l'automne 2015, une médecine de l'exil se met en place en associant plus étroitement le travail des organisations non gouvernementales aux interventions des structures étatiques.

Avec l'installation du camp de migrants à Calais, il y a un peu plus d'un an, la concentration d'environ 6 000 personnes sur un terrain vague, sans toilettes ni accès à l'eau ou à la relève des ordures, a créé un environnement propice à l'apparition de maladies et au déclenchement d'épidémies. C'est pourquoi, en octobre 2015, le Défenseur des droits s'est préoccupé de la situation sanitaire des migrants entassés sur cet espace connu sous le nom de « *new jungle*¹ » ou de « Lande », un « *lieu de misère, de danger, d'abandon et de drames*² ». Il évoque dans son rapport « *une offre de prise en charge médicale insuffisante au regard de la situation humanitaire [et] une violation flagrante du droit des migrants à la protection de la santé*³ ». Pour ceux-ci, en effet, dès avant l'apparition de cette « *new jungle* », la structure médicale de référence est la Permanence d'accès aux soins de santé (ci-après PASS-CH). Destinée *a priori* à l'ensemble des personnes précaires, cette structure, rattachée aux services des urgences de l'hôpital,

et localisée à proximité de ce dernier, est constituée de médecins, d'infirmiers, d'interprètes et d'un travailleur social ; elle pratique une médecine générale d'urgence, à la fois curative et préventive, qui doit normalement contribuer à réinscrire les patients précaires dans le droit commun.

Or, le rapport du Défenseur des droits évoque sa « saturation quotidienne » puisque, calibrée pour 500 personnes, la PASS-CH en accueille en réalité près de dix fois plus, environ 4 500 par an. Fin octobre, certaines associations présentes sur place ont d'ailleurs saisi le tribunal administratif afin d'obliger l'État à prendre les mesures qu'imposent les circonstances. La justice leur a donné raison et la décision du tribunal administratif a été confirmée en appel par le Conseil d'État un mois plus tard. Une équipe interministérielle, composée de représentants de l'Agence régionale de santé (ARS), de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS⁴) ainsi que du ministère de l'Intérieur, a

1. La partie sud de la « *new jungle* » a été rasée fin février 2016. Selon les chiffres officiels donnés en mars, on recenserait encore 3 500 migrants, dont 1 650 dans la partie nord de cette zone. 2. Marie-Françoise Colombani, Damien Rousseau, *Bienvenue à Calais. Les raisons de la colère*, Paris, Acte Sud, 2016. 3. Le Défenseur des droits, « Exilés et droits fondamentaux : la situation sur le territoire de Calais », Paris, octobre 2015 [en ligne]. 4. L'EPRUS est un établissement public créé en 2007 dont la mission consiste d'une part à gérer la « réserve sanitaire », c'est-à-dire l'ensemble des professionnels de santé mobilisables en cas de crise, et d'autre part à gérer les stocks de médicaments et de produits de santé destinés à éviter toute rupture d'approvisionnement.

alors été mandatée pour dresser un état des lieux de la situation sanitaire et proposer des réponses. Les conclusions de cette mission sont largement confirmées par les observations issues d'une enquête de terrain de longue haleine auprès des structures et des professionnels de santé en charge des migrants : Calais y fait figure de « laboratoire de solutions » pour concevoir une médecine de l'exil à la fois accessible et efficace.

Une organisation sanitaire repensée

L'hôpital a commencé sa métamorphose en 2013 lorsque de nouveaux moyens ont été attribués à la PASS-CH. Ce service médical discret est alors devenu, à mesure qu'augmentait le nombre de migrants, un acteur central de la nouvelle organisation sanitaire qui leur était dédiée. La PASS-CH s'est en effet restructurée et diversifiée : tandis qu'elle n'offrait au départ que des consultations de médecine générale et un accompagnement par une assistante sociale, elle propose également, désormais, des soins dentaires et psychologiques. Le nombre d'infirmiers et d'interprètes a par ailleurs été augmenté : quatre pour les premiers, deux pour les seconds, contre un seul en 2013. Et leurs missions ont été redéfinies. Ainsi, l'interprète, qui gérait aussi les « douches thérapeutiques », a-t-il été déchargé de cette tâche grâce à la création d'un poste d'agent hospitalier en mars 2014. Il peut dès lors se consacrer à l'accueil des patients et, surtout, à la traduction des symptômes qui les amènent devant les soignants, ces échanges verbaux aussi difficiles que nécessaires dans la prise en charge des « mal soignés⁵ ».

La PASS-CH s'est aussi délocalisée en ouvrant, à partir de mars 2015, une antenne de soins infirmiers au centre d'accueil des migrants Jules-Ferry, en périphérie immédiate de la « Lande ». Là, l'équipe de cette « PASS Ferry » entretient des liens

étroits avec La vie active, l'association mandatée par l'État pour gérer l'accueil et l'approvisionnement en repas des migrants, mais aussi pour organiser si nécessaire leur acheminement à la PASS-CH elle-même ou au centre hospitalier, distants de plusieurs kilomètres. Surtout, cette antenne joue désormais un rôle pivot dans l'organisation des soins en direction des migrants. Implantée à proximité de la « new jungle », elle constitue en effet une sorte de poste médical avancé, une offre de soins mobilisable là où l'urgence sanitaire est la plus grande et où l'accès aux secours se révèle souvent très problématique. Elle se présente, par ailleurs, comme la « tête de pont » du dispositif sanitaire actuel, ainsi que le souligne la mission interministérielle dépêchée sur place fin 2015. De fait, cette annexe de la PASS-CH permet d'opérer un premier tri des patients pour éviter que les autres structures de santé ne soient encore plus sollicitées et encombrées. Certains d'entre eux sont alors soignés in situ pour tout ce qui concerne la « bobologie » ou les blessures superficielles, tandis que d'autres sont dirigés vers la PASS-CH ou même vers le service des urgences si leur état nécessite un surcroît d'investigations, de soins ou des produits de santé plus élaborés. « *Le tri est fait sur place pour qu'il y ait moins de transport et on laisse sur place ceux qui n'ont pas de besoin particulier ; c'est rentable au niveau économique* », explique l'un des acteurs du dispositif, qui songe ici au coût engendré par l'acheminement des patients vers les autres structures de santé.

« Médicaliser Ferry » est d'ailleurs l'idée qui tend à s'imposer dans la nouvelle organisation des soins destinés aux migrants. Il s'agirait, en effet, de renforcer les moyens alloués au niveau du centre d'accueil Jules-Ferry afin d'assurer à la fois un suivi épidémiologique et un meilleur accès aux soins pour les exilés de la « Lande ». « *Dans le Pas-de-Calais, on a 112 médecins pour 100 000 habitants, un pour mille ; dans la « jungle », on a 4 000 habitants et donc on a besoin de quatre généralistes. On ne va pas les*

5. Jacqueline Ferreira, *Soigner les mal soignés*, Paris, L'Harmattan, 2004 ; Isabelle Parizot, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, PUF, 2003.

SPÉCIAL FRONTIÈRES

installer à 4 km du bourg ! Nous n'avons pas d'autres solutions, d'autant que la PASS est submergée », indique en ce sens le médiateur médical installé récemment sur le site.

L'arrivée de nouveaux acteurs

Les structures étatiques ne sont pas les seules à intervenir auprès des occupants de la « Lande », loin s'en faut. On retrouve en fait dans le camp de Calais plusieurs de ces organisations médicales agissant dans le registre du « *gouvernement humanitaire* » pour assurer, partout, la survie des exilés et des déplacés, ceux que Michel Agier nomme les « *restes du monde*⁶ ». Ainsi Médecins du Monde (MDM), qui avait réduit ses activités lors de la création de la PASS-CH en 2006, a été amené dernièrement à en repenser la nature et le périmètre. « *Avec l'augmentation du nombre de migrants et la présence de plus en plus de femmes et d'enfants, on a décidé d'ouvrir à l'été 2015 une clinique dans la Lande avec un mode opératoire d'urgence qui relève des zones de conflits* », indique le directeur de la mission France chez MDM. Ce centre de soins est venu en renfort d'un dispositif sanitaire sous-calibré aux abords de la « *new jungle* » en assurant, en plus des soins infirmiers dispensés à la PASS-Ferry, un véritable service de consultations médicales. Mais, vandalisée en novembre dernier, cette clinique a interrompu son activité, et l'intervention de MDM prend désormais la forme de maraudes dans la « Lande », c'est-à-dire une consultation itinérante, de tente en tente, pour s'adresser à ceux qui ne peuvent pas se déplacer, repérer les cas suspects, assurer un suivi médical *a minima* des patients, les informer et, au besoin, les orienter. De même, le retour de Médecins sans frontières (MSF) à Calais, en septembre dernier, témoigne du basculement de la situation sanitaire des exilés vers l'urgence humanitaire de masse. Pour faire face à des besoins croissants, MSF a décidé l'installation d'un nouveau centre médical

qui compense en partie la disparition de la clinique de MDM et qui constitue désormais, avec la PASS-Ferry, l'autre voie d'accès à la médecine générale pour les migrants.

D'autres associations et ONG interviennent par ailleurs en marge de l'action de ces « très grandes organisations charitables médicales », pour reprendre la terminologie de Michel Agier, tantôt pour gérer les hébergements, les douches ou la fourniture des repas, tantôt, aussi, pour dispenser des soins. Ainsi en est-il de Gynécologie sans frontières (GSF), une ONG qui s'est illustrée en 2013 dans un camp de réfugiés de Jordanie en procédant à un millier d'accouchements sous tentes. Signe d'une présence féminine importante – mais souvent invisible – dans le camp calaisien, GSF organise des consultations médicales dans une installation de fortune, une caravane qui abrite aussi l'*Unofficial Woman Center* fondé par une bénévole⁷. Les conditions d'hygiène ne permettent certes pas de procéder à des examens très poussés, mais une convention signée récemment entre GSF et l'hôpital vise à améliorer la prise en charge – notamment médicamenteuse – de patientes parfois exposées à la violence (viols, grossesses imposées, etc.). L'association Salam, de même que L'auberge des migrants délivrent également des soins infirmiers, contribuant ainsi à réparer les corps blessés des exilés. Et, sans prétendre à l'exhaustivité, il faut mentionner aussi les deux centres de premiers secours implantés par des Anglais au cœur de la « jungle », les infirmières libérales qui viennent y offrir leurs services ou encore les distributions sauvages de médicaments dans le camp – celles que font gratuitement certains bénévoles, ou celles qui donnent lieu à des échanges marchands dans les « épicerie » installées par les migrants eux-mêmes.

Une telle démultiplication des bonnes volontés est assurément un indice de la situation sanitaire déplorable dans la « *new jungle* » – même si, comme le soulignent les conclusions de la mission interministérielle de novembre 2015, les urgences

6. Michel Agier, *Gérer les indésirables. Des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*, Paris, Flammarion, 2008.

7. Marie-Françoise Colombani, Damien Rousseau, *Bienvenue à Calais. Les raisons de la colère*, op. cit.

vitales sont globalement prises en charge. Mais il en résulte une offre de soins insuffisamment structurée et qui fait trop peu de place, en outre, à la prévention et au suivi des patients, quand elle ne repose pas sur cette « *thérapeutique sauvage* » privant les malades des conditions élémentaires de sécurité⁸. Calais, en cela, se présente assurément comme un « laboratoire » de la médecine d'exil, un laboratoire où doivent s'inventer, de manière incrémentale, des modes d'intervention sanitaire assez souples pour s'adapter à un public défiant et volatil, mu par le désir de passer au plus vite en Angleterre, et assez efficaces pour répondre à la fois aux problèmes médicaux liés à une vie « à la dure » et aux situations d'urgence – visibles et invisibles.

L'enjeu de la coordination des soins

Dans les activités adressées à autrui et les métiers relationnels, tels que le travail social, l'action sanitaire ou l'insertion professionnelle, entre autres, la coordination tend à apparaître de plus en plus comme un impératif catégorique. La division du travail entre différents acteurs, l'individualisation des prises en charge et l'émergence de nouveaux publics ou de nouvelles problématiques (poly-pathologies, situations de handicap, de dépendance, etc.) expliquent l'importance reconnue désormais à cette fonction⁹. Celle-ci s'impose également dans le domaine médical : la complexité croissante des traitements, en particulier dans le cas des maladies chroniques, mais aussi la coprésence et les effets conjugués de multiples pathologies rendent en effet nécessaire une approche mieux coordonnée et plus interdisciplinaire¹⁰. Il s'agit alors de rationaliser le travail des soignants et d'intégrer davantage les soins afin de garantir leur bon ajustement et, ainsi, de répondre au mieux aux besoins des patients. Cet

objectif, qui se traduit notamment, en médecine ambulatoire, par le développement des « maisons de santé pluri-professionnelles », est aussi, à bien des égards, au cœur de la problématique calaisienne : articuler les différentes interventions sanitaires, assurer un meilleur chaînage des soins dans le but d'améliorer la prise en charge et le suivi des problèmes de santé. À ceci près qu'il s'agit peut-être moins, dans la « jungle », d'optimiser une réponse thérapeutique que de pouvoir seulement répondre aux besoins qui se font jour dans des conditions satisfaisantes de sécurité.

La dispersion des acteurs de santé opérant dans la « Lande » apparaît, en effet, comme une difficulté supplémentaire pour nombre de professionnels rencontrés sur place. Ceux-ci évoquent à cet égard les distributions de produits pharmaceutiques, des antalgiques en particulier, dont l'origine est parfois inconnue, voire douteuse, et la traçabilité inexistante. Or ces distributions favorisent d'autant plus le recours à l'automédication que les patients sont parfois reçus au compte-gouttes dans les structures médicalisées. Dans ces conditions, des médicaments sont régulièrement échangés entre les migrants et, de même, des conseils médicaux, fondés notamment sur des pharmacopées traditionnelles, circulent au sein des petites communautés. Un Soudanais d'une trentaine d'années soigne ainsi des maux d'estomac avec du fenugrec, une graine réputée pour son action contre la douleur. Mais dans la « *new jungle* », au niveau de la rue des commerces et des restaurants, on peut également apercevoir en vitrine des boîtes d'Hexalyse® et de Doliprane® à côté des paquets de cigarettes. « *C'est pour les maux de tête, les douleurs aux dents, au corps* », explique le commerçant, un Afghan, qui ajoute : « *Ici, la douleur est là tout le temps. La nuit, il n'y a pas de docteurs. À Jules-Ferry, à 15 heures [horaire de la consultation des femmes] ils partent ; où peuvent aller les hommes après ? Et puis tout*

8. Philippe Bourrier, *Rapport définitif de la mission d'évaluation du dispositif de prise en charge sanitaire des migrants à Calais*, Paris-Calais, EPRUS/DGS/ARS/Ministère de l'Intérieur, 2015 [en ligne]. 9. Magali Robelet et al., « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », in *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2005, pp. 231-260. 10. Nicolas Péronne et al., « Concrétiser la prise en charge interdisciplinaire ambulatoire de la complexité », in *Santé Publique*, 2015, pp. 77-88.

SPÉCIAL FRONTIÈRES

le monde ne peut pas passer car il n'y a pas assez de tickets, et l'hôpital est trop loin. Ici, c'est possible de venir jusqu'à minuit prendre des médicaments. »

La boîte est vendue 6 euros. En quinze jours, il a vendu douze boîtes ; il les acquiert en passant lui-même à la PASS-Ferry, avant de répercuter ensuite à ses clients les conseils qui lui ont été donnés par les médecins (heures de prise, posologie, etc.). Bien que ce commerçant précise qu'il ne vend aucun anxiolytique, car ils sont dangereux, on recense toutefois des cas de iatrogénie médicamenteuse et plusieurs hépatites fulminantes, causées par une consommation excessive de paracétamol.

Si certains problèmes résultent donc de l'insuffisance de l'offre médicale, d'autres procèdent à l'inverse de la présence, aux abords de la « *new jungle* », de plusieurs guichets médicaux. Il arrive ainsi que des patients se présentent à la PASS munis d'une ordonnance délivrée par MDM ou MSF sans qu'il y ait nécessairement consensus quant au diagnostic posé par les praticiens. Dernièrement, l'un de ces patients disposait, par exemple, de deux ordonnances émanant d'une même ONG, mais les deux médecins consultés n'avaient pas établi le même diagnostic, l'un pensant à une gale, l'autre à une varicelle ; le médecin de la PASS a dû, en quelque sorte, les départager. Si de telles hésitations diagnostiques ne sont évidemment pas propres à cette médecine de l'exil, leurs conséquences potentielles sur un public démuné de tout renforcent encore l'exigence d'une meilleure coordination des interventions sanitaires.

C'est pourquoi, à la suite du rapport de la mission interministérielle, un médiateur médical a été nommé afin de rassembler les différents acteurs de santé autour d'une même chaîne de soins. Ce médiateur a tout d'abord la charge de déterminer qui peut – ou non – intégrer l'organisation sanitaire officielle. « *Il existe un cadre avec des règles. Il faut que les médecins et infirmières disposent du droit d'exercer, par exemple. J'ai rencontré deux, trois asso-*

ciations un peu farfelues ; on ne peut pas accepter tout et n'importe quoi. Je dois pouvoir les labelliser et être le garant de la qualité du travail effectué », affirme-t-il. Ainsi, des autorisations ont-elles été délivrées à un centre de vaccination anglais installé dans la « jungle » tandis que d'autres « *interventions pseudo-sanitaires*¹¹ » ont été *a priori* écartées du circuit des soins. Le médiateur a également pour mission de rapprocher les divers intervenants en les réunissant régulièrement afin de définir précisément le rôle de chacun, de créer des synergies et de faciliter la communication des informations : « *là où mon rôle a été utile* », explique-t-il, « *c'est de les avoir mis en contact les uns avec les autres car la connexion n'existait pas vraiment. Rassembler tout le monde autour d'une table, c'était nouveau.* »

Ce chantier de la coordination des soins, ouvert il y a seulement quelques mois, est tout à fait décisif pour articuler efficacement consultations itinérantes (les maraudes), premiers secours (la PASS) et médecine hospitalière, sans négliger pour autant le travail de prévention et de veille épidémiologique. Or les soignants de MDM regrettent à cet égard « *un manque d'anticipation* » de la part des autorités sanitaires. « *Aujourd'hui* », indiquent-ils, « *on est en pleine épidémie de rougeole. Les autorités auraient dû informer ou organiser une campagne de vaccination de masse*¹². *Il existe une négligence totale. La gestion des camps, cela fait une dizaine d'années que ça existe ! L'installation de latrines et la vaccination doivent être systématiques. Les choses se mettent en place doucement, mais sûrement pas sur le mode de l'urgence.* » C'est là, sans doute, l'autre enjeu majeur de ce travail de coordination : non seulement rationaliser l'offre de soins, mais encore faciliter la rencontre entre les différentes cultures professionnelles des soignants – celles, en particulier, de la médecine hospitalière et de la médecine humanitaire. ■

11. Philippe Bourrier, *Rapport définitif*, op. cit. 12. Il faut préciser ici que cette campagne de vaccination a par la suite été menée par les autorités sanitaires. L'épidémie de rougeole a pu ainsi être contenue : seuls 13 cas ont finalement été enregistrés, dont 3 parmi les soignants.