

Le 31/03/04

RAPPORT 2003 DU COMEDE

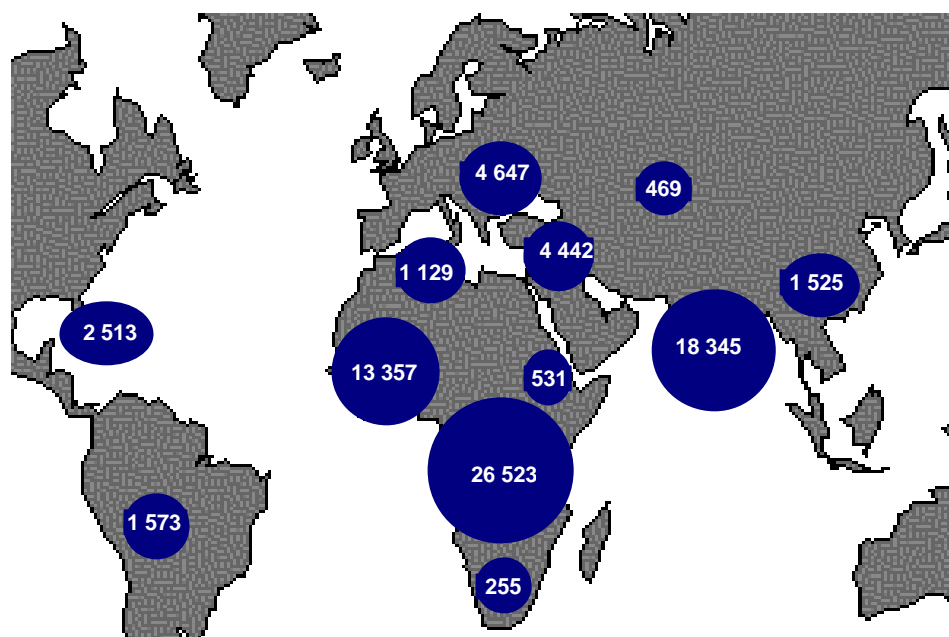
La Santé des Exilés

1. La santé des exilés en 2003	2
2. Les patients du Comede	6
3. Accueil, consultations et suivi médical	7
4. Epidémiologie, prévention et dépistage	11
5. Accès aux soins et à la protection maladie	13
6. Expertise médico-juridique et droit de la santé	15
7. Formation, communication et réseau	17
8. Gestion, finances et perspectives	19
Annexe I	Indicateurs Patients
Annexe II	Indicateurs Consultations
Annexe III	Indicateurs Epidémiologie
Annexe IV	Indicateurs Communication

1. LA SANTE DES EXILES EN 2003

Depuis 1979, l'accueil de 5 000 patients par an de plus de 100 nationalités a fait du Comede un poste d'observation unique de la santé des exilés en France. En 24 ans d'existence, le Comede a pris en charge 78 730 patients et dispensé 387 371 consultations de Médecine, Psychothérapie, Service infirmier et Service social, pour faire face à une demande souvent associée de soutien, de soins, d'accès aux soins et de conseil juridique.

Nationalité des patients pris en charge au Comede
(1979-2003)



L'histoire des exilés est jalonnée de conflits et de ruptures multiples qui les ont entraînés en exil. Ces personnes n'ont pas choisi les conditions de leur départ, ils ignorent ce que sont devenus leurs proches dans la fuite, ils ressentent cette douloureuse culpabilité d'avoir sauvé leur vie quand d'autres sont restés. L'exil signifie la perte de l'identité familiale, sociale, professionnelle et des repères culturels et affectifs. Si les exilés souffrent des mêmes maladies que l'ensemble de la population, les conditions de vie qui ont été les leurs durant la période qui a précédé l'exil, celles qu'ils ont connues au cours du voyage et celles qu'ils ont subies durant les premiers temps de leur séjour en France se conjuguent pour fragiliser leur état de santé.

Plus de la moitié des nouveaux patients reçus au Comede ont subi, dans leur pays d'origine, des formes de répression violentes (60% en 2003). C'est le plus souvent après quelques consultations, lorsqu'une relation de confiance s'est instaurée avec le thérapeute, que le patient relate les sévices et tortures qu'il a réussi à fuir. L'agression physique, qui est l'image la plus « populaire » de la torture, est aussi le témoin le plus réducteur d'un processus qui vise également à détruire l'intégrité psychologique, sociale et relationnelle de la victime. Accueillis parmi l'ensemble des patients du centre, afin de prévenir le risque de stigmatisation, les survivants de la torture relèvent souvent d'une prise en charge pluridisciplinaire, pour laquelle le Comede bénéficie d'une importante contribution de l'ONU.

Origine géographique des étrangers et exilés en France

Région d'origine	Séjour régulier ¹	Réfugiés statutaires ²	Demandeurs d'asile ²	Vie privée et familiale ³	Etrangers malades ³	File active Comede
Afrique centrale	3%	11%	21%	16%	22%	32%
Asie du sud	2%	17%	8%	3%	6%	27%
Afrique de l'ouest	5%	5%	18%	21%	36%	23%
Proche-Orient	6%	11%	14%	9%	4%	10%
Europe de l'est	4%	11%	19%	9%	5%	3%
Amérique du nord	2%	2%	4%	2%	2%	2%
Afrique du nord	35%	1%	6%	26%	10%	2%
Asie de l'est	4%	35%	6%	8%	9%	1%
Europe de l'ouest	36%	2%	<1%	<1%	<1%	<1%
autres régions	3%	5%	4%	6%	5%	1%
TOTAL	3 347 398	101 338	52 664	7 374	3 425	4 399

¹ Ministère de l'Intérieur 2002, étrangers titulaires d'un titre de séjour

² Ofpra 2002, étrangers titulaires d'un certificat de réfugié et nouveaux demandeurs d'asile

³ Ministère de l'intérieur 2002, étrangers régularisés pour raison médicale ou autre motif « vie privée et familiale »

Outre l'exil et parfois la torture, les demandeurs d'asile doivent affronter l'exclusion qui résulte du démantèlement progressif du droit d'asile en France. A la frontière, les multiples entraves à l'entrée des demandeurs d'asile sur le territoire sont régulièrement dénoncées par le collectif associatif ANAFE (association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers). Après un délai de rendez-vous de plusieurs mois dans certaines préfectures, on observe actuellement l'allongement des délais de délivrance du certificat de dépôt de l'Ofpra (jusqu'à 3 mois) et du reçu du recours (2 mois) qui induisent des ruptures de séjour régulier, ce qui bloque le versement de l'allocation d'insertion et retarde l'ouverture des droits à l'assurance maladie. Pour les demandeurs d'asile exclus de l'aide juridictionnelle en raison d'une entrée « irrégulière » sur le territoire, le taux de reconnaissance du statut de réfugié est proche de 5%, alors qu'il est de 71% pour les demandeurs hébergés en CADA.

Le constat reste accablant sur l'accueil et l'hébergement des demandeurs d'asile par les services de l'Etat. Des personnes très précarisées - 282 € mensuels dans le meilleur des cas - s'adressent à des services sociaux et associations impuissants face à la saturation du Dispositif national d'accueil (12 000 places pour 52 000 demandeurs avec délais d'attente de plusieurs mois pour les demandeurs « privilégiés », dont les familles). Lorsque la solidarité provisoirement offerte par des compatriotes rencontrés au hasard des démarches vient à manquer, certains exilés basculent d'une situation de sans-domicile vers celle de sans-abris. Les multiples entraves à l'application du droit et les conditions d'accueil offertes aux demandeurs d'asile réclament des interventions quotidiennes des associations membres de la Coordination Française pour le Droit d'Asile (CFDA).

La récente loi sur l'asile (octobre 2003) marque un nouveau recul dans les garanties de protection offertes aux réfugiés. Si elle annonce certaines mesures réclamées par les associations, comme la fusion des procédures d'asile conventionnel et territorial (protection subsidiaire) ou la reconnaissance théorique du statut pour les personnes persécutées par un agent non étatique, cette réforme donne pour l'essentiel la priorité à la « maîtrise des flux migratoires » au détriment de la Convention de Genève. Parmi ses dispositions les plus préoccupantes figurent la réduction des délais dont dispose le demandeur, la multiplication des cas de procédure expéditive et la possibilité de refuser le statut au réfugié dont une partie du pays serait sécurisée (« asile interne »). Le projet de décret d'application a fait l'objet d'un jugement particulièrement sévère, en janvier dernier, de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDDH).

L'année 2003 a également vu regresser le droit à la santé des étrangers, avec la multiplication des refus de séjour auparavant accordé pour raison médicale (cf Expertise médico-juridique), **et les restrictions législatives contre l'Aide Médicale Etat** (cf Accès aux soins). Votée en décembre dernier, en dépit de toute logique économique comme de santé publique, la suppression de la procédure d'admission immédiate à l'aide médicale signe le grand retour à l'arbitraire, avec la promesse de délais interminables liés à des vérifications multiples, et signifie l'exclusion des soins jusqu'à l'urgence caractérisée prise en charge par l'hôpital. On peut craindre pour les sans-papiers de retrouver la situation connue avant la réforme de 1992, quand les centres de soins gratuits devaient bricoler quotidiennement avec les moyens du bord, interdisant les examens, avis et traitements coûteux.

Pour les demandeurs d'asile en cours de procédure, le droit systématique au régime de base de l'assurance maladie et à la complémentaire CMU devrait leur épargner l'exclusion des soins. Mais, en raison de la complexité de la réglementation et à sa méconnaissance par de nombreux acteurs du système de santé, y compris des agents de la sécurité sociale, il reste nécessaire d'intervenir fréquemment face à des refus illégaux à toutes les étapes : immatriculation, affiliation et ouverture de droit à la protection complémentaire, notamment en cas de demande d'admission immédiate justifiée par l'état de santé du patient. En outre, la CMU ne permet pas d'obtenir des prestations aussi indispensables que l'interprétariat ou la psychothérapie.

Dans ce contexte, les exilés s'adressent au Comede avec une demande multiple, en premier lieu une demande de soins. Pour ces exilés souvent traumatisés, la demande de soins recouvre toujours une demande de relation, de réparation et de reconnaissance. La névrose traumatique, avec ses douleurs multiples, insomnies, cauchemars, crises d'angoisse, troubles de l'attention, représente l'affection la plus répandue parmi les nouveaux arrivants, alors qu'un syndrome dépressif est plus fréquent chez les personnes sans-papiers depuis plusieurs années. La plupart des autres maladies observées relèvent du domaine de la médecine générale, en dehors de certaines particularités épidémiologiques liées à la région d'origine (cf Epidémiologie, prévention et dépistage).

Le bilan de santé permet de faire le point sur le corps maltraité par les persécutions, et les patients sont alors rassurés par l'absence de maladie grave. Lorsque le traumatisme est important, il arrive que le patient accueille douloureusement l'annonce de résultats «normaux », ce qui ouvre généralement la voie à la psychothérapie. Mais le bilan de santé conduit aussi le médecin à annoncer de mauvaises nouvelles. En premier lieu, la maladie grave ou chronique : devoir prendre en charge un diabète ou une hépatite chronique complique encore les perspectives de survie, en France comme au pays d'origine. Et malgré les progrès thérapeutiques, la découverte du VIH reste un traumatisme majeur, surtout lorsqu'il peut s'agir d'une conséquence des violences subies.

Mais, en cette période de crise du droit d'asile et du droit au séjour des étrangers, une autre annonce est de plus en plus douloureuse. Oui, vous êtes malade, mais non, votre maladie ne permettra pas d'avoir des papiers. Non, le certificat médical n'y changera rien. Les demandes de certificat médical pour l'asile et de rapport médical pour le séjour ont poursuivi leur progression en 2003 à mesure que les conditions juridiques et administratives se sont aggravées. La réponse à ces demandes suppose des connaissances médicales, mais aussi des repères juridiques et éthiques, afin d'élaborer les compromis les moins nocifs, et de les réévaluer à intervalle régulier.

Il est alors nécessaire pour chacun des intervenants de se poser la question de la relation d'aide, ses enjeux et ses limites. La relation d'aide suppose qu'il y ait une demande explicite, dont il est important de favoriser l'expression. Elle suppose que l'aidant soit compétent pour cette aide, qu'il se fasse aider si besoin ou qu'il oriente vers l'intervenant compétent. Elle suppose enfin que l'aidé participe à la résolution de son problème, qu'il reste le sujet de sa demande et l'acteur principal de son évolution.

C'est dans ce contexte que s'est exercée l'action du Comede en 2003, en accord avec les missions définies par les statuts de l'association. Comme l'année précédente, priorité a été donnée au développement des services et prestations spécialisées pour les patients les plus vulnérables, notamment interprétariat professionnel en 10 langues (+114%), expertise en matière de droit au séjour pour raison médicale (+70%), et psychothérapie (+49%). Avec un total de consultations stables par rapport à l'année précédente, la complexité croissante des prises en charge requises a eu pour effet la baisse de la file active globale (-10%). Enfin, conséquence de l'utilisation croissante du Comede comme centre-ressource par les professionnels, les activités d'information et de formation ont encore progressé en 2003, notamment avec l'édition du Guide du Comede diffusé à 841 exemplaires sur le deuxième semestre (cf Formation, communication et réseau).

Composée de 37 professionnels (médecins généralistes, infirmier/es, psychothérapeutes, assistant/es social/es, Service d'accueil et administratif), l'équipe du Comede accueille les patients exilés avec le souci de leur apporter l'écoute et le soutien humain et technique nécessaire. Le Comede a fait le choix d'un travail médico-psycho-social, pluridisciplinaire et simultané pour répondre aux traumatismes liés à l'exil et à l'exclusion des réfugiés. La spécificité de l'association réside en effet en une relation de confiance et d'écoute de patients exilés et souvent traumatisés, dans un climat de relative sécurité sanitaire. Les activités de soins, de prévention, d'accès aux soins, d'expertise et de formation du centre sont interactives et indissociables.

L'action du Comede en 2003

UN CENTRE DE SANTE POUR LES EXILES

Mission de service médical, social et centre médico-psychologique

Prise en charge médico-psycho-sociale pour 4 399 patients de 77 nationalités :

- Accueil de 2 870 nouveaux patients
- 9 117 consultations de médecine générale
- 4 861 consultations et Accueils infirmiers
- 1 482 consultations de Service social
- 930 entretiens de psychothérapie
- 970 consultations avec interprète

UN SERVICE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE

Mission de santé publique (CPM, CES, CDAG, CAT, PMI)

- 2 367 bilans de santé pour des nouveaux patients
- 1 217 patients à suivre pour affection grave
- 83 consultations infirmières en éducation thérapeutique

UNE PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE

Mission PASS pour des patients sans protection complémentaire

- 4 315 consultations médicales et soins infirmiers gratuits
- 1 980 demandes de protection maladie
- 1 929 délivrances gratuites de médicaments

UN SERVICE D'EXPERTISE EN DROIT DE LA SANTE

Face à la CNAM, l'OFPPRA, la CRR et les préfectures

- 860 certificats médicaux pour la demande d'asile
- 215 interventions pour protection maladie
- 123 dossiers de séjour pour raison médicale

UN CENTRE D'INFORMATION ET DE FORMATION

Sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit de la santé des étrangers

- 2 470 appels traités dans les permanences du Suivi médical et du Suivi de l'accès aux soins
- 29 sessions de formation pour des professionnels, associations ou étudiants
- 23 interventions publiques, 6 publications spécialisées et 841 Guides du Comede diffusés

2. LES PATIENTS DU COMEDE (cf Annexe I)

Le Comede a reçu 4 399 patients en 2003, dont 65% ont consulté pour la première fois (2 870 nouveaux patients). A moyens constants (nombre de consultations stable), la baisse de la file active (-10%, et -14% pour les nouveaux patients) est consécutive au renforcement de la prise en charge des situations complexes (cf Accueil, Consultations et Suivi médical).

67% des exilés sont orientés vers le Comede par des relations personnelles, le plus souvent des compatriotes. 18% des patients nous sont adressés par les associations d'aide aux étrangers (Cimade, FTDA, Croix-Rouge, Secours Catholique, SSAE...), 8% par les services de l'Etat (préfectures, services sociaux, OFPRA et CRR), 5% par des avocats et 2% par des services médicaux.

96% des patients du Comede résident en Ile-de-France, en Seine-Saint-Denis (32%), à Paris (27%), dans le Val-de-Marne (11%), le Val-d'Oise (8%), l'Essonne (6%), les Hauts-de-Seine (5%), la Seine-et-Marne (3%) et les Yvelines (2%), alors que 3% sont sans-domicile. 4% des patients résident dans une autre région, dont Centre (2%) et Picardie (1%). Sur un plan administratif, 32% des exilés ont leur adresse à Paris, 27% en Seine-Saint-Denis et 6% hors Ile-de-France. 26% ne résident pas dans le département où ils ont leur adresse, et 18% ont pour adresse une domiciliation associative (France Terre d'Asile, Réseau Dom-Asile).

Les patients du Comede sont pour la plupart des hommes (77%), jeunes (âge médian 31 ans), et récemment arrivés en France (médiane 13 mois). 49% des nouveaux patients sont ressortissants de pays francophones. Les femmes sont aussi nombreuses que les hommes pour l'Afrique centrale, les Antilles et l'Asie de l'est ($p < 0,001$). Les patients d'Afrique centrale et d'Europe de l'est s'adressent au Comede plus tôt après l'arrivée en France, ceux du Proche-Orient et d'Afrique de l'ouest plus tard que les autres ($p < 0,001$).

Avec 77 nationalités différentes, les exilés sont originaires de huit régions principales :

- ❶ Afrique centrale (1 392, dont 1 016 Congolais/RD, 154 Angolais, 126 Congolais et 68 Camerounais) ;
- ❷ Asie du sud (1 199, dont 695 Sri-Lankais [Tamouls], 315 Bangladais et 132 Indiens) ;
- ❸ Afrique de l'ouest (1 011, dont 478 Mauritaniens, 182 Maliens, 94 Guinéens et 60 Ivoiriens) ;
- ❹ Proche-Orient (444, dont 438 Turcs [Kurdes]) ;
- ❺ Europe de l'est (131, principalement de Russie, Moldavie, Ukraine et Géorgie) ;
- ❻ Antilles (78, dont 77 Haïtiens) ;
- ❼ Afrique du nord (72, dont 66 Algériens) ;
- ❽ Asie de l'est (36, dont 22 Chinois).

Soixante-dix-sept mineurs de plus de 13 ans ont été pris en charge (+75%), le plus souvent à la demande des services de l'Aide Sociale à l'Enfance. Ils sont principalement originaires d'Afrique centrale (32, dont 21 Congolais/RD), d'Asie du sud (16) et d'Afrique de l'ouest (15). 45 exilés âgés de plus de 65 ans ont été accueillis (+10%, 24 Congolais/RD et 14 Sri-Lankais) et 37 enfants de moins de 13 ans ont été reçus en consultation avec un parent, presque toujours la mère (27 en 2002), .

Cinq nationalités ont connu une forte augmentation par rapport à 2002 : Cameroun (+66%), Côte d'Ivoire (+33%), Inde (+31%), Guinée Conakry (+13%) et Turquie (+8%). Dans un contexte global de baisse, les diminutions les plus notables concernent Haïti (-35%), le Bangladesh (-33%) et la Sierra Leone (-32%). En 24 années d'existence, le Comede a reçu plus de 19 000 Congolais/Zairois, plus de 10 000 Sri-lankais (Tamouls), plus de 4 000 Angolais et Turcs (Kurdes), plus de 3 000 Bangladais et Mauritaniens, plus de 2 000 Haïtiens, Indiens, Maliens, Pakistanais et Roumains.

3. ACCUEIL, CONSULTATIONS ET SUIVI MEDICAL (cf Annexe II)

Le Comede a délivré 16 390 consultations, soient 69 consultations par jour en moyenne pour 239 jours d'ouverture du centre aux patients. Par rapport à 2002, la stabilité de ce nombre global recouvre une augmentation des services et prestations spécialisées (+114% consultations avec interprète, +49% psychothérapie, +13% service socio-juridique) et une diminution des consultations de premiers soins gratuits (-8% médecine générale et -9% consultation infirmière). Les patients ont consulté en moyenne 3,7 fois (3,3 l'année précédente, $p < 0,001$), pour une médiane de suivi de 2 mois. Pour les patients atteints d'affection chronique, ces chiffres sont de 5,6 consultations et 6 mois de suivi (cf Epidémiologie, Prévention et Dépistage). 970 consultations ont été effectuées à l'aide d'un interprète professionnel en 10 langues (331 en Turc/Kurde, 213 en Tamoul, 197 en Bangali/Hindi/Ourdou, 128 en Pullar/Soninke/Bambara et 101 en Russe).

Suite aux modifications des règles d'accès au Comede en septembre 2001, cette première année pleine avec la moitié des consultations de médecine réservées aux rendez-vous explique la progression du nombre de patients à suivre pour affection grave (+9%) et corrélativement la baisse de la file active (-10%). Seule une progression des moyens du Comede dans les années à venir pourrait ainsi permettre d'accueillir davantage de patients au centre tout en préservant la qualité de la prise en charge proposée. Les permanences d'interprètes (une demi-journée par semaine) ont été débutées en Russe et poursuivies en Bangali/Hindi/Ourdou, Pullar/Soninke/Bambara, Tamoul et Turc, avec maintien des vacations mensuelles en Kurde/Turc (psychothérapie). Enfin, l'application des nouvelles règles de délivrance des certificats médicaux, fondées sur les principes et contraintes du Comede, a entraîné un plafonnement de l'expertise médico-juridique en matière de droit d'asile (3%) malgré une demande toujours aussi forte (cf Expertise médico-juridique).

● **Le Service d'accueil est le lieu où s'établit le premier contact avec les patients.** Deux agents y assurent la permanence de l'accueil du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30. Dès 6h00, la porte extérieure du bâtiment La Force est ouverte par un agent de sécurité de l'hôpital de Bicêtre pour que les premiers arrivants puissent pénétrer dans une salle d'attente chauffée où ils inscrivent leur nom sur une liste destinée à la consultation de médecine générale. Lorsque cette liste est complétée, les patients utilisent une seconde liste destinée à l'Accueil infirmier. L'ouverture du centre a lieu à 8h30 par les deux agents d'accueil, ce qui permet d'accéder à la salle d'attente du Comede située au 2^e étage du bâtiment. Les patients ayant un rendez-vous (50% des places en médecine et en consultation infirmière, 100% en psychothérapie et au service social) viennent directement à l'heure prévue.

Les agents d'accueil doivent faire preuve de calme et d'une grande disponibilité afin de rassurer des personnes fragilisées par les conditions de leur exil et anxieuses dans l'attente de la consultation. Chaque nouveau patient est reçu dans un bureau pour un entretien d'un quart d'heure. L'agent d'accueil y établit le dossier médical, remet au patient son livret de santé du Comede (versions bilingues en Russe, Tamoul et Turc), et donne les premiers éléments d'information et d'orientation sur les droits sociaux et les démarches à accomplir. Pour tous les patients dépourvus de protection maladie, l'agent complète et délivre un courrier documenté de demande à l'attention du centre de sécurité sociale de secteur (cf Accès aux soins et à la protection maladie).

Face à la multiplication des appels téléphoniques des professionnels et associations partenaires du Comede, la mise en place début 2004 de numéros d'appels directs par service de permanence (suivi médico-social et accès aux soins) devrait faciliter tant le travail du service d'accueil que la qualité de la réponse proposée aux interlocuteurs du centre.

● **Les médecins généralistes ont effectué 9117 consultations pour 4003 patients, dont 723 consultations avec un interprète.** Avec 10 professionnels pour un équivalent temps plein (ETP) de 3 consultations simultanées, la Consultation de médecine générale constitue le pivot de la prise en charge initiale et peut orienter sur le Service social et/ou le psychologue. Si l'écoute et le soutien restent essentiels dans la réponse proposée à l'ensemble des patients, les médecins sont les plus sollicités en matière d'expertise relative à l'asile (31% vs 24% de l'ensemble des consultants, surtout pour des demandes de certificat) et les plus fréquents utilisateurs de la permanence d'interprètes (8% vs 6%, $p < 0,001$). Parmi les autres prestations, on observe la progression de l'expertise relative au séjour (+70%), la diminution de la pratique des bilans de santé (-22%) et celle de la délivrance de médicaments par la pharmacie du Comede (-57%). Par rapport au total des consultations, les patients d'Asie du sud sont davantage représentés en médecine générale (29% vs 24%).

Au terme de la première consultation et avec l'accord du patient, les médecins ont complété le bilan de santé dans 82% des cas par la réalisation d'examen complémentaires. Ces examens sont réalisés gratuitement par les laboratoires de la DASES, partenaire du Comede depuis 1984. Adressés au centre, les résultats du bilan sont remis au patient et commentés lors de la deuxième consultation. Ils permettent le dépistage précoce et la prise en charge de diverses affections graves ou potentiellement graves (cf Suivi médical).

Les prescriptions médicales sont honorées dans les pharmacies et laboratoires de ville pour 56% des consultants, qui détiennent une protection maladie intégrale (cf Accès aux soins et à la protection maladie). Les premières consultations de médecine conduisent à la délivrance de médicaments par la pharmacie du Comede (17%), dans l'attente de l'ouverture de droits. La demande d'admission immédiate à la protection complémentaire, indiquée dans 20% des cas, et les interventions qu'elle requiert auprès des CPAM, permettent le recours sans délai au médecin spécialiste, à l'hôpital de jour ou au dentiste chaque fois que nécessaire. Les patients consultent alors soit au plus près de leur domicile, soit pour les situations plus complexes auprès de l'un des partenaires du Comede sur l'ensemble de la région Ile-de-France (cf Guide du Comede 2003). 42 consultations (+31% par rapport à l'année précédente) ont conduit à une hospitalisation en urgence à l'hôpital du secteur, ou directement à l'hôpital de Bicêtre en cas d'urgence vitale.

44% des consultations de médecine relèvent d'une expertise médico-juridique, en matière de droit d'asile (31%), de droit au séjour (9%) et de protection maladie (4%). Face à la demande de certificat médical «de sévices», la suppression de toute procédure d'urgence a permis d'améliorer notablement les conditions du soin et de l'évaluation préalable, même si la pression exercée sur les demandeurs d'asile par l'OFPPRA, la CRR et les avocats reste très forte (860 certificats délivrés en 2003). L'évaluation des demandes de carte de séjour pour raison médicale, effectuée en liaison avec le Service social, a conduit au suivi de dossiers pour 123 malades déboutés et sans-papiers.

● **Les psychothérapeutes ont effectué 930 entretiens pour 313 patients, en Français, Anglais ou Lingala, ainsi qu'avec un interprète en Kurde/Turc.** Avec trois psychologues depuis octobre 2002, les consultations ont été portées à 7 demi-journées par semaine au centre. 167 patients ont débuté ou poursuivi une psychothérapie en 2003, pour une durée médiane de suivi de 6 mois. Par rapport au total des consultations, on observe une présence plus importante des femmes (36% vs 25%) ainsi que des patients d'Afrique centrale (53% vs 35%). L'orientation initiale vers le psychologue est proposée par le médecin, généralement après quelques consultations et les résultats du bilan de santé. Par réticence à consulter un psychologue - observée dans toutes les cultures - ou faute d'interprète professionnel pour l'Asie du sud ou l'Afrique de l'ouest, 45% des patients souffrant de psycho-traumatisme grave poursuivent une prise en charge exclusivement médico-sociale.

Face à une pathologie de névrose traumatique et/ou de dépression réactionnelle, les psychologues et les médecins peuvent conduire l'essentiel des prises en charge requises. Les médecins généralistes sont formés à l'utilisation des traitements antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques, mais l'avis d'un psychiatre reste nécessaire en cas de symptômes psychotiques, dont la prévalence chez les exilés est comparable à celle de la population générale. La sollicitation du centre médico-psychologique de secteur se heurte à de fortes résistances pour ce public, les CMP étant déjà aux prises avec de grandes difficultés de prise en charge d'autres populations en situation précaire et largement ignorants du contexte de l'exil. Souvent invoqué, l'argument d'absence d'interprète peut masquer un déficit de motivation de la part des intervenants de ces structures.

● **Le Service infirmier a effectué 691 consultations et reçu 4 129 patients en accueil.** La permanence du Service infirmier est assurée par 3 professionnels pour un équivalent de 1 plein-temps auprès des patients. Par rapport au total des consultations, on observe une présence plus importante des hommes (80% vs 75%, $p < 0,001$) ainsi que des patients d'Afrique de l'ouest (35% vs 27%) et des patients à suivre (48% vs 42%).

La Consultation infirmière a développé la vaccination en 2003 (15%, principalement contre l'hépatite B) et intervient plus souvent que les autres services en matière de protection maladie (expertise sécu 13% vs 4%). Outre les soins requis et la délivrance de médicaments prescrits par un médecin du réseau (12%) pour des patients dépourvus de protection complémentaire, la Consultation infirmière effectue des prestations de conseil thérapeutique avec possibilité d'interprétariat pour les patients diabétiques, hypertendus et porteurs chroniques du VHB (12%). Devant les carences du système de santé en interprétariat, cette dernière prestation devrait être développée en 2004 et élargie aux patients asthmatiques. Une diététicienne intervient également en appui des missions du service infirmier. Elle a effectué 41 consultations et animé 16 ateliers ouverts aux patients de la salle d'attente.

L'Accueil infirmier a reçu par jour en moyenne 17 patients qui se sont présentés alors que toutes les places de consultations étaient attribuées. Cette augmentation d'activité (+9%) témoigne de la forte demande de prise en charge au Comede par les exilés, dont 68% étaient présents dès l'ouverture du centre, et ont été reçus en entretien individuel dans un bureau destiné à ce service. Sur des critères médico-psycho-sociaux, l'Accueil infirmier a conduit dans 53% à une consultation au centre (39% en médecine générale), et dans 14% des cas à une orientation vers un autre organisme (3% à la PASS de l'hôpital public de proximité). Faute de place et hors urgence, 12% des patients ont été invités à revenir consulter un autre jour.

Le Service infirmier a également en charge la gestion de la pharmacie du Comede, sous la supervision du médecin chargé du suivi médical et de la pharmacienne. Les infirmier/es consacrent une part importante de leur travail à la récupération et au tri continu des médicaments, ainsi qu'aux commandes de ceux qui doivent être achetés, comme certains anti-parasitaires. Dans le cadre des partenariats du Comede avec un grossiste répartiteur (Alliance Santé), Pharmaciens Sans Frontières et l'Ordre de Malte, le volume des médicaments à trier a diminué en 2003 en raison de la baisse de la demande en consultation (cf Accès aux soins).

● **Le Service social a réalisé 1482 consultations pour 588 patients.** Pour la deuxième année consécutive, cette augmentation (+13%) a été effectuée à moyens constants, avec 2 assistant/es social/es pour un équivalent de 1,4 plein-temps. Par rapport au total des consultations, le Service social du Comede reçoit davantage de femmes (36% vs 25%, $p < 0,001$), ainsi que patients d'Afrique centrale (49% vs 35%), d'Afrique de l'ouest (36% vs 27%) et de Patients à suivre (52% vs 42%).

65% des consultations sociales relèvent d'une expertise juridique, en matière de droit au séjour (35% vs 10% du total des consultations), de droit d'asile (23%), et de protection maladie (7%). La forte augmentation de l'expertise relative au séjour (+87%) s'explique par l'augmentation de la demande des partenaires du Comede (cf Expertise médico-juridique et droit de la santé). Compte-tenu de la précarité des conditions de vie des patients du centre, les consultations sociales sont très souvent l'occasion de soutien et d'aide à la vie quotidienne - hébergement excepté -, directement ou avec une orientation sur les partenaires publics ou associatifs. Le Service social intervient également en matière de bilan socio-juridique pour les réfugiés statutaires (5%) et pour obtenir un appartement thérapeutique pour des patients vivant avec le VIH (2%). Le recrutement d'un nouveau professionnel est nécessaire afin d'augmenter encore les services rendus aux patients et aux partenaires du Comede.

● La permanence du Suivi médical est assurée par 3 médecins, au service de l'équipe du centre, ou par téléphone auprès des patients et partenaires. Ce service permet d'améliorer considérablement la continuité et la coordination des soins, particulièrement pour les patients atteints d'affection grave, ou « Patients à suivre ». Le Suivi médical traite l'ensemble des courriers médicaux, effectue la mise à jour des dossiers et l'information des soignants du Comede, et assure la transmission des renseignements médicaux aux médecins partenaires. Il s'enquiert régulièrement des comptes-rendus de consultation, d'hospitalisation, de centre anti-tuberculeux ou d'autres services où les patients du Comede ont été orientés, à partir de l'enregistrement informatique des relevés de consultation.

Le Suivi médical vérifie quotidiennement les résultats des examens complémentaires et bilans de santé prescrits par les médecins consultants, afin d'anticiper les prises en charge à effectuer. En cas de résultat pathologique, le suivi médical contrôle l'effectivité de la prochaine consultation et contacte systématiquement - par téléphone et/ou par courrier - les patients qui ne se sont pas présentés, pour proposer si nécessaire un rendez-vous avec le médecin prescripteur. Les Patients à suivre nécessitent une vigilance particulière de l'ensemble de l'équipe, souvent pendant plusieurs mois, jusqu'à ce qu'une prise en charge globale de proximité puisse être organisée lorsque les conditions médicales, psychologiques, sociales et administratives sont enfin réunies (cf Prévention).

L'organisation de la continuité des soins dépend en grande partie de la coordination entre les soignants impliqués et la permanence du Suivi médical. Pour chaque patient à suivre, un Thérapeute référent - en général le médecin consulté la première fois - est identifié à la fois par le patient et les partenaires de la prise en charge, au moyen du dossier médical et du livret de santé du patient. Le Patient à suivre bénéficie d'un accueil prioritaire au Comede, sur rendez-vous avec le médecin, le psychologue ou par l'Accueil infirmier. A partir d'une fiche de liaison entre le Thérapeute référent et le Suivi médical et d'une base de donnée informatisée, les médecins du Suivi médical assurent une veille médico-sociale continue des Patients à suivre, afin de contacter par téléphone et/ou par courrier celui qui n'a pas consulté dans les délais préconisés dans le dossier. Compte-tenu de la grande précarité socio-administrative de ces patients, la précocité du contact est essentielle pour prévenir les ruptures dans la continuité des soins.

Le Suivi médical du Comede occupe un poste d'observation détaillée sur la pathologie et la prise en charge des exilés. A partir de ses activités quotidiennes, le Comede peut dresser une carte épidémiologique permettant de cerner les besoins, d'évaluer les actions de santé en cours et de cibler les actions prioritaires à mettre en place, comme cela a été le cas en 2003 pour renforcer la prise en charge, la vaccination et le conseil thérapeutique face à l'hépatite B.

4. EPIDEMIOLOGIE, PREVENTION ET DEPISTAGE (cf Annexe III)

Les activités de prévention et de dépistage sont portées par les médecins et infirmier/es dans le cadre des consultations. A l'exception des ateliers animés chaque mois par la diététicienne, les réunions d'information collective ne sont pas adaptées à ce public très hétérogène, sur le plan de la langue et de la culture, mais aussi sur le plan géographique, les patients du Comede résidant sur plus de 10 départements. Le livret de santé remis à tous les patients du Comede traite de plusieurs thèmes de prévention jugés prioritaires par les patients et les soignants : l'accès aux soins, la contraception, la nutrition, l'infection à VIH/sida et la vaccination. Une version bilingue existe en Russe, Tamoul et Turc.

2 367 patients ont pratiqué le bilan de santé, dont 82% des nouveaux patients. La sérologie VIH, dont la proposition requiert des garanties plus grandes de compréhension, a été pratiquée par 60% des nouveaux patients (1 422 tests), principalement chez les Africains (80% des patients d'Afrique centrale et 69% d'Afrique de l'ouest l'ont pratiqué). Ce bilan est régulièrement réévalué pour s'adapter à l'épidémiologie des régions d'origine et complété le cas échéant par les examens indiqués au terme de l'examen clinique. Un bilan bucco-dentaire est également recommandé.

Bilan complémentaire de santé proposé à titre systématique					
Examen	Afrique centrale	Afrique de l'ouest	Antilles	Asie du sud	autres régions
NFS	✓	✓	✓	✓	✓
Glycémie				✓	
Sérologie VHB	✓	✓	✓	✓	✓
Sérologie VHC	✓	✓	✓	✓	✓
Sérologie VIH	✓	✓	✓	✓	✓
Rx thorax face	✓	✓	✓	✓	✓
EPS ou TTT*	✓	✓	✓	✓	
EPU		✓			

* Alternative : traitement proposé à titre systématique par Albendazole

1 217 Patients à suivre ont été pris en charge en 2003 (+9%) pour 1446 affections graves et parfois associées. Ces patients représentent 28% de la file active et utilisent 42% des consultations du centre. Détaillée en Annexe III, la prévalence des affections considérées est sous-évaluée en raison de l'absence d'exhaustivité de la pratique des bilans de santé par les patients et du signalement des affections par les médecins, mais les indicateurs sont significatifs de la diversité pathologique et de l'évolution épidémiologique.

Dix affections représentent 82% des motifs de suivi, par nombre décroissant :

- **Psycho-traumatisme** : 342 patients, 20% des diagnostics étaient connus au pays. Principales nationalités concernées par taux décroissant : Cameroun, Côte d'Ivoire, Nigeria, Algérie, Congo, Guinée Conakry, Congo RD, Haiti (prévalence maximale pour la région Afrique du nord > 89 p. 1000). L'augmentation de la prévalence chez les nouveaux patients (+18%, p=0,004) tient à la fois de la dégradation des conditions socio-administratives des exilés en France et de la priorité par le Comede à l'accueil des patients les plus fragilisés.
- **Hépatite B chronique** : 282 patients, 10% diag. pays, Mali, Côte d'Ivoire, Centrafrique, Sénégal, Mauritanie, Guinée C, Guinée B, Sierra Leone (Afrique de l'ouest > 69 p. 1000). Prévalence stable chez les nouveaux patients.
- **Hypertension artérielle** : 172 patients, 48% diag. pays, Ghana, Rwanda, Congo RD, Congo, Angola, Côte d'Ivoire, Sierra Leone, Inde (Afrique centrale > 50 p. 1000). L'augmentation de la prévalence (+20%, p<0,001) est la conséquence d'une amélioration du dépistage par les médecins du Comede.

- **Diabète** : 118 patients, 60% diag. pays, Ghana, Sri Lanka, Bangladesh, Algérie, Pakistan, Congo, Congo RD, Côte d'Ivoire, Inde (Asie du sud > 41 p. 1000). Prévalence stable.
- **Anguillulose intestinale** : 76 patients, 0% diag. pays, Bangladesh, Birmanie, Guinée B, Nigeria, Angola, Sierra Leone, Sri Lanka, Congo RD (Asie du sud > 43 p. 1000). Augmentation faiblement significative de la prévalence (p=0,16).
- **Asthme persistant** : 70 patients, 72% diag. pays, Togo, Nigeria, Algérie, Pakistan, Bangladesh, Sénégal, Mauritanie, Sri Lanka (Afrique du nord 26 p. 1000). L'augmentation de la prévalence (+21%, p=0,02) est due pour partie à l'amélioration de la prise en charge des patients asthmatiques au Comede, qui doit être encore développée en 2004.
- **Infection à VIH-sida** : 60 patients, 11% diag. pays, Rwanda, Cameroun, Ghana, Côte d'Ivoire, Congo, Congo RD, Haïti (Femmes 60%, Afrique centrale > 36 p.1000, Afrique de l'ouest > 16 p. 1000, Haïti > 11 p. 1000). Diminution non significative de la prévalence (p=0,84).
- **Hépatite C chronique** : 53 patients, 9% diag. pays, Géorgie, Pakistan, Arménie, Rwanda, Russie, Moldavie, Angola, Congo (Europe de l'est > 26 p. 1000, Afrique centrale > 16 p. 1000). L'augmentation de la prévalence (+54%, p=0,01) est corrélée à celle des nouveaux patients d'Europe de l'est en 2003.
- **Bilharziose urinaire** : 47 patients, <1% diag. pays, Mali, Mauritanie, Sénégal, Sierra Leone, Guinée Conakry, Congo (Afrique de l'ouest > 71 p. 1000). La forte diminution de la prévalence (-68%, p<0,001) est due celle des nouveaux patients d'Afrique de l'ouest et au manque d'expérience des laboratoires accessibles par la CMU.C/AME en matière d'examen parasitologique, 46 des 47 nouveaux cas ayant été dépistés par le laboratoire Eastman de la DASES.
- **Tuberculose** : 25 patients, 13% diag. pays, Angola, Pakistan, Haïti, Congo, Inde, Congo RD, Mali, Mauritanie, Sri Lanka (Antilles > 13 p. 1000, Afrique centrale > 12 p. 1000). Diminution non significative de la prévalence (p=0,82).

La prise en charge de ces patients au Comede s'inscrit dans un moyen terme, avant le plus souvent un relais médical au sein du système de santé de droit commun. La durée médiane de suivi au Comede se situe entre 10 mois pour asthme et 4 mois pour hépatite C chronique. Les Patients à suivre consultent 5,6 fois en moyenne sur la période de suivi (6,4 pour infection à VIH, 4,4 pour la tuberculose en raison d'une orientation précoce sur le CAT ou l'hôpital). Les patients souffrant de psycho-traumatisme consultent davantage le psychologue (38% vs 6% pour les autres), ceux atteints de tuberculose ou d'infection à VIH davantage le Service social (22% vs 9%).

En 2003, la prise en charge de 670 Patients à suivre s'est terminée au Comede. La continuité des soins a été assurée pour 84% d'entre eux : 410 patients ont bénéficié d'un relais médical (le plus souvent auprès d'un spécialiste hospitalier), 148 ont guéri (parasitose, dépression, tuberculose, hépatite) et 4 patients sont retournés librement au pays (un Burkinabé suivi pour diabète type 2, un Indien pour psychose, une Ivoirienne et un Sri-Lankais pour hypertension artérielle). Les échecs concernent 108 perdus de vue. Nous n'avons eu connaissance d'aucun décès ni d'aucune mesure d'éloignement du territoire exécutée à l'encontre d'un Patient à suivre en 2003.

L'accès et la prise en charge de ces patients dans les dispositifs de droit commun se heurtent à de nombreux obstacles, notamment linguistiques, que les restrictions législatives de l'accès à l'Aide Médicale Etat vont encore aggraver. Les exilés porteurs du VIH restent les mieux accueillis dans les services spécialisés au sein des hôpitaux de service public, alors que les délais de rendez-vous en vue d'un traitement d'hépatite virale chronique active (C ou B) sont souvent de plusieurs mois. Le développement du réseau de médecine générale doit favoriser l'accès et la prise en charge des exilés souffrant d'asthme, du diabète, d'hépatite B chronique persistante et d'hypertension artérielle.

5. ACCES AUX SOINS ET A LA PROTECTION MALADIE

La suppression législative de la procédure d'admission immédiate à l'Aide Médicale Etat et la création d'un délai de résidence de 3 mois ont créé une situation nouvelle où une partie de la population, les déboutés et sans-papiers, peuvent se trouver juridiquement exclus des soins médicaux nécessaires, au moins jusqu'au stade d'urgence hospitalière. La loi de finances rectificative de décembre 2003 a ainsi mis fin à une période de 12 années - depuis la réforme de l'aide médicale de juin 1992 - où tous les exilés pouvaient relever du droit commun en matière de soins médico-psychologiques comme de protection maladie, même si la réforme CMU avait amorcé ce mouvement de discrimination légale en excluant les sans-papiers de « l'universel ».

Cette régression majeure en matière d'accès aux soins se produit alors même que les progrès en matière d'accès à la CMU ont été les plus nets pour les exilés depuis 1999. Ainsi en 2003, 56% des consultants du centre bénéficiaient d'une protection maladie intégrale, par la complémentaire CMU (CMU.C, 51%) ou l'Aide Médicale Etat (AME, 5%). 44% des consultations de médecine générale et des soins infirmiers (4 315 consultations sur l'année) sont effectuées gratuitement, en totalité (36% des consultants sont également dépourvus de protection de base) ou pour la part complémentaire (8% base sans complémentaire). La délivrance gratuite de médicaments (1 629 fois) et les demandes de protection maladie décrites ci-après complètent ces actions de Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) du Comede.

Pour tous les patients dépourvus de protection complémentaire, le service Accueil délivre une information et un courrier personnalisé à l'attention de la CPAM (1 980 en 2003), le plus souvent le centre de paiement de secteur (CSS). Le livret de santé remis à chaque patient traite des droits et procédures d'obtention de l'assurance maladie, CMU et AME. Le courrier destiné au CSS est complété dans 20% des cas par le médecin ou l'infirmier/e en cas de demande d'admission immédiate pour des soins spécialisés (404 fois en 2003, Article L 861°5 du code de la sécurité sociale). En cas de blocage, les médecins, infirmier/es et assistant/es social/es doivent intervenir par téléphone auprès du CSS, des « plateformes » et, en cas de refus persistant, de la direction de la CPAM.

Les interventions requises pour l'application quotidienne du droit aux soins et à la protection maladie sont coordonnées par le groupe de Suivi de l'accès aux soins du Comede (SAS), composé du Service social, d'un infirmier, d'un médecin et de la Responsable administrative. La fréquence de l'expertise requise en matière de protection maladie s'est limitée à 4% du total des consultations en 2003 (13% en Consultation infirmière et 7% pour le Service social), mais l'application effective du droit pour 5 000 patients réclame toujours un travail important, notamment pour la formation des professionnels de la santé et du social, et l'information des administrations et des pouvoirs publics (à titre conventionnel avec la Direction de la Population et des Migrations, la Direction Générale de la Santé et la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales).

Récemment arrivés en France ou en situation de rupture de droits, les exilés sont essentiellement des « entrants dans le système » à toutes les étapes : immatriculation à la Sécurité sociale, première affiliation, admission immédiate à la protection complémentaire CMU/AME. Des difficultés persistent en raison de la complexité du système et de la méconnaissance du droit et des procédures par les professionnels de la santé, du social, ou de la Sécurité sociale. Elles sont liées à la fois au contrôle imposé par la loi aux caisses pour la différenciation CMU/AME (nationalité, statut administratif), à l'ignorance de ces mêmes caisses des pratiques des préfectures pour les exilés (multiplication des documents précaires de séjour régulier) et des droits spécifiques des demandeurs d'asile (dispense de la condition de stabilité du séjour). Elle se traduit soit par un refus d'ouverture de droit, soit par l'admission erronée à l'AME quand le demandeur relève de l'assurance maladie.

Les obstacles à l'application du droit peuvent se situer toutes les étapes de la demande :

- Refus d'ouverture de droits en AME ou CMU de base au CSS de secteur avec renvoi sur des guichets et/ou des agents « spécialisés ». Ces dispositifs spécifiques, d'accès difficile pour les usagers et pour les intervenants, entretiennent les CSS de secteur dans leur méconnaissance du droit ;
- Refus d'immatriculation pour les enfants sans document d'état-civil alors que le/s parent/s se voient ouvrir des droits ;
- Refus d'immatriculation en l'absence d'extrait d'acte de naissance que de nombreux demandeurs d'asile ne peuvent se procurer. La plupart des caisses utilisent la possibilité d'attribuer un numéro d'immatriculation provisoire avec délivrance d'une notification « papier » mais sans carte Vitale ;
- Refus d'ouverture de droit pour des mineurs isolés en attente de désignation d'un représentant légal ;
- Refus d'ouverture de droit à la CMU de base et renvoi sur l'AME malgré une APS « en vue de démarches auprès de l'Ofpra » ou une convocation préfecture / notice asile en cours de validité ;
- Refus d'ouverture de droit à la CMU de base « dans l'attente des ASSEDIC » pour des demandeurs d'asile en début de procédure. Il arrive que l'ouverture de droit soit différée jusqu'à l'identification du « code régime potentiel » en assurance maladie, en dépit du principe de présomption de droit ;
- Refus d'admission immédiate à la CMU complémentaire ou à l'AME, prévue par la loi « lorsque la situation l'exige », et malgré la demande argumentée d'un professionnel. Ces refus peuvent avoir les plus graves conséquences sur la santé des patients, puisque les soins spécialisés justifiant une telle demande ne peuvent être délivrés « avant 3 mois », durée légale maximale de la procédure normale ;
- Absence de délivrance de récépissé de demande de complémentaire CMU, ce qui engendre des difficultés supplémentaires pour les patients (refus de soins), les intervenants et les caisses elles-mêmes (double demande pour des dossiers déjà en cours d'instruction) ;
- Absence de délivrance de la carte Vitale pour les exilés dépourvus d'acte de naissance dont le numéro d'immatriculation reste « provisoire », et pour les bénéficiaires de l'AME ;
- Inaccessibilité téléphonique des CSS de secteur avec développement de plateformes téléphoniques « spécialisées » qui compliquent l'accès au CSS par l'utilisateur et/ou le professionnel ;
- Refus de soins par des professionnels de santé en cas d'absence de carte Vitale et malgré une notification écrite d'admission CMU/AME.

Dans la plupart des cas, les interventions du Comede auprès du CSS / de la direction de la CPAM ont permis en 2003 l'application du droit. Mais il reste souvent impossible pour un demandeur de lever un obstacle sans l'intervention d'un professionnel averti. En outre, alors que certaines promesses de la réforme CMU attendent toujours d'être tenues (généralisation des « guichets uniques », systématisation de la délivrance de récépissés, délivrance de la carte Vitale pour tous les assurés et bénéficiaires de l'AME), on observe au contraire depuis début 2004 les premières conséquences d'une exclusion des soins « à l'ancienne ». Les refus désormais légaux d'admission immédiate à l'AME permettent notamment à certaines caisses de suspendre arbitrairement le traitement des dossiers de demande, alors que d'autres exigent des preuves de présence en France depuis plus de 3 mois à des étrangers bénéficiaires de l'AME depuis plusieurs années.

En dehors de la protection maladie, d'autres obstacles empêchent l'accès aux premiers soins ou la continuité des soins. Les difficultés linguistiques sont au premier plan pour des exilés récemment arrivés en France et très isolés, en raison de la carence des dispositifs de droit commun en interprétariat. L'interprétariat, la psychothérapie et le conseil juridique, prestations essentielles à la prise en charge globale de nombreux patients, restent hors du champ de la protection maladie. Enfin, les Permanences d'accès aux soins de santé de l'Hôpital Public, dont les limites sont constatées depuis plusieurs années, vont devoir accueillir prochainement les sans-papiers « en attente d'AME ». De l'action de ces PASS va dépendre la continuité des soins aux patients concernés, avec le risque de recherche de solutions caritatives et de retour à la pratique d'une « médecine d'exclus » étrangers.

6. EXPERTISE MEDICO-JURIDIQUE ET DROIT DE LA SANTE

En 2003, les consultations du Comede ont relevé d'une expertise médico-juridique dans 38% des cas, en matière de droit d'asile (24%), de droit au séjour (10%) et de protection maladie (4%).

La diminution prévue du nombre de certificats « de sévices » pour la deuxième année consécutive (-14%) et la baisse de l'expertise requise en matière de protection maladie (cf Accès aux soins) ont été compensées par la forte augmentation des interventions destinées au droit au séjour des étrangers malades (+59%). Cette hausse résulte de l'augmentation du nombre des déboutés suite à la multiplication des rejets de la demande d'asile, ainsi que de l'accueil de malades sans-papiers orientés vers le Comede par la permanence juridique de la Cimade Ile-de-France, par d'autres associations, des services médicaux et sociaux. L'expertise du Comede a également été requise pour les formations, interventions et publications réalisées au cours de l'année (cf Communication en Annexe IV).

Les médecins ont délivré 860 certificats destinés à la demande d'asile, soit à 20% des patients de la file active pour la deuxième année consécutive. La limitation du nombre de certificats délivrés dans ce cadre a été mise en place en avril 2002, pour éviter les effets les plus néfastes de l'épidémie de demande observée depuis 4 ans à l'initiative de l'OFPPA, de la CRR et d'avocats. L'évaluation initiale lors d'une consultation de médecine, si besoin avec un interprète, conduit dans 70% des cas à la délivrance d'un rendez-vous destiné à la rédaction du certificat. Le certificat n'est pas indiqué dans 30% des cas, soit en l'absence d'élément médico-psychologique objectif, soit parce que ces éléments sont clairement accessibles au juge, soit enfin parce qu'un certificat a déjà été délivré par un autre médecin. Cette demande est particulièrement fréquente parmi les exilés originaires de Turquie (57% obtiennent un certificat), Sierra Leone (55%), Sri-lanka et Mauritanie (43%), Nigeria (41%), et augmente chez les Congolais/RD (21% vs 15% en 2002, $p=0,005$).

En l'état actuel du droit d'asile en France, l'exigence toujours plus grande de « preuves » de persécutions continue d'entretenir le mythe du « certificat de sévices et torture », si possible avec sa composante « traumatisme psychologique ». On paraît ainsi attendre du certificat qu'il valide la parole de l'exilé, et *in fine* qu'il valide la décision des instances de reconnaissance du statut. Cette « prime à la torture » témoigne d'une dérive dans l'application de la convention de Genève - qui évoque des craintes de persécutions et non des persécutions avérées - et peut avoir des effets secondaires particulièrement néfastes sur la santé des patients. Au delà de quelques semaines après les faits, la preuve médico-psychologique de torture est un mythe. La torture ne laisse le plus souvent pas de trace physique, et le traumatisme psychologique observable a de multiples causes possibles dans ce contexte d'exil et d'exclusion. En outre, la demande de certification « en urgence », favorisée par la réduction des délais de recours, peut réveiller ou aggraver le traumatisme psychologique lorsque la démarche thérapeutique ne respecte pas le rythme du patient.

Le Service social et les médecins ont appuyé les demandes de carte de séjour pour 123 déboutés et sans-papiers malades, pour une première demande (65 en 2003), un renouvellement (116), ou un recours (34). Le service social a développé l'expertise juridique en matière de droit au séjour pour raison médicale en articulation avec les médecins du Suivi médical. L'évaluation par le médecin consultant de la demande de rapport médical « pour la préfecture » a conduit dans 76% des cas à déconseiller la démarche au patient, lorsque l'état de santé ne nécessite pas « une prise en charge dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité » et/ou que la prise en charge requise n'est pas « inaccessible dans le pays d'origine » (Art 12bis11° de l'ordonnance du 02/11/45) et/ou que la demande d'asile est toujours en cours. C'est chez les Maliens (17%), Sénégalais (12%), Pakistanais (11%) et Bangladais (6%) que les demandes sont les plus fréquentes, soit pour des nationalités dont les taux d'accord de la demande d'asile sont les plus bas.

L'accord du médecin conduit à l'intervention du Service social. Au terme d'une évaluation des autres motifs et des conditions de régularisation, les assistant/es social/es aident le demandeur à constituer son dossier, rédigent le courrier destiné au préfet et interviennent auprès de la préfecture en cas d'obstacle. Avec les certificats et rapports médicaux appropriés, le Service social du Comede suit en particulier les recours contre les refus fondés sur un avis défavorable du Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP), recours contre la délivrance abusive d'APS en lieu et place des cartes de séjour temporaire d'un an, ainsi que l'accès à la double demande asile et 12bis11° pour les exilés atteints d'affection grave. Plusieurs recours contentieux ont été suivis, notamment contre la demande abusive de taxe de chancellerie en 12 bis 11° (jurisprudence Coulibaly, CAA de Paris 28 février 2003).

Edité par le Comede et ses partenaires associatifs en juin 2003, le rapport de l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers (ODSE) décrit comment, six ans après sa création par le loi Chevènement, le droit au séjour des étrangers malades est entré à son tour en crise. Les pratiques de nombreuses préfectures et la diffusion de textes d'application de plus en plus restrictifs dessinent une politique de dissuasion et de déni du droit au séjour, le traitement des dossiers restant conçu comme humanitaire. Dans un climat de suspicion de fraude qui s'étend de l'étranger au médecin traitant en passant par l'association et le MISP, on constate que une nette augmentation des refus de renouvellement de cartes auparavant délivrées depuis plusieurs années, avec les conséquences sociales et psychologiques de ce retour tardif à la clandestinité. Refus et recours portent actuellement sur la notion de «risque d'exceptionnelle gravité » et sur les difficultés d'appréciation de l'accès aux soins au pays d'origine, notions qui doivent être précisées par un décret en cours de parution suite à la consultation de l'ODSE par le Conseil National du Sida, sollicité par le Ministre de la Santé.

Le Comede a pu documenter 196 réponses des préfectures aux demandes de carte de séjour des 123 Patients à suivre concernés en 2003 (113 réponses pour 97 patients l'année précédente). Les réponses ont concerné 58 premières demandes de titre, 123 demandes de renouvellement et 15 recours gracieux contre un refus de la préfecture (dans 14 cas, suite à un avis défavorable du MISP). Au 31 décembre, 22 réponses étaient toujours attendues après un délai médian de 3 mois, 14 des patients concernés étant munis d'une convocation et 7 d'une attestation dépourvue de rendez-vous.

Parmi les 174 réponses effectives, le taux d'accord observé a chuté à 68%, alors qu'il était de 94% en 2002 pour des situations comparables en terme de pathologie comme de pays d'origine. Ces 119 décisions favorables sont plus souvent formalisées par un récépissé (37%, d'une durée médiane de 3 mois) ou une Autorisation Provisoire de Séjour (APS 34%, 4 mois) que par la carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » prévue par la loi (29%, 12 mois). 74% des titres de séjour délivrés mentionnent l'autorisation de travailler (100% des CST, 86% des récépissés et 40% des APS). La précarité de ces titres de séjour (validité moyenne de 5,8 mois et médiane de 3 mois) est encore renforcée par les délais de procédure. Avec une durée moyenne réelle - celle qui reste à venir au moment de la délivrance du titre - d'à peine 5 mois, ces étrangers doivent se présenter au moins 3 fois par an à la préfecture alors même qu'ils ont été « régularisés ».

Ces chiffres permettent de mesurer la précarisation du statut des étrangers malades au cours de l'année écoulée, et confirment la nécessité pour le Comede de développer l'expertise et les recours dans ce domaine essentiel pour la continuité des soins et la santé des exilés. Les refus de séjour sont plus fréquemment observés pour des cas d'affection psychiatrique (50%), de diabète, d'hépatite B chronique et d'hypertension artérielle (35%), que d'asthme persistant (14%), alors qu'aucun cas de refus n'a été constaté au Comede en 2003 pour une hépatite C ou une infection à VIH. Il n'existe pas de différence significative entre les réponses des préfectures dans les 9 départements concernés, sauf en ce qui concerne Paris où plusieurs recours gracieux ont dû être portés devant la juridiction administrative faute de réponse du médecin de la préfecture dans les délais requis.

7. FORMATION, COMMUNICATION ET RESEAU (cf Annexe IV)

Les activités de formation et d'information des professionnels et associations ont poursuivi leur progression en 2003. A l'instar des patients, des professionnels toujours plus nombreux utilisent le Comede comme un lieu-ressource en cas de difficulté dans la prise en charge d'un demandeur d'asile ou étranger en séjour précaire. Lorsque l'obstacle de l'accès à la protection maladie est franchi apparaissent de nouvelles difficultés de prise en charge : difficultés de communication linguistiques et culturelles pour des patients récemment arrivés en France, difficultés pour les intervenants d'appréhender la dimension psychologique, sociale et administrative des problèmes de santé des exilés. Ces difficultés réelles alimentent la croyance répandue parmi de nombreux professionnels que l'étranger souffrant relèverait d'une prise en charge spécialisée dans des lieux spécifiques.

Les problèmes de santé des exilés réclament certes des conditions particulières de prise en charge, d'abord avoir le temps d'écouter les patients, et si besoin avec un interprète. Il est également nécessaire de disposer d'une information sur le contexte administratif et social de la demande d'asile (droits et procédures), qui joue un rôle de premier plan sur les plaintes et les attentes des patients. Ces conditions peuvent toutefois être réunies dans les structures de droit commun, notamment lorsqu'un travail pluridisciplinaire y est déjà pratiqué, comme c'est déjà le cas dans certains réseaux de soins. Régulièrement mis à jour dans le cadre des activités du centre, celui du Comede, formalisé dans le Guide 2003, compte 800 professionnels, associations et dispositifs publics pour la région Ile-de-France. Un travail spécifique a été conduit en 2003 par un médecin du Comede en vue de la formalisation du réseau de médecins généralistes, 22 praticiens ayant donné leur accord.

A partir de son poste d'observatoire, le Comede souhaite continuer à faire partager son expérience et ses compétences aux intervenants des services de droit commun. L'importance, la diversité et le renouvellement de la file active du centre de santé, ainsi que la variété des problèmes de santé et de droit pour lesquels l'équipe est sollicitée, permettent en effet une mise à jour régulière des informations utiles aux patients, aux professionnels et aux associations concernées. Cette mission est réalisée dans les permanences téléphoniques du Suivi médical et du Suivi de l'accès aux soins, ainsi qu'à travers les actions de sensibilisation et de formation.

En 2003, les professionnels du Comede ont réalisé 28 sessions de formation, 23 interventions publiques et 6 publications spécialisées à destination de professionnels de santé (37%), de travail social (21%), du droit (19%), de l'Administration et de la Sécurité sociale (11%). Les formations ont été sollicitées en priorité par des associations partenaires (dont 5 sessions dans le cadre de la convention avec le Gisti), des universités (Bicêtre, Bobigny, Lariboisière), ou encore des administrations. Le Comede est également un terrain de stage pour des étudiants infirmiers, médecins, et assistantes sociales, et un terrain de recherche pour des thèses de médecine générale, d'anthropologie médicale, et de psychopathologie et psychanalyse.

Le Guide du Comede sur la prise en charge médico-psycho-sociale des demandeurs d'asile et étrangers en séjour précaire a été édité en juillet 2003, et diffusé au cours du dixième semestre à 841 exemplaires. Conçu par l'équipe professionnelle du Comede et initialement à son usage propre, ce manuel pratique tente de proposer des réponses aux problèmes les plus fréquents des exilés, à partir de l'expérience quotidienne du centre. L'accueil très favorable réservé à la version 2003 du Guide du Comede nous encourage à travailler sur la version 2004, qui devra notamment intégrer les nombreuses modifications juridiques et réglementaires en matière de droit des étrangers. En outre, compte-tenu des sollicitations de professionnels exerçant dans plusieurs régions, le Comede travaille à une version nationale de la prochaine édition du Guide.

SOMMAIRE DU GUIDE DU COMEDE 2003

1	Exil et santé		
5	Repères géopolitiques		
17	SOCIAL		
18	Droit d'asile et immigration		
21	Demande d'asile conventionnel		
21	A la frontière		
23	En préfecture		
25	Domiciliations		
27	Procédures prioritaires et « Dublin »		
28	L'OFPPRA		
30	La Commission des Recours des Réfugiés		
32	Reconnaissance du statut de réfugié		
36	Refus du statut de réfugié		
37	Demande d'asile territorial		
38	Droit au séjour pour raison médicale		
38	Définitions et procédures		
39	La demande		
43	La décision		
45	Le coût		
46	Les Recours		
48	Affection grave et demande d'asile en cours		
50	Accompagnants de malade		
51	Préfectures et procédures		
58	Eloignement du territoire		
58	Reconduite à la frontière		
59	Juridictions administratives et rétention		
60	Soutien juridique		
60	Aide juridictionnelle		
62	Avocats		
64	Droit d'asile		
66	Droit des étrangers		
70	Traduction, interprétariat, écrivains publics		
71	Ambassades et consulats		
73	Protection sociale		
73	Demande d'asile conventionnel		
79	Autres situations		
80	Soutien social		
80	Alphabétisation et FLE		
81	Associations communautaires		
82	Associations de soutien aux malades		
84	Comptes bancaires et postaux		
85	Hébergement d'urgence		
86	Service social d'aide aux émigrants		
87	Services sociaux de secteur		
91	Vie quotidienne		
94	ACCES AUX SOINS		
95	Premiers soins et continuité des soins		
95	Les conditions de l'accès aux soins		
98	Permanences d'accès aux soins de santé		
102	Dispositifs de soins		
102	Hôpitaux publics et SPH		
105	Médecins spécialistes		
109	Psychologues et psychiatres		
110	Dispositifs de santé publique		
110	Centres anti-tuberculeux		
114	Centres médico-psychologiques adultes		
118	Centres de prévention et de dépistage		
133	Protection maladie		
133	Le système français		
135	La sécurité sociale		
141	La complémentaire CMU		
145	L'aide médicale Etat		
151	Organismes agréés pour domiciliation		
154	Centres de sécurité sociale		
171	SOINS		
172	Certification médicale		
172	Certification pour la demande d'asile		
175	Certification pour le droit au séjour		
178	Prévention et dépistage		
178	Prévention, exil et cultures		
180	Bilan de santé		
183	Nutrition		
186	Sexualité, procréation, contraception		
188	Vaccination		
190	VIH et Infections Sexuellement Transmissibles		
193	Soins médico-psychologiques		
193	Asthme		
196	Dépression		
200	Dermatologie		
202	Diabète		
207	Hématologie		
209	Hépatite B		
211	Hépatite C		
213	Hypertension artérielle		
215	Orthopédie		
217	Parasitologie		
219	Trauma et torture		
226	Tuberculose		
230	Infection par le VIH		
237	ANNEXES		

8. GESTION, FINANCES ET PERSPECTIVES

L'action du Comede se situe dans la perspective d'un accroissement qualitatif et quantitatif de ses activités nécessitant un budget de 832 000 € pour l'année 2004. Les actions de santé publique du Comede sont en effet impossibles à conduire sans un effectif suffisant de personnel qualifié et rémunéré. Néanmoins, il faut savoir ce budget ne représente que 48% du coût réel du Comede, qui intègre les charges supplétives correspondant aux prestations gratuites dont il bénéficie : loyer, produits pharmaceutiques, personnel bénévole et actes gratuits. A cet égard, le soutien de trois partenaires historiques du Comede est essentiel : l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, qui héberge le Comede à titre gratuit depuis 1982, le CHU de Bicêtre, qui nous accueille depuis 1989 et avec lequel la collaboration est permanente, et enfin la DASES de Paris, en appui des actions de prévention et de dépistage. Depuis 1984, les bilans complémentaires de santé effectués pour les patients du Comede par les laboratoires Saint-Marcel, Eastman et Edison constituent une prestation de santé publique sans équivalent, sur les plans qualitatif et quantitatif, pour la population des exilés en France.

En 2002, le résultat budgétaire s'était soldé par un excédent de 30 451 €, venant compenser le déficit de l'exercice 2001 de 30 362 € et en dépit d'un découvert bancaire consécutif aux versements tardifs des subventions. Le bilan faisait apparaître plus de 146 000 € de produits à percevoir au 31 décembre 2002, ce qui a conduit l'association Comede, en mars 2003, à emprunter à la banque pour faire face à ses dépenses en raison du reliquat des subventions 2002 perçu tardivement en 2003 et dans l'attente des avances pour l'année en cours.

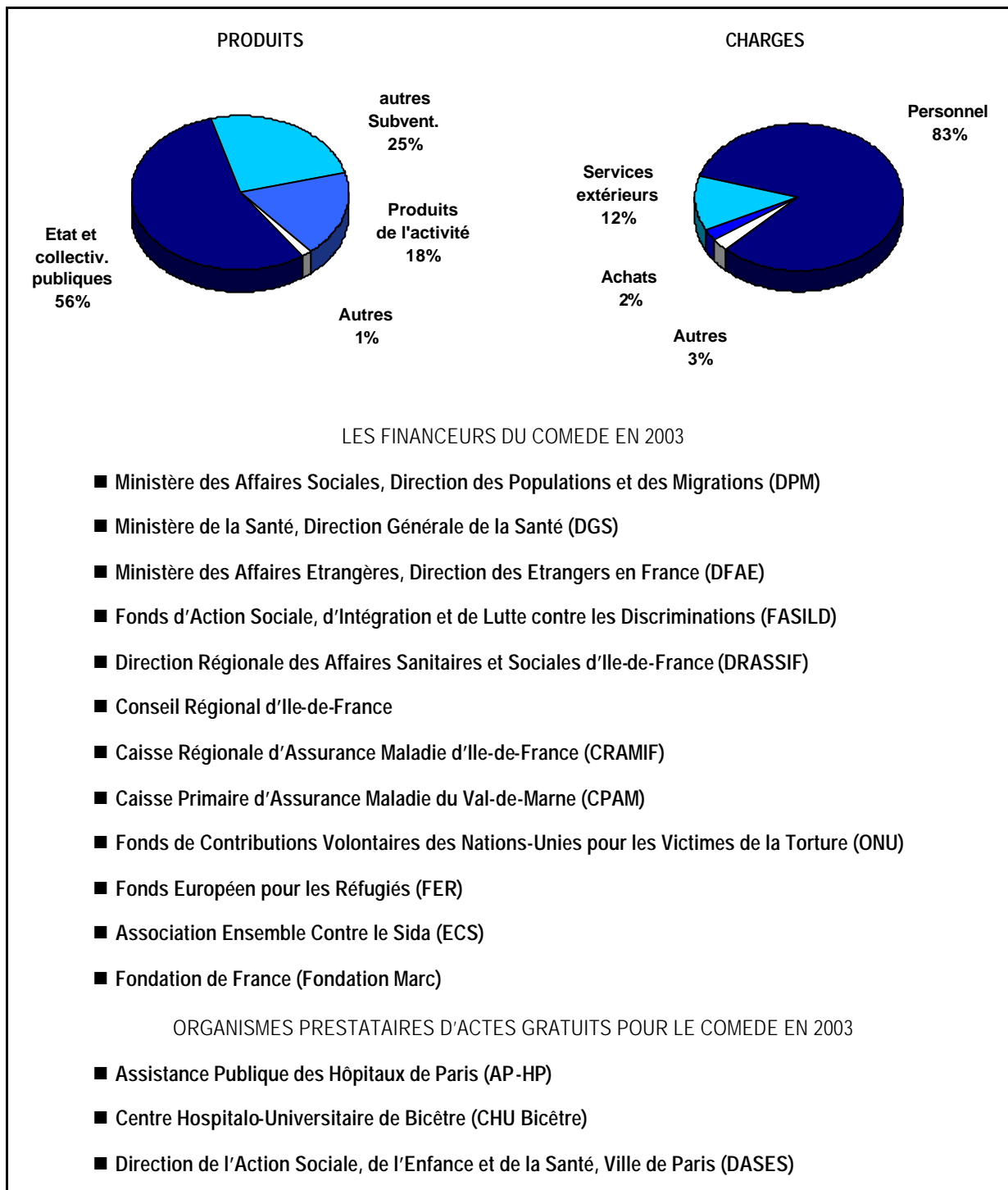
Le résultat de l'année 2003 est négatif (- 31 661 €) malgré une forte augmentation des ressources propres liée aux remboursements CMU/AME (+109 387 €). Ces recettes ont permis tout au long de l'année de limiter les effets du découvert bancaire qu'a connu le Comede entre avril et juillet, conséquence d'un versement exceptionnellement tardif des principales subventions. Leur perception réclame un travail considérable en raison du nombre des caisses concernées (15 départements en 2003) et de la fréquence des rejets initiaux dûs aux changements d'adresse aux modifications des numéros d'immatriculation (cf Accès aux soins). Le déficit 2003 est dû à la forte baisse de la subvention du Fonds européen pour les réfugiés (- 60 950 €), ainsi qu'à celles du Ministère des affaires étrangères (- 9 295 €) et du Fonds d'action sociale, d'intégration et de lutte contre les discriminations (- 9 200 €), alors que les charges liées aux prestations d'interprétariat ont progressé de 121% (+6 000 €) et les charges salariales de 5% (+22 111 €). Les coûts d'édition et de diffusion du Guide du Comede 2003 ont été en partie couverts par une subvention du Conseil Régional d'Ile-de-France.

Le départ du directeur en novembre 2003 et son remplacement par le médecin coordinateur a entraîné une surcharge du travail de gestion administrative et financière et nécessité une adaptation de l'organisation du Comede qui doit être poursuivie en 2004.

Les sollicitations quotidiennes du Comede par les exilés, professionnels et associations obligent l'équipe à travailler à flux tendu, sans pouvoir faire face aux besoins de tous les patients qui se présentent. Le Comede doit paradoxalement dépenser beaucoup d'énergie pour maintenir les subventions qui lui sont accordées, souvent in extremis, malgré l'unanimité de ses financeurs sur la très grande qualité du travail effectué et sur l'importance de son rôle. Il conviendrait que le budget de Comede puisse se stabiliser pour ne plus avoir chaque année à dépenser une telle énergie en recherche de fonds, et que des subventions complémentaires puissent être allouées permettant de répondre à la totalité des patients qui sollicitent le centre, et de consolider son rôle d'observatoire de la santé des exilés et de centre-ressource pour les professionnels du système de santé de droit commun.

L'augmentation des financements publics attendus en 2004 est nécessaire pour permettre au Comede de remplir correctement l'ensemble de ses missions auprès des exilés et des partenaires du centre. La professionnalisation de l'équipe, indispensable compte-tenu de la diversité et de la complexité de ses actions en faveur d'une population particulièrement fragilisée, entraîne une augmentation de ses charges de personnel. Au-delà de sa fonction historique de premier centre médico-psycho-social pour les demandeurs d'asile, le Comede a développé année après année un travail de promotion de la santé des exilés qui doit être poursuivi et développé.

Compte de résultats 2003



PATIENTS

File Active = 4 399

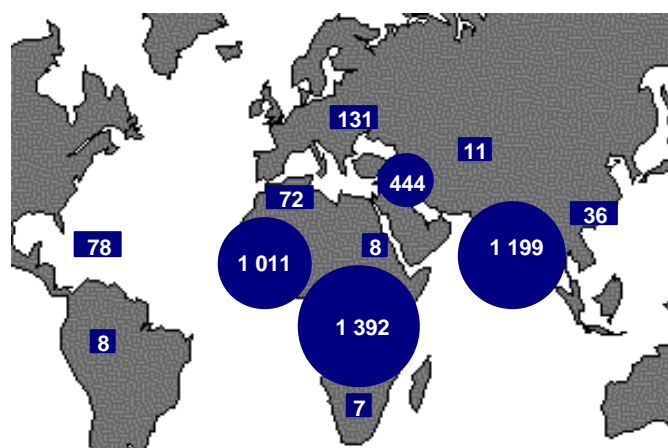
tous patients vus en consultation

- 10% par rapport à l'année précédente

Nouveaux Patients = 2 870

patients consultant pour la première fois sur la période

- 65% de la file active
- 14% par rapport à l'année précédente
- NP de pays francophones : 49%



Caractéristiques socio-démographiques

Région détail pour n>30	File Active						Nouveaux Patients			
	n	%	02/03	Sexe (H/F)	Age (médian)	en France (médiane)	n	%	02/03	En France (médiane)
Afrique centrale	1 392	32%	- 5%	56%	32 ans	10 mois	886	31%	- 9%	5 mois
Afrique de l'ouest	1 011	23%	-11%	88%	31 ans	18 mois	576	20%	-23%	12 mois
Afrique du nord	72	2%	- 3%	78%	33 ans	15 mois	49	2%	-11%	12 mois
Antilles	78	2%	-34%	50%	33 ans	21 mois	48	2%	-39%	12 mois
Asie de l'est	36	1%	=	61%	31 ans	18 mois	22	1%	=	7 mois
Asie du sud	1 199	27%	-22%	90%	31 ans	10 mois	819	29%	-21%	7 mois
Europe de l'est	131	3%	+20%	69%	34 ans	8 mois	99	3%	+20%	6 mois
Proche-Orient	444	10%	+ 7%	93%	29 ans	16 mois	346	12%	+ 6%	15 mois
divers autres	36	1%	-	-	-	-	25	1%	-	-
Total	4 399	100%	-10%	77%	31 ans	13 mois	2 870	100%	-14%	8 mois

77 nationalités

(file active)

	AFRIQUE DE L'OUEST	ANTILLES	EUROPE DE L'EST
AFRIQUE AUSTRALE	BENIN 3	CUBA 1	ALBANIE 3
ILE MAURICE 2	BURKINA FASO 8	HAITI 77	ARMENIE 11
MADAGASCAR 4	COTE D'IVOIRE 60		AZERBAIDJAN 4
MOZAMBIQUE 1	GAMBIE 3	ASIE CENTRALE	BIELORUSSIE 2
	GHANA 11	AFGHANISTAN 4	BOSNIE 3
	GUINEE BISSAU 13	IRAN 1	BULGARIE 4
AFRIQUE CENTRALE	GUINEE CONAKRY 94	KAZAKHSTAN 2	GEORGIE 15
ANGOLA 154	LIBERIA 13	KIRGHIZISTAN 1	MOLDAVIE 26
BURUNDI 1	MALI 182	OUBEKISTAN 2	ROUMANIE 5
CABINDA 2	MAURITANIE 478	TADJIKISTAN 1	RUSSIE 34
CAMEROUN 68	NIGER 1		TCHETCHENIE 1
CENTRAFRIQUE 7	NIGERIA 36	ASIE DE L'EST	UKRAINE 20
CONGO 126	SENEGAL 50	BIRMANIE 3	YUGOSLAVIE 3
CONGO RD 1016	SIERRA LEONE 45	CAMBODGE 3	
GABON 2	TOGO 14	CHINE 22	PROCHE-ORIENT
RWANDA 15	AFRIQUE DU NORD	MONGOLIE 3	IRAK 5
TCHAD 1	ALGERIE 66	PHILIPPINES 1	SYRIE 1
	MAROC 5	THAILANDE 1	TURQUIE 438
	TUNISIE 1	VIETNAM 3	
AFRIQUE DE L'EST	AMERIQUE DU SUD	ASIE DU SUD	
ETHIOPIE 3	BOLIVIE 3	BANGLADESH 315	FRANCE 1
SOMALIE 3	BRESIL 1	INDE 132	INCONNU 1
SOUDAN 2	COLOMBIE 1	NEPAL 3	
	EQUATEUR 2	PAKISTAN 54	
	PEROU 1	SRI LANKA 695	

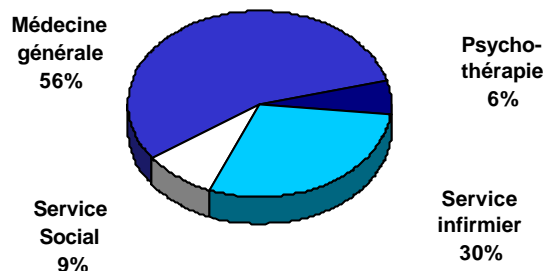
CONSULTATIONS

Total consultations = 16 390

- = par rapport à l'année précédente
- Jours d'ouverture du centre = 239
- Moyenne 69 consultations / jour

Avec interprète professionnel = 970

- +114% par rapport à l'année précédente
- Interprétariat en 10 langues



Type de consultation <i>détail pour n > 100</i>	Consultations			File Active		Cons / patient	Suivi (médiane)	Interprète	
	n	%	02/03	n	%			n	%
Médecine générale	9 117	56%	- 8%	4 003	91%	2,3	2 mois	723	8%
Psychothérapie	930	6%	+49%	313	7%	3,0	6 mois	38	4%
Service infirmier	4 861	30%	+ 6%	*1 842	*42%	2,6	5 mois	161	3%
Accueil infirmier	4 129	25%	+ 9%	*1 329	*30%	3,1	6 mois	132	3%
Consultation infirmière	691	4%	- 9%	512	12%	1,3	3 mois	29	4%
Entretien diététique	41	<1%	(42)	-	-	-	-	-	-
Service social	1 482	9%	+13%	588	13%	2,5	11 mois	48	3%
Total	16 390	100%	=	4 399	100%	3,7	2 mois	970	6%

* Ces files actives n'incluent pas les patients qui n'ont pas encore de dossier au Comede (52% des accueils infirmiers).

Prestations spécialisées

INTERPRETIARIAT

Turc, Kurde	331	+198%
Tamoul	213	+244%
Bangali, Hindi, Ourdou	197	101%
Pullar, Soninke, Bambara	128	+54%
Russe	101	+173%

DROIT D'ASILE

Expertise	3 964	- 3%
Dont certif.	2 868	- 5%
Déliv. certif.	860	-14%

860 Certificats Asile

Sri Lanka	212
Turquie	193
Congo RD	135
Mauritanie	117
Bangladesh	53
Angola	21
Congo	19
Inde	15
Sierra Leone	12
Guinée Conakry	9
Haïti	9
Nigeria	9
Sénégal	9
Cameroun	7
divers autres	44

DROIT AU SEJOUR

Expertise	1 697	+70%
1 ^{ère} demande	65	+47%
Renouvellem.	116	+59%
Recours	34	vs 2

123 Patients 12bis11°

Mali	31
Bangladesh	18
Congo RD	15
Mauritanie	10
Sénégal	6
Pakistan	6
divers autres	37

PREVENTION-DEPISTAGE

Bilans santé	2 367	-22%
Pat. à suivre	1 217	+9%
Educ. thérap	83	=

PROTECTION MALADIE

1 ^{ère} demande	1 980	-24%
Expertise	731	- 5%
Procédure AI	404	-36%

SOINS GRATUITS (PASS)

Cs médecine	4 011	-46%
Cs infirmière	304	-47%
Médicaments	1 629	-57%

Caractéristiques des consultations

TOUTES CONSULTATIONS

PATIENTS

Femmes	25%
Afrique centrale	35%
Afrique de l'ouest	27%
Asie du sud	24%
Proche-Orient	8%
Europe de l'est	2%
Antilles	2%
Afrique du nord	1%
Asie de l'est	1%
Patients à suivre	42%

EXPERTISE

Expertise asile	24%
Expertise séjour	10%
Expertise sécu	4%

MEDECINE GENERALE

+ Asie du sud	29%
+ Expertise asile	31%

INTERVENTIONS

Bilan de santé	45%
Médicam. délivrés	17%
Procédure AI	4%
Urgence hôpital	<1%

PSYCHOTHERAPIE

+ Femmes	36%
+ Afrique centrale	53%
+ Patients à suivre	100%

CONSULT. INFIRMIERE

+ Afrique de l'ouest	31%
+ Patients à suivre	56%
+ Expertise sécu	13%

INTERVENTIONS

Vaccination	15%
Education thérap.	12%
Médicam. délivrés	12%

ACCUEIL INFIRMIER

+ Hommes	80%
+ Afrique de l'ouest	35%
+ Patients à suivre	48%

INTERVENTIONS

A l'ouverture	68%
ADMISSION CENTRE	53%
Admission MG	39%
ORIENTATION	14%
Orientation PASS	3%

SERVICE SOCIAL

+ Femmes	36%
+ Afrique centrale	49%
+ Afrique de l'ouest	36%
+ Patients à suivre	52%
+ Expertise séjour	35%
+ Expertise sécu	7%

INTERVENTIONS

Bilan réfugié	5%
Appartem. thérap.	2%

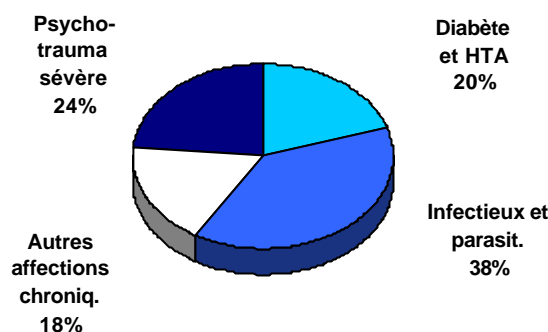
EPIDEMIOLOGIE

Patients à suivre = 1 217

- +9% par rapport à l'année précédente
- 28% de FA et 42% des consultations
- 5,6 consultations par patient à suivre
- suivis pour 1 446 affections sévères

Bilans de santé = 2 367

- -22% par rapport à l'année précédente
- 82% des nouveaux patients



Prise en charge file active	n	%	Suivi Comed	n moy Cons.	% cs Med	% cs Psy	% cs Inf	% cs Soc	Suivi externe	Fin Suivi	Contin. soins *
Asthme	70	5%	10 mois	5,8	63%	3%	20%	15%	50%	44	80%
Diabète	118	8%	7 mois	5,7	64%	2%	23%	11%	53%	73	86%
Hépatite B	282	20%	7 mois	5,3	58%	4%	26%	11%	37%	125	67%
Hépatite C	53	4%	4 mois	5,8	55%	4%	33%	8%	57%	35	97%
HTA	172	12%	6 mois	5,9	62%	5%	20%	11%	48%	116	84%
Psycho-trauma	342	24%	8 mois	5,8	42%	38%	11%	8%	28%	89	80%
Tuberculose	25	2%	7 mois	4,4	55%	3%	19%	23%	100%	14	93%
infection à VIH	60	4%	6 mois	6,4	58%	2%	19%	22%	70%	46	93%
Total PAS **	1 217	-	6 mois	5,6	55%	14%	19%	11%	42%	670	84%
Patients non AS	3 182	-	2 mois	3,0	56%	0%	37%	7%	** PAS : Patients à suivre		

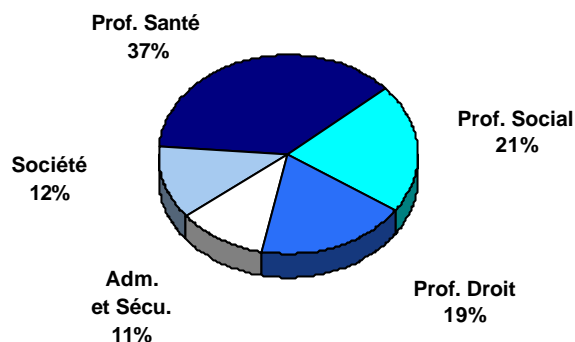
* 670 PAS en fin de suivi :
 Guérison 148 Relais médical 410 Retour volontaire au pays 4
 Décès 0 Perdus de vue 108 Eloignement du territoire 0

Prévalence nouveaux patient	n	02/03	cas * 99-03	sexe (M/F)	âge médian	AFC p. 10 ³	AFO p. 10 ³	AFN p. 10 ³	ANT p. 10 ³	ASE p. 10 ³	ASS p. 10 ³	EUE p. 10 ³	PO p. 10 ³	Diag. pays
Anguillulose	60	+ 7%	430	90%	30 ans	29	11	0	13	9	43	2	0	0%
Bangladesh 82, Birmanie 70, Guinée B 49, Nigeria 46, Angola 42, Sierra L 39, Sri Lanka & Congo RD 30														
Asthme	35	+21%	173	77%	32 ans	6	10	26	9	5	16	3	2	72%
Togo 70, Nigeria 33, Algérie 24, Pakistan 21, Bangladesh 19, Sénégal 14, Sri L. & Inde 13, Mauritanie 12														
Bilharz. Uri.	19	-68%	273	98%	27 ans	3	71	0	0	0	0	0	0	< 1%
Mali 141, Mauritanie 71, Sénégal 57, Sierra Leone 17, Guinée Conakry 11, Congo 6														
Diabète	72	+ 4%	391	69%	44 ans	20	8	34	9	9	41	7	8	60%
Ghana 79, Sri Lank & Bangladesh 45, Algérie 33, Pakistan 29, Congo 27, Congo RD & Côte d'Iv & Inde 21														
Hépatite B	155	=	492	84%	29 ans	28	69	0	11	30	7	11	21	10%
Mali 81, Côte d'Iv 79, Centrafrique 77, Sénégal 71, Mauritanie 70, Guinée C 64, Guinée B 62, Sierra L 48														
Hépatite C	40	+54%	159	61%	37 ans	16	3	3	0	4	7	26	1	9%
Géorgie 103, Pakistan 55, Arménie 45, Rwanda 32, Russie 26, Moldavie 23, Angola 22, Congo 19														
HTA	112	+20%	471	51%	46 ans	50	20	17	20	9	20	11	3	48%
Ghana 79, Rwanda 65, Congo RD 56, Congo 43, Angola 40, Côte d'Ivoire 33, Sierra Leone 30, Inde 28														
Psy.-trauma	187	+18%	816	61%	31 ans	69	37	89	63	19	29	23	54	14%
Cameroun 130, Côte d'Ivoire 92, Nigeria 92, Algérie 87, Congo 82, Guinée C 72, Congo RD 68, Haïti 6														
Tuberculose	15	-32%	146	77%	31 ans	12	7	3	13	4	7	7	5	13%
Angola 31, Pakistan 15, Haïti 14, Congo & Inde 11, Congo RD & Mali 10, Mauritanie 9, Sri Lanka 7														
Infection VIH	36	-20%	249	40%	32 ans	36	16	0	11	0	0	0	1	11%
Rwanda 106, Cameroun 87, Ghana 79, Côte d'Iv 72, Congo 36, Congo RD 33, Sierra Leone 26, Angola 22														

* Nouveaux cas cumulés sur les 5 dernières années, nationalités > 3 cas par ordre décroissant

COMMUNICATION

- 2 934 Livrets délivrés aux patients
- 841 Guides délivrés aux professionnels
- 29 Sessions de formation
- 23 Interventions publiques
- 6 Publications spécialisées



Sessions de formation

- Avocats pour la Défense des Droits des Etrangers, *Droit au séjour des étrangers malades*
- Aide Sociale à l'Enfance Paris, *Problèmes de santé des mineurs étrangers isolés*
- AIC Paris, *Protection maladie des étrangers*
- Cimade Ile-de-France, *L'aide médicale Etat*
- Cimade Ile-de-France, Commission Migrants, *Critères médicaux pour le droit au séjour*
- Conseil Général de l'Essonne, CDPS, *Droit de la santé des étrangers*
- CRES Ile-de-France, Accueil et promotion de la santé, *Approche géopolitique*, 2 sessions
- Créteil Solidarité, *Protection maladie*
- Faculté Bicêtre, Maitrise de Santé Publique, *Education pour la santé*
- Faculté Bobigny, Licence Administration Economique et Sociale, *Protection maladie*
- Faculté Lariboisière, DIU Santé, précarité, médecine, *Une médecine de l'exil et de l'exclusion*
- Faculté Lariboisière, module 3^{ème} cycle, situations difficiles en médecine générale, *Prise en charge des exilés*
- Hôpital de Bicêtre, Groupe accès aux soins, *Protection maladie*
- FTDA, Santé des demandeurs d'asile, *Exil et trauma*
- Gisti/Comede, stage Droit des Etrangers, 3 sessions
- Gisti/Comede, stage Protection sociale des Etrangers, 2 sessions
- GRDR, Prise en charge VIH/sida des africains en France/Belgique, 3 sessions
- IFSI Necker Paris, Module Précarité, *Accès aux soins, droit et pratiques* et *La santé des exilés*
- IFSI Versailles, Module Sans-Droits, *Accès aux soins, droit et pratiques*
- Secours Catholique, Délégation du Val-de-Marne, *La santé des étrangers*
- SFLS, Hôpital Tenon, Migrants/Etrangers et VIH, *Accès aux droits, accès aux soins*
- SFTG Faculté Bicêtre, Situations de précarité en médecine générale, *Prise en charge des exilés*

Interventions publiques

- Association Minkowska, Assemblée Générale, *La réforme du droit d'asile*
- Association Minkowska, 1^{er} Colloque Européen, *Maux d'exil et parenté avec le corps*
- British Refugee Council, *Le droit d'asile en France*
- Catred/Comede, foyers AFTAM Paris Bara (3 séances sur santé et droits), Branly, (3 séances) et Rochebrune (3 séances)
- CFDA 2^{ème} rencontre nationale pour le droit d'asile, *Ouverture*
- CRIPS, 52^{ème} rencontre, L'accès aux soins des migrants, *Nouvelles législations sur l'AME*
- Entretiens de Bichat, Prise en charge des patients en situation de précarité, *Les demandeurs d'asile*
- Conseil Général 93 - Bobigny, Journée nationale de lutte contre le sida, *Droit à la santé des étrangers*
- Coordination des sans-papiers 93 Saint-Denis, *La réforme de l'AME*
- European Expert Meeting, Amsterdam, HIV/Aids care for people with a precarious residence status in Europe
- FSE Bobigny, Accès aux soins des populations vulnérables en Europe, *Quels droits pour les étrangers ?*
- FSL Marne-la-Vallée, Politiques de l'immigration en France et en Europe, *La santé des exilés*
- Gisti, Journée d'étude, Accès aux soins des étrangers, *Les avatars du droit au séjour des malades*
- IAAH Réseau Européen, Ces adolescents qui viennent d'ailleurs, *Un bilan de santé pour des mineurs exilés*
- SIS/DGS/INPES, Journée de réflexion sur le dépistage en CDAG, *Exil, prévention et dépistage*

Publications

- Bulletin du Partenariat Européen Africains / Prévention VIH, n°5, *Le peuple français, gardien d'un idéal ?*
- Contribution au rapport de l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers, juin 2003
- Maux d'exil, La lettre du Comede aux membres du réseau n°8, *Les enjeux du droit d'asile au regard de l'histoire*
- Plein Droit, n°56, *Les lésions dangereuses*
- Guide du Comede 2003, *Prise en charge médico-psycho-sociale des exilés et étrangers en séjour précaire*
- Livret Comede 2003 et versions bilingues russe, tamoul et turc