

La Santé des

# exilés

RAPPORT  
D'OBSERVATION  
ET D'ACTIVITÉ  
2017

COMITÉ POUR LA  
SANTÉ DES EXILÉS

comede



# Table des matières

NB : le présent rapport rend compte des données d'observation 2007-2017 et des données d'activité 2016

## ACTIVITE

Synthèse sur l'activité du Comede en 2016	5
<i>Principaux indicateurs d'activité en 2016</i>	5
<i>Evolution des indicateurs d'activité, 1983-2016</i>	6
<i>Bénéficiaires du Comede par dispositif de soutien</i>	8
L'Association Comede	9
<i>L'équipe du Comede</i>	10
<i>Collectifs associatifs</i>	14
<i>Rapport moral du président</i>	17
Le Centre-ressources national	19
<i>Permanences téléphoniques</i>	19
<i>Formation, enseignement, groupes experts et interventions publiques</i>	25
<i>Observatoire, études et recherche</i>	28
<i>Publications</i>	30
Le Centre de santé à Bicêtre	33
L'Atelier de danse au 104 à Paris	43
L'Espace santé droit à Avicenne	45
Le Comede à Marseille et en Paca	51

## OBSERVATION

Populations	57
<i>Population globale et publics vulnérables</i>	57
<i>Populations et caractéristiques des exilés soutenus par le Comede</i>	59
<i>Femmes et genre</i>	65
<i>Demandeurs d'asile et réfugiés</i>	67
<i>Migrants âgés</i>	69
<i>Enfants mineurs</i>	70
Etat de santé	71
<i>Vulnérabilité sociale et populations prioritaires</i>	71
<i>Violence, torture, risques et troubles psychiques</i>	76
<i>Epidémiologie médico-psychologique et taux de prévalence</i>	78
<i>Epidémiologie par groupe vulnérable et par dispositif de soutien</i>	83
Accès aux soins	87
<i>Obstacles à l'accès aux soins, fréquence et caractéristiques</i>	89
<i>Analyse qualitative des obstacles dans l'accès à la protection maladie</i>	90
<i>Accès aux soins de santé mentale et aux Centres médico-psychologiques</i>	93
<i>Refus, restrictions et retards de soins à l'hôpital public</i>	95
Accès aux droits	99
<i>Droit au séjour pour raison médicale et protection des étrangers malades</i>	101
<i>Taux d'accord et de refus pour le droit au séjour des étrangers malades</i>	104
<i>Droit d'asile et certification médicale</i>	109
<i>Autres difficultés d'accès aux droits</i>	112

## ANNEXES

Contacteur le Comede, dispositif d'observation et notes méthodologiques

# Glossaire

Adfem	Action pour les droits des femmes exilées et migrantes
AME	Aide médicale Etat
Anafé	Assistance nationale aux frontières pour les étrangers
ANSP	Agence nationale de santé, Santé Publique France
APHP	Assistance publique des hôpitaux de Paris
APS	Autorisation provisoire de séjour
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASPA	Allocation de solidarité pour les personnes âgées
Cada	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CFDA	Coordination française du droit d'asile
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture maladie universelle
CMUc	Complémentaire-CMU
Cnam	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNDA	Cour nationale du droit d'asile
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie (département)
CSS	Centre de sécurité sociale
CST	Carte de séjour temporaire
Dasem	Droit au séjour des étrangers malades
DDD	Défenseur des droits
DGS	Direction générale de la santé
DOM	Départements d'Outre-mer
DSUV	Dispositif pour les soins urgents et vitaux
ETP	Equivalent temps plein / Education thérapeutique du patient
HCR	Haut-Commissariat de l'ONU pour les réfugiés
LGBTI	Lesbien, gay, bi, trans et intersexe
Mofii	Médecin de l'Office français de l'immigration et de l'intégration
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
ODSE	Observatoire du droit à la santé des étrangers
OEE	Observatoire de l'enfermement des étrangers
Ofii	Office français de l'immigration et de l'intégration
Ofpra	Office français de protection des réfugiés et apatrides
OQTF	Obligation de quitter le territoire français
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Programme régional de santé
SROS	Schéma régional d'orientation sanitaire
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

## Termes utilisés au Comede et dans ce rapport

- Admission immédiate et instruction prioritaire : procédures d'obtention rapide de la CMU-C et de l'AME
- Etrangers malades : personnes ayant demandé ou obtenu le bénéfice du droit au séjour pour raison médicale
- File active : nombre de patients ayant consulté au moins une fois sur l'année dans le dispositif concerné
- Groupe vulnérable : groupe au sein duquel la fréquence d'un problème de santé est plus élevée
- Prévalence : fréquence d'un phénomène dans une population donnée



## Synthèse sur l'activité du Comede en 2016

Dans un contexte de crise de la protection des exilés, les actions du Comede ont poursuivi leur progression en 2016 dans l'ensemble des dispositifs (augmentation globale +15%, voir encadré). Au total, l'équipe du Comede a effectué **18 100 consultations et appels téléphoniques pour 6 365 personnes**, et développé ses activités de formation et publications destinées aux acteurs et décideurs. En 2016, ces exilé.e.s étaient originaires de 108 pays, principalement d'Afrique de l'Ouest (total 29%, Guinée 7%, Côte d'Ivoire 6%, Mali 6%), d'Afrique du Nord (23%, Algérie 16%), d'Afrique centrale (19%, Congo RD 11%), d'Asie du Sud (13%, Bangladesh 8%) et d'Europe de l'Est (5%). Parmi les bénéficiaires du Comede en 2016, on compte 2 338 femmes (37%), 974 demandeurs d'asile (15%), 629 migrants âgés ≥60 ans (10%) et 451 enfants mineurs (7%).

Accueil, soins et soutien d'une part, information formation et recherche d'autre part, les activités du Comede sont développées à partir :

- du Centre de santé à **Bicêtre** : accueil et consultations avec interprètes professionnels, consultations médicales et gynécologiques, infirmières, accompagnement social et juridique, psychothérapie, éducation thérapeutique, ostéopathie, sage-femme, et centre de vaccination ;
- de l'Espace santé droit à **Avicenne**, partenariat opérationnel avec la Cimade : permanence téléphonique, accompagnement social et juridique ;
- d'Espace à **Marseille**, partenariat institutionnel pour le Centre-ressources ; et du Centre d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde à Marseille, partenariat opérationnel pour le droit au séjour des étrangers malades.

Les activités de Permanences téléphoniques nationales (PT socio-juridique, PT médicale et santé mentale), les formations et interventions, l'observatoire, la recherche et les publications (dont Guide Comede et Maux d'exil) constituent le Centre-ressources du Comede.

### Evolution de l'activité et principaux indicateurs 2016

#### Accueil, soins et soutien

L'activité des consultations (total +6%, CDS +8%) et des permanences téléphoniques (total +6%, PT nationales +22%) a augmenté, alors qu'on observe un resserrement du nombre de bénéficiaires (-17% au Centre de santé et +10% pour les PT) en raison du renforcement de la prise en charge (augmentation du nombre de consultations physiques et téléphoniques par personne).

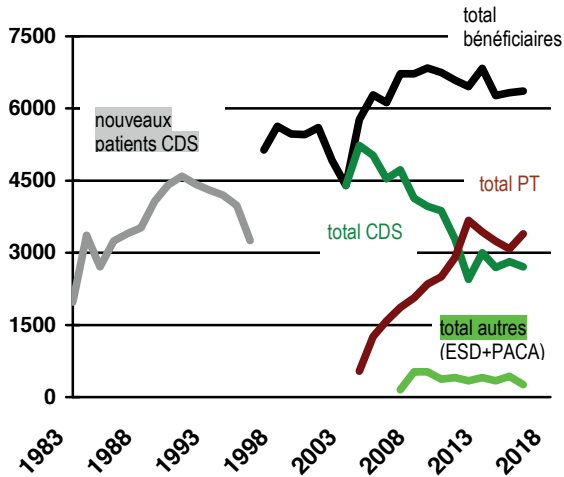
#### Information, formation et recherche

L'activité de formation a augmenté de 23% et le nombre de publications spécialisées de 38%. Les activités d'enseignement, interventions publiques et participation à des groupes experts, de recherche et de plaidoyer ont diminué de 21% en 2016. La mise en ligne en décembre 2016 du nouveau site internet du Comede a permis de faciliter l'utilisation des ressources du Comede par les exilés et partenaires.

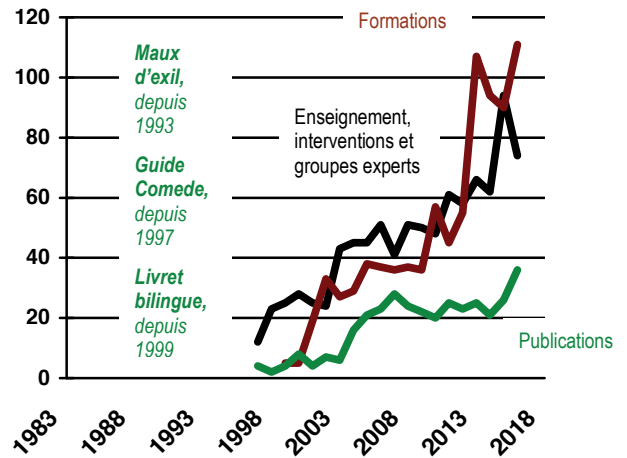
- **10 915 consultations effectuées**, dont 10 422 au Centre de santé, 346 à l'Espace santé droit et 147 au Caso MDM Marseille : 3 726 consultations médicales, 2 054 consultations d'accueil, 2 010 consultations infirmières, 1 445 consultations socio-juridiques, 945 entretiens psychothérapeutiques, 538 consultations d'éducation thérapeutique et 156 séances d'ostéopathie.
- **7 185 appels traités dans par les permanences téléphoniques** : 2 566 PT nationales, 1 470 à l'Espace santé droit et 3 149 au Centre de santé.
- **6 365 personnes soutenues** : 3 397 dans le cadre des permanences téléphoniques, 2 706 au Centre de santé, 209 à l'Espace santé droit et 53 au Caso MDM Marseille.
- **111 demi-journées de formation**, 10 séances d'enseignement, 24 interventions publiques (colloques, séminaires etc.) et participation à 42 groupes de travail (expertise et plaidoyer).
- **36 publications spécialisées**, dont quatre numéros de la revue Maux d'exil, outre le Guide Comede et le Livret de santé bilingue.

# EVOLUTION DES INDICATEURS D'ACTIVITE DU COMEDE, 1983-2017

## Nombre de bénéficiaires

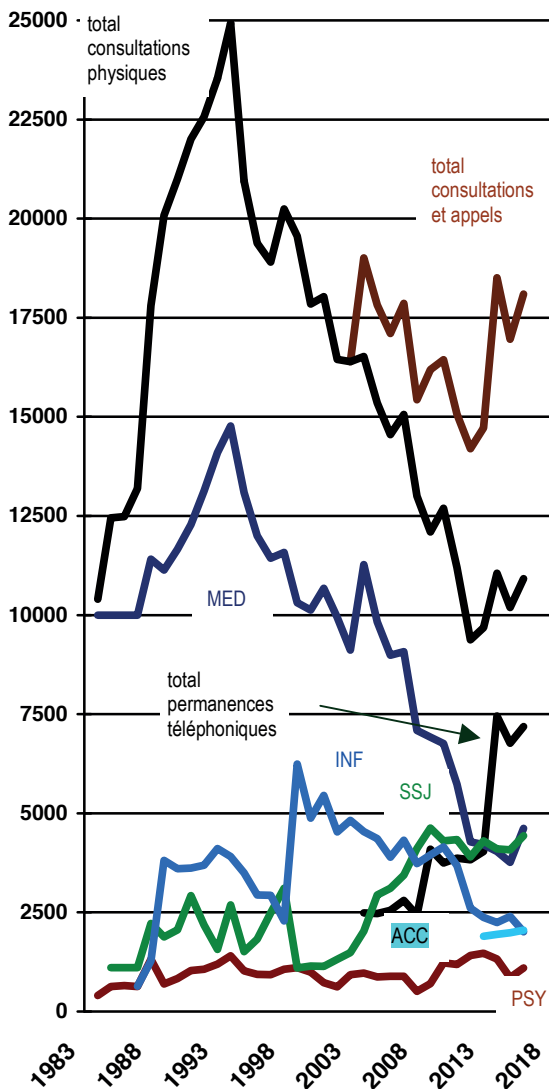


## Information et formation



## Consultations \* et appels traités

\* principales consultations



■ 1979-1989 : fondation du Centre d'orientation médicale (Comede) et constitution d'un réseau de " correspondants " bénévoles. Création du Comité médical pour les exilés (Comede) en 1982 et mise en place du " dispensaire médico-psycho-social "

→ Augmentation progressive du nombre de consultations, principalement médicales (55% médecine générale et 9% spécialités en 1989) et infirmières (19%).

■ 1989-2003 : transformation du dispensaire en Centre de santé et structuration professionnelle. Développement des actions de santé publique, d'accès aux soins et aux droits en privilégiant l'obtention d'une protection maladie.

→ A partir de 1994, diminution progressive du nombre de consultations médicales en raison d'un recours plus précoce aux services de droit commun, et augmentation de la part des consultations infirmières (32% en 1999) et sociales (15% en 1998).

■ 2003-2016 : développement du Centre-ressources autour de l'Observatoire, du Guide Comede, de Maux d'exil, du Centre de formation et de la mise en place des permanences téléphoniques (2004 CDS, 2007 ESD, 2012 nationales). Ouverture de l'Espace santé droit en 2007 en partenariat avec la Cimade. En 2012, fondation du Comede Loire et mise en place du Comede Paca en partenariat avec Espace. En 2013, le Comede devient Comité pour la santé des exilés.

→ Accueil, soins et soutien : le nombre de bénéficiaires se stabilise depuis 2007 à plus de 6000 par an pour 18 000 consultations et appels, dont 4500 pour le service médical, 4500 pour le service social et juridique, 1000 pour le service psychothérapie et santé mentale et 8000 pour les autres activités du Centre de santé.

→ Information, formation et recherche : augmentation régulière des activités de formation (111 en 2016), des publications (36 en 2016) et des activités d'enseignement, interventions publiques (56 en 2015) et participation à des groupes experts, de recherche et de plaidoyer (42 en 2016). Stabilisation de la diffusion du Guide Comede (50 000) et de Maux d'exil (5500).

L'**Association** compte 90 membres adhérent.e.s et l'équipe professionnelle est constituée de 36 salarié.e.s et 32 bénévoles en octobre 2017. Les actions d'information et communication du Comede ont bénéficié de l'ouverture du nouveau site internet en décembre 2016 (plus de 8 000 visites par trimestre). Outre les prestations offertes gratuitement à l'association par plusieurs partenaires, les actions du Comede sont soutenues par une quarantaine de financeurs publics et privés.

Le **Centre-ressources** est avant tout sollicité dans les principales régions de résidence des exilés : Ile-de-France (60% des appelants des permanences téléphoniques, 46% des utilisateurs du Guide Comede), PACA, Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes, Grand-Est et Guyane. Les permanences téléphoniques ont traité 7 185 appels en 2016 pour 3 397 bénéficiaires caractérisés, dont 1 467 femmes et 495 migrants âgés  $\geq 60$  ans. Les appelants des PT nationales sont pour près de la moitié des particuliers (48%), puis des associations (23%), services de santé (12%), et services publics (12%). Les membres du Comede ont effectué 121 demi-journées de formation et enseignement, 24 interventions publiques (colloques, séminaires etc.), et réalisé 36 publications spécialisées.

Les activités de recherche du Comede sont organisées autour de l'**observatoire** des déterminants et de l'état de santé des migrants. Le dispositif d'observation se fonde sur les recueils de données provenant du Centre de santé, de l'Espace santé droit, des Permanences téléphoniques, et de sources de données externes auprès des partenaires. En 2016, les membres du Comede ont pu partager ces observations et analyses dans le cadre de 42 groupes inter-institutionnels sur les questions de santé des exilés et droit à la santé des étrangers.

Le **Centre de santé** du Comede a délivré 10 424 consultations en 2016 pour une file active de 2 706 personnes soignées et soutenues, dont 824 demandeurs d'asile, 985 personnes atteintes de maladie grave/chronique, 789 femmes et 210 mineurs. Les personnes sont principalement orientées vers le Centre de santé par des particuliers (54%), des associations (20%) et des services publics (13%). La durée moyenne de suivi des patients est de 12 mois (9 mois en médecine, 14 mois en psychothérapie et 24 mois au service social et juridique). Plus d'un tiers (35%) des consultations ont lieu en langue étrangère, principalement en bengali, anglais, tamoul, russe, pular et arabe. Le bilan de santé a été effectué par 96% des patients en 2016.

Animé dans le cadre d'un partenariat opérationnel avec la Cimade, l'**Espace santé droit** a délivré 352 consultations en 2016 pour une file active de 209 personnes, dont 127 personnes atteintes d'une maladie grave et 82 femmes. Ces personnes sont orientées par des associations (52% du total, Cimade 26%), des services publics (19%), des particuliers (14%) et des services de santé (13%). Les interventions se situent dans les domaines du droit au séjour pour raison médicale, de l'accès aux soins et à la protection maladie, ainsi que de l'accès aux autres prestations sociales liées à l'état de santé. La permanence téléphonique de l'Espace santé droit a traité 1 470 appels en 2016, émanant de particuliers dans 72% des cas.

Les activités du **Comede à Marseille et en PACA** ont poursuivi leur progression. En 2016, le Comede a assuré 594 entretiens téléphoniques et consultations pour une file active de 321 personnes résidant en région PACA, dont 152 femmes et 113 personnes atteintes d'une maladie grave. Les intervenant.e.s du Comede ont également assuré 32 demi-journées de formation professionnelle dans la région.

## Bénéficiaires du Comede par dispositif de soutien

NB : ne sont pas comptées les 200 personnes accueillies au CDS non caractérisées et les 53 personnes accueillies au Caso Marseille

## EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE

2016	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Perm. Téléph.	3397	56%	237	2665	495	1930	142	1561	227	1467	95	1104	268
Centre de santé	2506	41%	210	2157	138	1717	184	1472	61	789	26	686	77
Esp. santé droit	209	3%	4	185	20	127	2	117	8	82	2	68	12
<b>Total</b>	<b>6112</b>	<b>100%</b>	<b>451</b>	<b>5007</b>	<b>653</b>	<b>3774</b>	<b>328</b>	<b>3150</b>	<b>296</b>	<b>2338</b>	<b>123</b>	<b>1858</b>	<b>357</b>

## EFFECTIFS PAR REGION D'ORIGINE ET NATIONALITE

NATIONALITE nombre	TOT	PT	CDS	ESD
PERSONNES	6112	3397	2506	209

TOT PT CDS ESD

TOT PT CDS ESD

AFRIQUE AUSTRALE	TOT	PT	CDS	ESD
AFRIQ. DU SUD	5	2	3	
COMORES	39	29	8	2
ILE MAURICE	20	17	3	
MADAGASCAR	52	38	9	5

AFRIQUE CENTRALE	TOT	PT	CDS	ESD
ANGOLA	52	23	28	1
BURUNDI	4	3	1	
① CAMEROUN	195	144	40	11
CENTRAFRIQUE	33	17	15	1
CONGO	127	75	47	5
② CONGO RD	685	202	468	15
GABON	17	13	4	
RWANDA	12	8	3	1
TCHAD	17	8	9	

AFRIQUE DE L'EST	TOT	PT	CDS	ESD
DJIBOUTI	6	4	1	1
ERYTHREE	11	4	7	
ETHIOPIE	16	7	9	
KENYA	4	2	2	
OUGANDA	5	5		
SOMALIE	17	6	11	
SOUDAN	61	17	44	

AFRIQUE DU NORD	TOT	PT	CDS	ESD
① ALGERIE	986	858	85	43
LIBYE	5	3	2	
③ MAROC	241	223	11	7
TUNISIE	146	119	19	8

AFRIQUE DE L'OUEST	TOT	PT	CDS	ESD
BENIN	37	30	5	2
BURKINA FASO	35	23	10	2
CAP VERT	13	13		
④ COTE D'IVOI.	352	200	142	10
GAMBIE	14	7	6	1
GHANA	14	9	5	
GUINEE BISSAU	13	8	4	1
⑤ GUINEE CON.	454	160	276	18
⑥ MALI	350	184	152	14
MAURITANIE	105	44	58	3
NIGER	11	6	4	1
NIGERIA	59	37	18	4
⑦ SENEGAL	243	177	57	9
SIERRA LEONE	5	5		
TOGO	51	35	14	2

AMERIQUE DU NORD	TOT	PT	CDS	ESD
ETATS-UNIS	7	6	1	
HONDURAS	1	1		
MEXIQUE	2	2		

AMERIQUE DU SUD	TOT	PT	CDS	ESD
ARGENTINE	5	5		
BOLIVIE	3	3		
BRESIL	7	6	1	
COLOMBIE	6	6		
PARAGUAY	1	1		1
PEROU	8	7	1	
VENEZUELA	4	4		

ASIE CENTRALE	TOT	PT	CDS	ESD
AFGHANISTAN	32	15	17	
KAZAKHSTAN	5	2	3	
KIRGHIZISTAN	2	1		1
MONGOLIE	10	9	1	
OUBEKISTAN	4	3	1	

ASIE DE L'EST	TOT	PT	CDS	ESD
BIRMANIE	12	1	11	
CAMBODGE	6	3	2	1
CHINE	11	7	4	
CHINE/TIBET	2	2		
PHILIPPINES	4	2	1	1
VIETNAM	9	6	1	2

ASIE DU SUD	TOT	PT	CDS	ESD
⑧ BANGLADES.	514	38	471	5
INDE	35	8	26	1
NEPAL	2	2		
PAKISTAN	74	24	45	5
⑨ SRI LANKA	184	18	163	3

CARAÏBES	TOT	PT	CDS	ESD
CUBA	5	3	2	
GUATEMALA	1	1		
HAITI	32	21	8	3
SALVADOR	1	1		

EUROPE DE L'EST	TOT	PT	CDS	ESD
ALBANIE	38	26	12	
ARMENIE	34	30	4	
AZERBAÏDJAN	4	1	3	
BIELORUSSIE	1	1		
BOSNIE	4	3	1	
GEORGIE	83	49	32	2
KOSOVO	38	35	3	
MACEDOINE	1	1		
MOLDAVIE	20	8	10	2
RUSSIE	27	17	9	1
RUS/TCHETCH.	9	5	4	
SERBIE	20	18	1	1
SERBIE & MNG	2	1	1	
TURQUIE	14	10	4	
UKRAINE	32	21	10	1

EUROPE DE L'OUEST	TOT	PT	CDS	ESD
ALLEMAGNE	2	2		
BELGIQUE	2	1	1	
BULGARIE	10	9		1
CROATIE	1	1		
ESPAGNE	9	9		
FRANCE	24	20	4	
GRECE	2	2		
ITALIE	20	19	1	
PAYS-BAS	2	1	1	
POLOGNE	10	7	1	2
PORTUGAL	24	22	2	
ROUMANIE	51	45	5	1
ROYAUME-UNI	4	3	1	
SLOVENIE	1	1		
SUISSE	3	3		

MOYEN-ORIENT	TOT	PT	CDS	ESD
ARABIE SAOUD.	1	1		
EGYPTE	52	24	23	5
IRAK	7	6		1
IRAN	14	6	8	
LIBAN	8	8		
PALESTINE	3	3		
SYRIE	23	18	5	
YEMEN	2	1	1	

OCEANIE	TOT	PT	CDS	ESD
AUSTRALIE	1		1	

APATRIDES	TOT	PT	CDS	ESD
	3		2	1





## L'Association Comede

Créé en 1979, le Comede (Comité pour la santé des exilés) s'est donné pour mission *d'Agir en faveur de la santé des exilés et de défendre leurs droits*. En près de 40 ans, **le soin et l'accompagnement de 150 000 personnes de plus de 150 nationalités** dans le cadre des consultations et des permanences téléphoniques ont fait du Comede un acteur essentiel de la solidarité à l'égard des migrants/étrangers et un dispositif d'observation privilégié de leur santé et de leurs conditions d'accès aux soins. Les activités d'accueil, soins et soutien des exilé.e.s, ainsi que d'information, formation et recherche sont indispensables pour répondre aux objectifs de l'association. Les actions du Comede sont conduites en partenariat avec des associations, institutions et professionnels de la santé, du droit et de l'action sociale.

### EVOLUTION 1979-2017

*(voir Evolution des indicateurs d'activité page 6)*

Lorsqu'ils fondent le Comede, les membres d'Amnesty International, de la Cimade et du Groupe accueil solidarité (GAS) sont avant tout préoccupés par les conséquences traumatiques de l'exil et de la torture, ainsi que, déjà, par les difficultés d'accès aux soins des exilés. Mais dans un contexte économique et politique difficile, la détérioration progressive du statut juridique et administratif des exilés se trouvera également très vite au cœur des activités du Centre de santé ouvert en 1982. Avec les réformes successives de l'Immigration, incluant la suppression par circulaire du droit au travail pour les demandeurs d'asile en 1991, les effets psycho-sociaux de l'exclusion se conjuguent à ceux de l'exil et des persécutions.

Face à l'exclusion des soins, le Comede a d'abord accru ses activités de soins gratuits : l'écoute, les soins et l'accompagnement médico-psycho-social permettent de soulager

En octobre 2017, l'association Comede (Comité pour la santé des exilés, dont le siège est situé dans l'hôpital de Bicêtre (APHP), compte **90 membres adhérent.e.s**, et l'équipe opérationnelle est constituée de 68 professionnel.le.s, dont **36 salarié.e.s et 32 bénévoles**, (23 + 12 ETP), intervenant sur les sites de Bicêtre, Avicenne et Marseille, ou en télétravail dans le cadre des permanences téléphoniques. Le réseau du Comede s'appuie sur les lecteurs de Maux d'exil (tirage 5 500 exemplaires) et les utilisateurs du Guide Comede (diffusion à 50 000 exemplaires). La composition du Conseil d'Administration et de l'équipe professionnelle figure page suivante.

les maux des exilés dans les périodes les plus difficiles. Avec la réforme de l'aide médicale de 1992, l'association développe des activités d'expertise et d'intervention en matière d'accès aux soins et à la protection maladie. Mais l'exclusion des soins continue de sévir parmi les déboutés et sans-papiers, exclus de la sécurité sociale en 1993, de la couverture maladie « universelle » en 1999, puis partiellement de l'Aide médicale Etat résiduelle en 2003 et en 2010, alors que le droit au séjour pour raison médicale a été progressivement restreint depuis 2007 et le rattachement des questions d'immigration au sein du ministère de l'Intérieur. La dégradation des conditions d'accueil des migrants et exilés au cours des dernières années accroît encore le besoin de connaissances en faveur d'une prise en charge globale.

Les dimensions médicales, psychologiques, sociales et juridiques des soins et de l'accompagnement sont prises en compte dans les premières éditions du Guide Comede. Dans la course d'obstacles que constitue pour de nombreux exilés le « parcours d'intégration », la découverte tardive de la maladie peut constituer un handicap majeur. La maladie chronique représente un nouveau traumatisme, surtout lorsqu'il s'agit d'une conséquence des violences subies au pays. Ces multiples facteurs de vulnérabilité des exilés, associés à

**LE CONSEIL D'ADMINISTRATION en octobre 2017**

- **Président** : Didier Fassin (*Médecin, Professeur d'Anthropologie et de Sociologie*).
- **Vice-Présidents** : Patrick August (*Dirigeant de collectivités et d'associations*), Laure Feldmann (*Médecin praticienne*).
- **Trésorier** : Christophe David (*Journaliste*).
- **Secrétaire** : Estelle d'Halluin (*Sociologue*).
- **Membres** : Catherine Donnars (*Chargée de mission*), Dalila Haddadi-Collet (*présidente et représentante du Comede Loire*), Patrick Lamour (*Médecin praticien*), Christian Mongin (*Médecin praticien*), Denis Natanelic (*directeur et représentant d'Espace*), Jose Polo Devoto (*Médecin praticien*) et Audrey Tieby (*Chargée de développement local*).

**L'EQUIPE PROFESSIONNELLE en octobre 2017**

- **Direction, Administration et Communication** : Arnaud Veïsse (*Directeur général, Médecin*), Pascal Revault (*Directeur opérationnel, Médecin*), Yasmine Flitti (*Directrice administrative et financière*), Joseph Rustico (*Coordinateur du Centre de santé*), Céline Pellegrin (*Responsable des financements*), Faroudja Mameri (*Comptable*), Benoit Hervieu-Léger (*Chargé de communication*), et Claire Katembwe (*Assistante de direction*).
- **Pôle Accueil, Orientation et Prévention** du Centre de santé : Assane Aw (*Accueillant référent, Technicien d'accueil*), Nils Castel (*Technicien d'accueil*), Anne-Marie Chémali (*Accueillante bénévole*), Laura Gaviot (*Accueillante sociale*), Guy de Gontaut (*Technicien d'accueil*), Cécile Krakovitch (*Accueillante bénévole*), Gilles Larrière (*Accueillant bénévole*), Brigitte Pierron (*Accueillante bénévole, sage-femme*), Blandine Renaud (*Accueillante bénévole*), Khaldia Vescovacci (*Médecin chargée de l'ETP*), Perrine Domange (*Infirmière bénévole*), Cécile Ménard (*Infirmière*), Marie-Madeleine Gutle (*Pharmacienne bénévole*), Rose Adu (*Agent d'entretien*), Monili Lumoni (*Agent d'entretien*) et les ostéopathes bénévoles Olivier de Beauchaine, Leila Chaib, Elie Pierre Dupuy, Marie Eckert, Sarah Jaubert, Julien Keller, Pierre Launay, Anaïs de Mareuil, Felix Meyer et Anne-Laure Tardy.
- **Pôle Médical** : Olivier Lefebvre, Marie Petruzzi et Julien Sallé (*Coordinateurs médicaux*), Pascal Chevit (*Médecin bénévole*), Samuel Dezelee (*Médecin consultant*), Claire Fessard (*Médecin référente*), Liliane Leconte (*Médecin bénévole*), Barbara Pellegrini-Guegnault (*Médecin consultante*), Lydie Tindo (*Médecin consultante*), Pauline Trébuchet (*Médecin consultante*), Laura Weinich (*Médecin consultante*) et Franck Vignal (*Médecin bénévole*).
- **Pôle Santé mentale** : Laure Wolmark (*Coordinatrice santé mentale, psychologue clinicienne*), Muriel Bamberger (*Psychologue clinicienne référente*), Zornitza Zlatanova (*Psychologue clinicienne référente*) et Marie Jacob (*Psychologue clinicienne consultante*).
- **Pôle Social et Juridique** : Didier Maille (*Coordinateur social et juridique*), Benjamin Demagny (*Adjoint au Coordinateur social et juridique, Coordinateur Comede Paca*), Héloïse Abdellaoui (*Assistante sociale consultante*), Sandrine Colas (*Juriste*), Karine Crochet (*Assistante sociale référente, Coordinatrice ESD*), Bénédicte Maraval (*Assistante sociale référente*), Antoine Math (*Juriste bénévole*), Patrick Mony (*Juriste*), Elise Vallois (*Juriste référente*), Elise Rathat (*Ecrivaine publique bénévole*), et les collègues bénévoles de l'**Espace santé droit** : Marie-Ange d'Adler, Sixte Blanchy, Cécile Brossard, Muriel Confignal, François David, Elizabeth Descombe, Michèle Jacrot, Jean-Michel Tissier et Monique Valentino.

une grande diversité d'origine et de langue, vont déterminer les actions de prévention, de dépistage et bilans de santé, de soins médicaux et psychothérapeutiques, ainsi que de soutien social et juridique à proposer.

La première édition imprimée du Guide Comede en 2003 sera suivie par la mise en place des permanences téléphoniques et formations dans le cadre du Centre-ressources depuis 2004, de l'Espace santé droit depuis 2007 (partenariat avec la Cimade) et du Comede PACA depuis 2012 (partenariat avec Espace). La fondation du Comede Loire à Saint-Etienne en 2012 est l'occasion d'une révision des statuts de l'association en juin 2013 (voir ci-dessous).

**BUTS ET PRINCIPES DE L'ASSOCIATION**

*Extraits des statuts du Comede :*

**Article 2 - Buts :**

Le Comede se donne pour missions d'agir en faveur de la santé des exilés et de défendre leurs droits.

L'association a en particulier pour objectifs :

- de leur assurer des soins et un soutien médical, psychologique, social et juridique dans les cas où ceux-ci sont inexistantes ou inadéquats et d'agir en leur faveur ;
- de favoriser leur accès aux soins, à la prévention et aux droits ;
- de faciliter tout ce qui peut permettre leur plus grande autonomie et leur meilleure insertion ;
- de contribuer à la connaissance et à la réflexion sur leur situation médicale, psychologique, sociale et juridique, et de participer à toute action permettant de l'améliorer ;
- de produire des informations et de porter témoignage sur cette situation, dans les limites du secret professionnel, et sur les conditions qui l'expliquent ;
- de gérer tout établissement ou structure dont l'activité est en rapport avec les buts de l'association ;
- de collaborer avec tout autre acteur oeuvrant dans le cadre des mêmes missions.

### Article 3 - Principes :

Le Comede remplit ses missions dans un esprit de solidarité avec les exilés, sans distinction de nationalité, d'origine, d'opinion, de religion, de sexe et d'orientation sexuelle.

### Article 4 - Charte :

La présente charte définit l'éthique de l'Association vis à vis des personnes envers lesquelles elle agit, ainsi que les modalités d'action envisagées.

Tous les membres de l'association, à quelque titre que ce soit, sont liés par cette charte et devront s'y conformer, tant au niveau de leur action que de leur prise de parole au nom de l'Association.

1. Dans le cadre des activités de soin, il devra être apporté une attention particulière aux conséquences de la répression, de la torture et des traitements inhumains, cruels ou dégradants, des violences liées au genre et de toutes les formes de violence ;

2. Dans le cadre des activités de soutien, il devra être apporté une attention particulière aux difficultés inhérentes à l'exil et au parcours d'intégration ;

3. Considérant que la problématique des consultants forme un tout, les membres du Comede s'engagent à ne pas en stigmatiser un aspect particulier ;

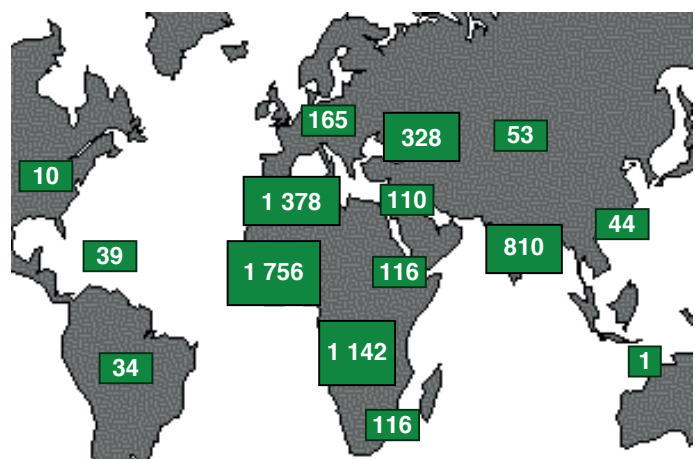
4. Le Comede travaillera en étroite collaboration avec les organismes d'accueil des exilés et de défense des droits humains à l'échelon national et international. Il participera par ailleurs à l'échange d'informations médicales, psychologiques, sociales et légales dans les limites déontologiques professionnelles.

5. Le Comede fera bénéficier de son expérience les professionnels de la santé et du secteur social par le biais de rencontres et publications.

6. Le Comede informera l'opinion publique dans l'intention de promouvoir la reconnaissance aussi large que possible de la problématique de l'exil.

Quelles que soient la situation de vulnérabilité sociale et la précarité du statut administratif, les personnes accompagnées par le Comede vivent en premier lieu **l'expérience de l'exil**, ce qui signifie une perte d'affection et de protection,

### Région d'origine des 6 365 personnes soutenues par le Comede en 2016



une perte de l'identité familiale, sociale, professionnelle et des repères culturels et affectifs. Dans ce contexte de vulnérabilité multiple, la demande de soins et de soutien de la part des exilés recouvre très souvent une demande de relation, de réparation et de reconnaissance, que les intervenants du Comede doivent prendre en compte au quotidien. Et que l'association a pour mission de relayer au moyen des actions de plaidoyer.

### SOUTIENS ET FINANCEMENTS

Les actions quotidiennes de l'association bénéficient de nombreux soutiens. L'ensemble des **prestations gratuites** représente la moitié du budget global du Comede. Ce budget « supplétif » intègre le bénévolat d'une partie de l'équipe, les locaux de Bicêtre et Avicenne (mise à disposition par l'APHP), les produits pharmaceutiques (voir Pharmacie page 39), les vaccins (ARS), les examens complémentaires du bilan de santé (Ville de Paris), les frais d'édition et de diffusion du Guide Comede et du Livret bilingue (Santé Publique France), ou encore une partie de l'interprétariat (DGS). Toutefois les frais incompressibles, en premier lieu les salaires, imposent de pouvoir compter sur des soutiens financiers dont la recherche et la gestion impliquent une importante charge de travail pour le service financier.

En 2016, le Comede a pu compter sur une **quarantaine de soutiens financiers** (voir ci-contre), en particulier le Fami (Asile 350 k€, Intégration 96 k€), les ARS d'Ile-de-France, de Guyane et de Paca (285 k€), la DGS (273 k€), le Service de l'asile (140 k€), Santé Publique France (80 k€), la Fondation de France (65 k€), la DAEEN (60 k€), la Ville de Paris (56 k€) et Sidaction (44 k€). Les produits des prestations (total 106 k€) sont issus des activités de formation ainsi que et remboursements des CPAM. L'exercice 2016 s'achève avec un résultat financier de +90 k€, pour un total de charges de 2,029 k€ (+9%) et un total de produits de 2,119 k€ (+11%). Les charges de salaires et d'interprétariat représentent 78% du total des charges. Les difficultés de trésorerie restent une préoccupation permanente, en raison des incertitudes sur le renouvellement de plusieurs subventions au cours du premier semestre de l'année et surtout des retards de versement des financements européens (Fami). Outre les frais bancaires engendrés par cette situation, l'association doit pouvoir régulièrement compter sur des prêts financiers, et continuer à renforcer les fonds associatifs en réalisant des excédents annuels.

Dans un contexte de réduction des subventions publiques, la capacité du Comede à renforcer ses ressources propres dans les prochaines années sera déterminante pour permettre la pérennité des actions menées par l'association. Le soutien des acteurs publics aux missions d'intérêt général du Comede reste indispensable, à côté des nouvelles recettes ou apports en mécénat qui le compléteront. Les seconds ne doivent pas se substituer au premier, mais bien permettre à l'association de consolider son modèle de développement afin de renouveler son expertise, et de penser des actions innovantes. Enfin, devant l'ampleur des besoins, le Comede doit également continuer à agir en partenariat avec l'ensemble des acteurs professionnels, associatifs et institutionnels préoccupés par la santé, l'accès aux soins et l'insertion des exilés, en conjuguant l'engagement humaniste et la rigueur professionnelle prescrits par les statuts de l'association.

### Financements 2016

En 2016, les activités du Comede ont été soutenues par des donateurs privés et :

- L'assistance publique des hôpitaux de Paris et les hôpitaux de Bicêtre et d'Avicenne
- Le ministère des Affaires sociales et de la Santé, Direction générale de la santé (DGS) et Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
- Le ministère de l'Intérieur, Service de l'Asile et Direction de l'accueil, de l'accompagnement des étrangers et de la nationalité (DAAEN)
- Le ministère de la Ville, de la Jeunesse et des sports, Fonds pour le développement de la vie associative
- L'Agence nationale de santé publique – Santé publique France (ANSP)
- Le Commissariat général à l'égalité des territoires
- Le Sénat et l'Assemblée nationale réserve parlementaire (cf. liste sur le site du Comede)
- Le Fonds européen asile, migration et intégration
- Les Agences régionales de santé d'Ile-de-France, de Provence-Alpes-Côte d'Azur et de Guyane
- La Direction régionale de la Jeunesse, des sports et de la cohésion sociale IDF (DRJSCS)
- Le Conseil régional d'Ile-de-France, Fonds régional pour le développement de la vie associative
- Le Conseil départemental du Val-de-Marne, Direction départementale de la cohésion sociale
- La Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF)
- La Caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne
- La Caisse de Sécurité sociale de Guyane
- La ville du Kremlin Bicêtre
- Sidaction, Ensemble contre le Sida
- La Fondation de France, la Fondation Abbé Pierre, la Fondation Sanofi Espoir, le Fonds transmission et fraternité
- Aides, le Barreau de Paris, le Secours catholique

### Donateurs et dons en 2016

Le Comede a perçu 212 dons et cotisations en 2016 pour un total de 28 231 €. Le montant médian est de 50 €, le montant moyen de 133 €. Le nombre de donateurs est de 165 personnes en 2016, dont 44 membres adhérents de l'association (27%).

## COMMUNICATION ET PLAIDOYER

www.comede.org

Les actions de **communication** du Comede sont largement développées dans le cadre du Centre-ressources (voir page 19). L'association organise deux fois par an des débats associatifs ouverts aux partenaires. En 2016, ces débats ont été consacrés à la question des camps d'étrangers en Europe (en janvier, au 104 à Paris, avec Migreurop) et en France (en juin 2016, à l'hôpital de Bicêtre avec Médecins Sans Frontières). En outre, les membres du Comede participent régulièrement à des initiatives associatives locales (notamment avec la Ville du Kremlin-Bicêtre) et nationales (en mars 2016 dans le cadre de la Semaine d'éducation et d'actions contre le racisme et l'antisémitisme).

Le nouveau **site internet du Comede** (voir infra) a été ouvert en décembre 2016. Ce site se divise en deux parties principales : des pages « chaudes » comprenant les nouvelles sous les rubriques *A la Une* et *Actualités*. Ces contenus incluent notamment les événements, manifestations et communications liés aux activités du Comede et de son réseau. Le site comprend, d'autre part, un ensemble de pages « froides » - ou fixes dans la durée - subdivisées

## Statistiques d'utilisation du site

Le site du Comede est doté d'un instrument permettant de mesurer sa fréquentation sur une semaine, un mois et trois mois. En mai 2017, il a enregistré **8 481 visites durant les 3 derniers mois** d'utilisation, dont plus des deux tiers (68%) sont des nouvelles visites. Les visites cumulées ont donné lieu à 83 269 consultations de pages, pour une moyenne de près de dix pages consultées par visite.

en six rubriques : *Qui sommes-nous ?*, *Les exilé.e.s*, *Nos activités*, *Nos publications*, *Accès au Comede* et *Nous soutenir*. L'objectif est de rendre le Comede plus accessible aux différents publics, qu'il s'agisse des patients/usagers, des spécialistes des questions de santé et/ou du droit des étrangers, ou encore d'un public plus large mobilisé par la cause de la santé et de l'accès aux soins des personnes migrantes. La rubrique *Nos publications* regroupe en archives téléchargeables l'ensemble des productions écrites du Comede depuis sa création. Le site dispose également d'un bouton d'entrées vers les trois principaux réseaux sociaux Facebook, Twitter et LinkedIn. La publication en ligne des actualités est aussitôt suivie d'une répercussion sur les deux premiers.



## Le Comede agit également dans le cadre de collectifs associatifs pérennes

- **L'Adfem** (Action et droits des femmes exilées et migrantes) est né en 2008 du regroupement du Graf (Groupe asile femmes) et du Comité contre la double violence, pour promouvoir le droit d'asile des femmes persécutées en tant que femmes et de lutter contre les violences qui leur sont faites. L'Adfem agit aussi pour en faveur de lois protégeant les femmes étrangères contre les violences en France, et pour une meilleure application effective de ces dispositions. <http://doubleviolence.free.fr/spip/>
- **L'Anafé** (Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers) a pour objectif de fournir une aide à caractère juridique et humanitaire aux étrangers maintenus dans les zones d'attente. De nombreux dysfonctionnements nécessitent l'intervention quotidienne de l'Anafé, qui dispose d'un droit de visite contingenté et revendique un accès permanent. Par ailleurs, une permanence téléphonique est accessible aux étrangers en difficulté à la frontière, et à leurs proches. L'association édite la lettre « Chronique de zone d'attente ». <http://www.anafe.org/>
- **La CFDA** (Coordination française pour le droit d'asile) veille à l'application effective du droit d'asile et des droits des demandeurs d'asile et des réfugiés. En février 2013, la CFDA a présenté son rapport intitulé « Droit d'asile en France : conditions d'accueil - Etat des lieux 2012 » où elle appelle à une réforme en profondeur de la procédure d'asile et du dispositif d'accueil des demandeurs d'asile. <http://cfda.rezo.net/>
- **Le Collectif Asile en Ile-de-France** a été créé en 2008 par Amnesty international, ACAT-France, Dom'Asile, le GAS, le Secours catholique, La Cimade, la CAFDA et le Comede. En 2012, le collectif a saisi le Défenseur des droits sur les pratiques des préfectures d'Ile-de-France contraires au droit d'asile, et une collaboration s'est engagée avec le DDD. Le collectif a également interpellé le Préfet de Seine-Saint-Denis sur les pratiques ayant cours dans ses services à l'égard des demandeurs d'asile.
- **Le Collectif pour le Droit à la Domiciliation** est constitué du Secours catholique, du CASP, de la FEP, de Dom'asile et du Comede, et fait suite à l'organisation des Etats Généraux pour la domiciliation en Ile de France en 2009. Il a pour objectif, d'une part, de promouvoir le principe d'un dispositif unique de domiciliation effectivement accessible par toutes les personnes ne pouvant justifier d'une adresse stable pour faire valoir leurs droits et, d'autre part, de défendre le droit pour toutes les personnes sans domicile stable d'utiliser une domiciliation administrative pour l'accès à leurs droits, aux prestations et aux services garantis par la loi.
- **Délinquants Solidaires** a été créé en 2009 pour dénoncer le fait que l'utilisation du *délit d'aide à l'entrée, à la circulation et au séjour des étrangers en situation irrégulière*, censé lutter contre l'exploitation des étrangers, était détourné de sa fonction première. En effet, les personnes venant en aide aux étrangers sans demande de compensation financière se voyaient elles aussi inquiétées par la police ou condamnées. En 2012, une mobilisation associative a permis que le « délit de solidarité » soit supprimé de la loi. Pourtant, les personnes portant secours à des étrangers continuent à être poursuivies pour des raisons diverses (délits d'outrage à des agents de police, suspicion de dédommagement financier, atteinte à l'hygiène ou la sécurité de locaux...). En 2016, constatant une aggravation de ce phénomène, certaines associations solidaires du sort des migrants les plus démunis ont décidé de reconstituer ce collectif, par le biais de diverses actions publiques. <http://www.delinquantssolidaires.org/>
- Le réseau **Humapharma**, fondé en juin 2009 par Médecins du monde, le Comede, le Samu social et Médecins solidarité Lille, se préoccupe de tous les aspects de la distribution des produits de soin pour les structures humanitaires exerçant en France, dans le but de garantir aux personnes démunies l'accès aux produits de santé. Il vise à garantir aux personnes en situation précaire un accès optimal aux produits de santé, et agir auprès des pouvoirs publics et des organismes privés.
- **MOM** (Migrants Outre-mer) est un réseau associatif destiné à décrypter les réalités locales de l'immigration et faire valoir les droits des étrangers. MOM anime une liste de discussion électronique ouverte à tous et un site internet. <http://www.migrantsoutremer.org/>
- **L'ODSE** (Observatoire du droit à la santé des étrangers) a pour objectif d'analyser la réalité des droits à la protection maladie et à l'accès aux soins, ainsi que ceux liés au droit au séjour pour raison médicale et à la protection contre l'éloignement des étrangers malades. <http://www.odse.eu.org/>
- **L'OEE** (Observatoire de l'enfermement des étrangers) a été fondé en mai 2010 à l'initiative de 13 organisations (associations et syndicats) françaises actives dans le soutien aux étrangers, afin de porter le regard de la société civile sur le processus et les lieux de l'enfermement des étrangers. Il est né du constat d'un recours de plus en plus systématique à l'enfermement des étrangers en France. La charte de l'OEE dénonce « la banalisation de l'enfermement administratif et la pénalisation du séjour irrégulier comme mode de gestion des étrangers ». <http://observatoireenfermement.blogspot.fr/>

Les **publications** les plus téléchargées à partir du site sont le Guide Comede (1 549 fois au cours des 3 derniers mois), le Rapport d'activités et d'observation 2016 (746), le Livret de santé bilingue (336), l'outil *Tableau par nationalité* pour la protection des étrangers par les textes internationaux (210), le n°51 de Maux d'exil (*Bassins de vie, migrations et écologie*, 170), et les outils *Pour en finir avec le vocable PUMa CMU* (166) et *Accès aux droits sociaux et droits au séjour des citoyens de l'UE et des membres de leur famille* (136).

Le Comede est présent sur les trois **réseaux sociaux** Facebook, Twitter et LinkedIn concomitamment à l'ouverture de son site. L'utilisation des deux premières plateformes a jusqu'à présent été privilégiée pour la diffusion d'actualités et de nouvelles importantes, la troisième servant essentiellement à identifier l'organisation au sein d'un réseau professionnel. En mai 2017, la page Facebook du Comede compte 200 mentions « j'aime », émanant principalement de personnes issues du monde associatif et/ou engagées dans la défense des droits des migrants. L'annonce du débat associatif du Comede du 14 janvier 2017 – assorti de la projection du film *La mécanique des flux* au cinéma parisien La Clef, voir ci-contre – a atteint 724 personnes. Postée le 26 avril 2017, la publication téléchargeable de l'ODSE sur la nouvelle procédure *Etrangers malades* a, quant à elle, intéresse 711 internautes. Le récent appel à bénévoles pour l'Espace santé droit, publié le 16 mai, se situe en troisième position avec 474 personnes atteintes, suivi de l'appel à soutien en faveur du Comede (357) et du n°53 de Maux d'exil (*Cancers et combats multiples*, 306). Enfin, trois présentations de journées d'étude et de colloques passent le seuil des 200 internautes atteints. La page Twitter du Comede reçoit systématiquement les mêmes messages que sa page Facebook. Sur ce réseau social, l'efficacité des messages se lit dans le nombre d'impressions, autrement dit le nombre de fois qu'un tweet est apparu sur le flux d'actualités d'un internaute. La publicité de la page Twitter du Comede progresse au fil des abonnements (personnes suivies par le Comede) et abonnés

(personnes que le Comede suit) qu'elle recueille au fil du temps. En mai 2017, le compte du Comede totalise 167 abonnements et 92 abonnés. Ces chiffres l'identifient encore comme embryonnaire sur le réseau social.

Les membres du Comede interviennent au nom de l'association dans de nombreuses actions de **plaidoyer** pour la santé, l'accès aux soins et aux droits des exilés. Ces actions sont prioritairement conduites en partenariat avec les associations et acteurs du médico-social, notamment dans le cadre de collectifs pérennes (voir encadré page précédente), et portées dans les publications de l'association, dont les dossiers de Maux d'exil.

### GESTION ET PERSPECTIVES

L'association est gérée par un Conseil d'administration (CA) de 12 membres élus parmi les adhérent.e.s non salarié.e.s (voir composition page 10), avec une délégation de gestion auprès de la direction générale. Le CA se réunit au moins une fois par trimestre et davantage selon les besoins. Les membres de la direction assistent aux séances du CA. Lors de l'Assemblée générale annuelle, le rapport moral du président (voir page 17) est adopté par les membres de l'association.

En accord avec les statuts du Comede, les actions de l'association sont conduites en priorité pour les personnes et groupes les plus vulnérables sur le plan médical, psychique et/ou social (voir Etat de santé page 71), toujours selon des principes de subsidiarité par rapport aux services « de droit commun » et de complémentarité avec les acteurs professionnels et associatifs. Ces actions doivent également privilégier une approche globale et pluridisciplinaire de la santé des exilé.e.s dans ses dimensions médicale, psychologique, sociale et juridique. Compte-tenu de l'ampleur des besoins non couverts dans le domaine de soins et de l'accompagnement des migrants, le développement nécessaire des actions du Comede repose sur le développement des ressources financières ainsi

que du recours au bénévolat, qui progresse régulièrement au cours des dernières années.

A l'avenir, le Comede doit pouvoir pérenniser et diversifier les actions des dispositifs existants, et développer le projet d'accueil de jour pour les femmes ainsi que les actions entreprises dans le cadre du Centre-ressources dans certaines régions d'accueil prioritaire des migrants, comme en PACA et en Guyane à la demande des Agences régionales de Santé, en région Grand-Est à la demande du Corevih, ou en Auvergne-Rhône-Alpes avec l'équipe du Comede Loire ■

### **Le Comede Loire**

*Comede Loire, 14 rue de la Résistance,  
42000 Saint-Etienne, mél [comede42@laposte.net](mailto:comede42@laposte.net)*

Les actions du Comede en région Auvergne-Rhône-Alpes ont été renforcées depuis 2012 à l'initiative d'un groupe d'acteurs médico-sociaux en lien avec le Comede et impliqués dans les actions de santé des exilés dans les départements de la Loire et du Puy-de-Dôme. Fondée en juillet 2012 à Saint-Etienne, l'association Comede Loire (ou Comede 42) a adopté les statuts du Comede, dont elle est membre de droit du Conseil d'administration. Le Comede Loire a ouvert en avril 2017 une permanence de d'accueil, d'écoute et d'orientation animée deux demi-journées par semaine par une équipe de bénévoles infirmier.e.s.



## Rapport moral du Comede

Année 2016, Assemblée générale 2017

L'année 2015 avait été celle dite de la crise des réfugiés et des migrants, un million de personnes ayant, selon les chiffres officiels, franchi les frontières de l'Europe. À la suite de l'accord signé par l'Union européenne avec la Turquie qui, en échange d'une aide financière, de promesses de visas pour les citoyens turcs et de l'accueil de quelques dizaines de milliers de demandeurs d'asile syriens par les pays européens, acceptait de couper le passage vers la Grèce, de reprendre les personnes refoulées et d'ouvrir des camps sur son territoire, les déplacements de population vers l'Europe se sont fortement réduits en 2016, puisqu'on estime à 360 000 le nombre de nouvelles entrées. Mais la politique d'externalisation de la gestion des populations fuyant leur pays ne s'est pas limitée à cette convention et d'autres négociations ont été engagées, notamment avec la Libye, pour l'interception des bateaux au large de ses côtes et le confinement des candidats à l'asile et à l'immigration. Dans ces conditions, la traversée de la Méditerranée, tant par l'est que surtout en provenance du sud, est devenue plus dangereuse, et l'année 2016 a le triste record des personnes décédées en mer, avec au moins 4 900 victimes, pour un total estimé à 30 000 depuis 2000.

Lorsqu'on indique des chiffres de réfugiés en Europe, souvent avec une tendance à l'exagération et à la dramatisation, il importe toujours d'en prendre la mesure en les situant dans une perspective internationale. Le Haut-Commissariat aux Réfugiés estime qu'il y a 65 millions de personnes déplacées dans le monde, dont 21 millions de réfugiés, c'est-à-dire de déplacés hors de leurs frontières, ce qui représente une augmentation de 55 % au cours des quatre dernières années, en raison notamment de la guerre en Syrie. La très grande majorité d'entre eux sont en Asie et en Afrique, où se trouvent les cinq pays qui en accueillent le plus : la Turquie, le Pakistan, le Liban, l'Éthiopie et la Jordanie. Le million de réfugiés arrivés en Europe représente 0,2 % de la population. Le million de réfugiés arrivés au Liban représente 20 % de la population, soit 100 fois plus en proportion.

Dans un contexte où elles sont rares, il faut noter la bonne nouvelle des chiffres de l'asile en 2016 en France : 28,8 % des personnes qui ont déposé une demande ont obtenu un statut de réfugié ou une protection subsidiaire de l'Ofpra, Office français de protection des réfugiés et des apatrides, ce chiffre s'élevant à 38,1 % lorsqu'on prend en compte les décisions positives de la CNDA, Cour nationale du droit d'asile, pour les personnes ayant fait appel d'un refus. Il faut se souvenir que le taux de reconnaissance par l'Ofpra était descendu à moins de 8 % au milieu de la première décennie 2000 et qu'à cette époque les taux d'annulation par la CNDA étaient autour de 15%. Ces chiffres avaient augmenté depuis lors, mais les résultats récents sont les plus élevés depuis 25 ans. Il faut cependant les relativiser en prenant en compte deux éléments importants : premièrement, une partie importante, quoique non comptabilisée, de potentiels demandeurs d'asile n'ont pas la possibilité de déposer un dossier, étant refoulés à la frontière ou dissuadés de le faire ; deuxièmement, un nombre également non communiqué de dossiers est traité en procédure prioritaire, parce qu'on estime le pays de provenance sûr, et ne fait pas l'objet d'un examen ou d'un comptage.

À côté de cette amélioration, il faut relever le durcissement dans les politiques et les pratiques en matière d'immigration, avec de nombreux éléments relevés dans le très complet rapport du Défenseur des Droits. Qu'il s'agisse de délivrance de visas ou de refoulement aux frontières, de titres de séjour ou de mesures d'éloignement, les atteintes aux droits fondamentaux se multiplient. Autre phénomène préoccupant, la pénalisation croissante des étrangers par l'alourdissement considérable des sanctions pour notamment l'usage de faux documents ou le séjour en zone portuaire.

Pour ce qui est plus spécifiquement de la santé, plusieurs points doivent être signalés. L'Aide médicale de l'État, procédure quasiment spécifique des étrangers en situation irrégulière, est constamment

fragilisée, se trouvant contestée au niveau politique et mal appliquée dans les pratiques des caisses d'assurance maladie, tout en n'offrant qu'une protection moindre que le système général. La Sécurité sociale pour les étrangers en situation régulière présente aussi de nouvelles restrictions et de nouveaux obstacles. Enfin, les hôpitaux publics et surtout les praticiens du secteur libéral continuent de pratiquer des refus de soins plus ou moins ouvertement exprimés.

Dans ce contexte globalement peu favorable, l'activité du Comede est particulièrement importante. Au cours de l'année 2016, on a compté près de 11 000 consultations et plus de 7 000 réponses à des appels téléphoniques. Ces chiffres indiquent une augmentation modérée par rapport aux années précédentes, tandis que le nombre de bénéficiaires reste stable, ce qui correspond probablement au fait que les dossiers sont plus complexes et demandent des prises en charge plus étroites. Parallèlement, le nombre de publications et de formations s'accroît, cependant que celui des enseignements et interventions baisse. Parmi les éléments les plus intéressants, il faut souligner que l'extension géographique de l'association se poursuit, puisqu'en plus des sites du Centre de santé de Bicêtre, de l'Espace santé droit d'Avicenne, du Comede Marseille/Région Provence Alpes Côte d'Azur et du Comede Saint-Etienne/Région Auvergne Rhône Alpes, une amorce de projet collaboratif est en cours en Guyane avec des perspectives prometteuses.

L'association continue par ailleurs d'être impliquée dans plusieurs réseaux très actifs, à savoir l'ODSE, Observatoire du droit à la santé des étrangers, la CFDA, Coordination française pour le droit d'asile, l'OEE, Observatoire de l'enfermement des étrangers, l'Anafé, Association nationale aux frontières pour les étrangers, et l'Adfem, Action pour les droits des femmes exilées et migrantes. En particulier, le Comede a joué un rôle important dans la phase de transition délicate de l'Anafé, en assurant une coprésidence de cette association. Il faut toutefois déplorer la poursuite de la répression de l'assistance aux personnes étrangères et exilées par les pouvoirs publics. Cette répression concerne des individus, notamment dans la Vallée de la Roya, et aussi des associations. Il faut cependant insister sur la forte mobilisation au niveau national contre le « délit de solidarité ».

Pour terminer, il faut, au nom du Conseil d'administration, féliciter toutes les personnes, salariées ou bénévoles, qui œuvrent dans les divers sites de l'association, donnent de leur temps et de leur énergie, partagent leurs compétences et leurs enthousiasmes, au service d'une cause essentielle : celle des exilés. Que tous, médecins, infirmiers, psychologues, juristes, assistants sociaux, personnels administratifs, agents d'accueil et de permanence, et bien sûr directeurs, soient remerciés pour leur engagement.

Didier Fassin, président, 3 juin 2017



## Le Centre-Ressources national

**Information, formation et recherche** destinées aux acteurs de la santé des exilés en France : les actions du Centre-ressources constituent la moitié de l'activité globale du Comede. Elles reposent sur l'expérience de l'équipe opérationnelle - salariés et bénévoles - en matière de soins et d'accompagnement des personnes (voir chapitres suivants). Le Centre-ressources participe aux activités de **soutien** pour les migrants/étrangers en situation de vulnérabilité, soit directement par le biais des permanences téléphoniques, soit indirectement via les activités d'information, de formation et publication (Guide Comede, Livrets de santé bilingues et revue Maux d'exil).

Le Centre-ressources gère également le dispositif **d'observatoire** de la santé, de l'accès aux soins et de l'accès aux droits des exilés, contribuant directement au recueil de données par le biais des permanences téléphoniques, en complément des données recueillies au Centre de santé et à l'Espace santé droit. La diversité des problèmes pour lesquels le Comede est sollicité permet en effet une mise à jour régulière des informations utiles à la qualité de la prise en charge médico-psycho-sociale à conduire. La lutte contre l'exclusion et les discriminations passe par un accueil et un suivi facilités dans les dispositifs « de droit commun », et réclame en outre des conditions favorables de soins et d'accompagnement, en premier lieu avoir le temps d'écouter les patients, et si besoin avec un interprète professionnel. Il est également nécessaire de disposer d'une information sur les aspects sociologiques et juridiques de l'exil et des besoins de protection, et de s'appuyer sur des données d'épidémiologie médicale, psychologique et sociale régulièrement mises à jour.

Les activités du Centre-ressources impliquent l'ensemble de l'équipe opérationnelle, incluant un investissement particulièrement important des référents thématiques.

### PERMANENCES TELEPHONIQUES (PT) ET CARACTERISTIQUES DES APPELS

Outre les permanences téléphoniques effectuées dans le cadre du Centre de santé (voir page 33), et de l'Espace santé droit (voir page 45), le Comede assure une permanence téléphonique nationale sur trois numéros dédiés aux usagers et partenaires :

▪ **Permanence téléphonique Socio-Juridique** au 01 45 21 63 12, du lundi au vendredi de 9h30 à 12h30 : soutien et expertise pour l'accès aux soins, les procédures d'obtention d'une protection maladie, les dispositifs de droit au séjour pour raison médicale, et les autres prestations liées à l'état de santé des étrangers ;

### Géographie du Centre-ressources

voir tableau page suivante

Les activités du Centre-ressources du Comede sont particulièrement sollicitées dans les principales régions de résidence des exilés : **Ile-de-France** (60% des appelants des permanences téléphoniques, 57% des lecteurs de Maux d'exil, 46% des utilisateurs du Guide Comede, 43% des utilisateurs du Livret bilingue), **PACA** (19% PT, 7% Guide), **Occitanie** (6% PT, 6% Guide), **Auvergne & Rhône-Alpes** (4% PT, 7% Maux d'exil, 7% Guide, 10% Livrets), **Grand-Est** et **Guyane**, avec les programmes de formation dédiés (voir page 25).

Les actions sont développées depuis les locaux du Comede à **Bicêtre** (siège de l'association et Centre de santé), ceux de l'Espace santé droit à **Avicenne** (partenariat opérationnel avec la Cimade), ainsi que les bureaux mis à disposition du Comede à **Marseille** (partenariat institutionnel avec Espace).

### Principaux indicateurs d'activité 2016

- 7 183 appels traités dans le cadre des permanences téléphoniques (2 566 PT NAT, 1 470 ESD et 3 149 CDS),
- 3 397 personnes soutenues dans le cadre des PT,
- 111 demi-journées de formation professionnelle et 10 séances d'enseignement,
- 24 interventions publiques et 42 groupes experts,
- 36 publications spécialisées, dont la revue Maux d'exil, et 19 notes pratiques.

■ **Permanence téléphonique Médicale** au 01 45 21 38 93, du lundi au vendredi, de 14h30 à 17h30 : soutien et expertise relatifs aux soins

médicaux, à la prévention, aux bilans de santé, et aux aspects médico-juridiques pour le droit des étrangers ;

■ **Permanence téléphonique Santé Mentale** au 01 45 21 39 31, mardi et jeudi de 14h30 à 17h30 : soutien et expertise pour l'orientation et l'accès aux soins en santé mentale. Information et partage d'expérience sur les questions relatives à la clinique de l'exil et au droit au séjour pour raison médicale.

**Région et départements de résidence et d'intervention des utilisateurs du Centre-ressources**

Régions	PT Nat.	Maux d'exil	Guide Com. <sup>1</sup>	Livret Bil. <sup>2</sup>
Ile-de-France	60%	57%	46%	43%
75-Paris	23%	28%	15%	17%
77-Seine-et-Mar.	3%	2%	1%	1%
78-Yvelines	3%	2%	<1%	2%
91-Essonnes	3%	3%	1%	2%
92-Hauts-de-Sei.	5%	4%	2%	3%
93-Seine-St-De.	10%	9%	14%	11%
94-Val-de-Marne	9%	7%	11%	4%
95-Val-d'Oise	3%	2%	1%	3%
PACA	19%	5%	7%	6%
06-Alpes-Mariti.	1%	1%	1%	3%
13-Bouches-d-R.	17%	3%	5%	2%
83-Var	1%	1%	<1%	<1%
84-Vaucluse	1%	<1%	1%	<1%
Occitanie	6%	4%	6%	4%
31-Haute-Garon.	1%	1%	1%	1%
34-Herault	4%	1%	1%	1%
Auv. & Rhône-A.	4%	7%	7%	10%
26-Drôme	<1%	1%	1%	3%
38-Isere	1%	1%	1%	3%
42-Loire	<1%	1%	1%	1%
69-Rhône	2%	2%	2%	4%
Autres régions	11%	27%	54%	51%
Bourgogne-F.-C.	2%	2%	2%	2%
71-Saône-et-Loir	1%	<1%	<1%	1%
89-Yonne	1%	<1%	<1%	1%
Bretagne	1%	3%	3%	2%
35-Ile-et-Vilaine	1%	1%	1%	1%
Centre-Val-de-Loi.	1%	2%	6%	2%
45-Loiret	1%	<1%	<1%	1%
Corse	<1%	<1%	<1%	<1%
Grand Est	2%	4%	4%	8%
54-Meurt.-et-M.	<1%	1%	1%	2%
67-Bas-Rhin	<1%	1%	1%	3%
Hauts-de-France	1%	4%	8%	4%
59-Nord	<1%	2%	5%	2%
Normandie	1%	2%	4%	4%
76-Seine-Mariti.	1%	1%	1%	2%
Nouv. Aquitaine	1%	5%	3%	2%
33-Gironde	<1%	1%	1%	2%
Outre-Mer	<1%	2%	1%	6%
973-Guyane	<1%	1%	<1%	4%
Pays-de-la-Loire	1%	3%	3%	3%
44-Loire-Atlanti.	1%	1%	1%	2%
Effectif	2067	5021	25002	1,17 M

1 Commandes Guide 2015 2 Diffusion globale Livret 2006

Au total, les répondants du Comede ont traité **7 183 appels en 2016**, dont 2 566 dans le cadre des permanences téléphoniques nationales (PT NAT) et 1 470 PT de l'Espace santé droit, pour lesquelles sont caractérisées les personnes concernées (voir page 23), ainsi que 3 149 PT du Centre de santé, sans précision des caractéristiques et du nombre des personnes concernées (voir infra).

Les **2 566 appels des PT nationales** (dont 15% de méls traités dans le cadre de la sollicitation des PT), en augmentation de 22% par rapport à 2015, se répartissent en 1 522 PT socio-juridiques (59%), 894 PT médicales (35%) et 150 PT santé mentale (6%). Les appels proviennent principalement (voir tableau ci-contre) des **régions** Ile-de-France (60%, dont Paris 23%), PACA (19%, dont Bouches-du-Rhône 17%), Occitanie (6%) et Auvergne-Rhône-Alpes (4%). A noter que 6% des bénéficiaires des appels résident à l'étranger.

Le profil des appelants diffère significativement selon le type de permanence (voir tableau page suivante). **Les appelants** des PT nationales sont pour près de la moitié des particuliers (48%, dont 25% sont les personnes concernées, 16% un membre de la famille et 7% un proche), les autres appels émanant des associations (23%, dont Cimade 4%), services de santé (12%, dont hôpital 9%), et services publics (12%, dont assistantes sociales 5%). La part des particuliers est plus importante parmi les appelants de l'Espace santé droit (72%) et du Centre de santé (plus de 90%).

2016	PT NAT	PT ESD	PT CDS
------	-----------	-----------	-----------

### Profil des appelants

Associations de soutien	23%	15%
Aides	2%	<1%
Cimade	4%	7%
Gisti	1%	<1%
Médecins du Monde	2%	<1%
Points d'appui 13	2%	-
Secours catholique	1%	<1%
Avocats et tribunaux	5%	<1%
Collectifs	1%	<1%
Particuliers	48%	72%
Ami, proche	7%	6%
Famille	16%	24%
Personne concernée	25%	42%
Services publics	12%	5%
AS Ville	5%	2%
Cada	2%	1%
CHRS	2%	1%
CRA	1%	<1%
Services de santé	12%	8%
Consultations psy.	1%	<1%
Hôpital hors PASS	8%	7%
Hôpital PASS	1%	-
Médecin ville	1%	<1%
<b>Effectifs</b>	<b>2566</b>	<b>1470</b>

### Type des demandes

Droit au séj. raison méd.	53%	76%
Personne concernée	53%	57%
Parent enfant malade	nc	17%
Acc majeur de malade	nc	2%
Accès aux soins et PM	33%	29%
Soins médicaux et PM	30%	15%
Santé mentale	3%	-
Autre info & soutien	39%	23%
Demande d'asile	3%	-
Soutien social autre	16%	11%
Droit au séjour autre	15%	12%
Médico-psychologique	5%	-
<b>Effectifs</b>	<b>2566</b>	<b>1470</b>

### Orientation au terme de l'appel

Associations de soutien	21%	17%	86%
Cimade & ESD	2%	6%	<1%
Comede CDS	3%	1%	74%
Comede CR & PT nat	9%	7%	11%
Avocats et tribunaux	2%	1%	<1%
Services publics	4%	6%	1%
Préfecture	1%	3%	<1%
Sécurité sociale	1%	1%	<1%
Services de santé	14%	16%	6%
Hôpital & PASS	9%	15%	3%
Médecine ambulatoire	2%	<1%	2%
<b>Effectifs</b>	<b>2566</b>	<b>1470</b>	<b>3149</b>

**Les demandes** portent sur le droit au séjour pour raison médicale (53% des appels des PT nationales et 76% pour la PT ESD, voir détail des situations page 46), des questions d'accès aux soins et à la protection maladie (33% national, 29% ESD), de soutien et protection sociale (19% national, 11% ESD), droit au séjour pour autre motif (15% national, 12% ESD), et d'orientation médico-psychologique (5% national).

Le **soutien** développé dans le cadre des permanences téléphoniques conduit à suivre certaines situations pendant plusieurs semaines. Ainsi dans le cas des PT nationales, 20% des appels traités en 2016 correspondaient à de nouveaux appels pour les mêmes personnes (9% pour l'ESD). Outre le temps de réponse lors de l'appel, le temps de travail pluridisciplinaire dédié au suivi des situations est également très important après les appels : cela concerne 36% des appels de la PT nationale.

Lorsqu'il est proposé une **orientation** au terme de la réponse téléphonique (dans 33% des cas pour les PT NAT, 35% pour la PT ESD et 94% pour la PT CDS), celle-ci se fait principalement vers les associations de soutien (86% CDS, 21% national, 17% ESD), les services de santé (16% ESD, 14% national) et les services publics (6% ESD).

### PERMANENCES TELEPHONIQUES NATIONALES, HOMOGENEITE ET PARTICULARITES

En dépit de leurs différences d'affichage (répondants socio-juridiques, médecins et psychologues), les 3 permanences téléphoniques nationales présentent une certaine homogénéité en ce qui concerne la typologie des appelants, des demandes, et, dans une moindre mesure, des orientations proposées au terme de l'appel. Le choix des appelants de solliciter telle ou telle permanence est en effet largement déterminé par le statut professionnel du répondant, ainsi que des compétences précises attendues. Il existe toutefois des particularités propres à chaque

permanence :

▪ **La PT Socio-juridique** est davantage sollicitée par les services de santé (15% vs 12% du total des PT nationales), les assistantes sociales (7%), Médecins du monde (4%) et les points d'appui 13 (3%). On observe également une proportion importante de demandes dans le champ de l'accès aux soins et à la protection maladie (31%), du soutien social et de l'accès aux prestations liées à l'état de santé (24%), et du droit au séjour pour autre motif de vie privée et familiale (20%).

▪ **La PT Médicale** est davantage sollicitée par les particuliers (56% vs 48% du total), la Cimade (7%), ainsi que les Centres de rétention administrative (CRA, 3%). On observe une proportion plus importante de demande d'évaluation en matière de droit au séjour pour raison médicale (65%), d'accès aux soins (32%), de conseil dans le champ de la demande d'asile (4%), ainsi que d'orientation vers les hôpitaux et PASS (19%).

▪ **La PT Santé mentale** est davantage sollicitée par les associations (27% vs 23% du total), les Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada, 8%), les Consultations psychologiques (3%) et les médecins de ville (3%). On observe une proportion importante de demande spécifique d'accès aux soins de santé mentale (43%), ainsi que d'information et conseil en matière de soins psychothérapeutiques (26%). La répartition des orientations proposées au terme de l'appel est très spécifique de cette permanence, vers le droit commun (notamment 20% CMP et 7% consultations déssectorisées), les associations spécialisées dans le domaine de la santé mentale des exilés (Elan retrouvé 3%, Epec 3%) et la médecine ambulatoire (7%).

## Détail des 3 PT Nationales

	TOT	PT SJ	PT MED	PT PSY
Effectifs	2566	1522	894	150

## Profil des appelants

Associations de soutien	23%	22%	23%	27%
Aides	2%	2%	1%	-
Cimade	6%	2%	7%	9%
France terre d'asile	<1%	<1%	<1%	3%
Gisti	1%	1%	-	-
Médecins du Monde	2%	4%	1%	-
Points d'appui 13	2%	3%	1%	-
Secours catholique	1%	<1%	1%	3%
Avocats et tribunaux	5%	5%	3%	2%
Collectifs	1%	1%	<1%	-
Particuliers	48%	44%	56%	40%
Ami, proche	7%	7%	6%	8%
Famille	16%	15%	18%	5%
Personne concernée	25%	21%	31%	22%
Services publics	12%	13%	9%	18%
AS Ville	5%	7%	1%	2%
Cada	2%	1%	2%	8%
CHRS	2%	3%	1%	3%
CRA	1%	<1%	3%	1%
Services de santé	12%	15%	6%	13%
Consultations psy.	1%	<1%	1%	3%
Hôpital hors PASS	8%	12%	2%	5%
Hôpital PASS	1%	1%	2%	-
Médecin ville	1%	1%	1%	3%

## Type des demandes

Droit au séj. raison méd.	53%	48%	65%	28%
Accès aux soins et PM	33%	31%	33%	46%
Soins médicaux et PM	30%	31%	32%	3%
Santé mentale	3%	<1%	1%	43%
Autre info & soutien	39%	46%	22%	32%
Demande d'asile	3%	1%	4%	1%
Soutien social autre	16%	24%	4%	4%
Droit au séjour autre	15%	20%	6%	10%
Médico-psychologique	5%	1%	8%	26%

## Orientation au terme de l'appel

Associations de soutien	21%	17%	24%	36%
Cimade & ESD	2%	3%	4%	2%
Comede CR & CDS	12%	8%	19%	9%
Elan retrouvé	<1%	-	-	3%
Epec	<1%	-	-	3%
Avocats et tribunaux	2%	1%	2%	-
Services publics	4%	4%	4%	<1%
Services de santé	14%	5%	26%	38%
CMP, CMPP, CPOA	<1%	<1%	1%	20%
Cons. déssectorisées	<1%	-	-	7%
Hôpital & PASS	9%	4%	19%	4%
Médecin ville	2%	<1%	4%	7%

NB : le pourcentage de chaque réorientation est calculé par rapport au total des appels

## Personnes soutenues par les Permanences téléphoniques (nationales et ESD)

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE SELON LA REGION D'ORIGINE

2016 Région d'origine	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18- 59	≥60 ans	Total	<18 ans	18- 59	≥60 ans	Total	<18 ans	18- 59	≥60 ans
Afrique australe	86	3%	6	57	23	31	1	22	8	55	5	35	15
Afrique centrale	493	15%	23	415	55	261	11	228	22	232	12	187	33
Afrique de l'Est	40	1%	1	38	1	31	1	29	1	9		9	
Afrique du Nord	1203	35%	112	833	258	622	72	430	120	581	40	403	138
Afr. de l'Ouest	933	27%	48	813	72	602	28	541	33	331	20	272	39
Amér. du Nord	9	<1%		5	4	2			2	7		5	2
Amér. du Sud	31	1%	2	21	8	10	2	5	3	21		16	5
Asie centrale	30	1%	3	26	1	19	1	18		11	2	8	1
Asie de l'Est	19	1%	1	15	3	10	1	7	2	9		8	1
Asie du Sud	88	3%	1	80	7	76	1	69	6	12		11	1
Caraïbes	26	1%	2	17	7	14		8	6	12	2	9	1
Europe de l'Est	226	7%	22	176	28	128	16	103	9	98	6	73	19
Europe de l'Ou.	145	4%	12	111	22	79	6	61	12	66	4	50	10
Moyen-Orient	67	2%	4	57	6	45	2	40	3	22	4	17	3
Inc. & apatrides	1	<1%		1						1		1	
<b>Total</b>	<b>3397</b>	<b>100%</b>	<b>237</b>	<b>2665</b>	<b>495</b>	<b>1930</b>	<b>142</b>	<b>1561</b>	<b>227</b>	<b>1467</b>	<b>95</b>	<b>1104</b>	<b>268</b>

NB : 3 397 personnes concernées par les 4 036 appels des PT nationales et ESD en 2016, soit 84%. Voir méthodologie en Annexe.

### PERMANENCES TELEPHONIQUES, CARACTERISTIQUES DES PERSONNES SOUTENUES

Au total, les répondants ont pu caractériser la situation de **3 397 bénéficiaires des appels téléphoniques en 2016**, dont 1 467 femmes (43%), 495 migrants âgés ≥60 ans (15%), 237 enfants mineurs <18 ans (7%) et 150 demandeurs d'asile (4%, voir tableau page suivante). Ces personnes sont originaires de 101 pays (voir détail des nationalités page 60), principalement d'Afrique du Nord (35%), d'Afrique de l'Ouest (27%), d'Afrique centrale (15%), d'Europe de l'Est (7%) et d'Europe de l'Ouest (4%). Les personnes soutenues par les **permanences téléphoniques nationales** (voir tableaux infra) sont âgées de 36 ans en moyenne, et récemment arrivées en France

(moyenne 6 ans et médiane 1,5 an lors des appels 2016). Les deux tiers des personnes concernées étaient atteintes d'une ou plusieurs maladies graves et/ou chroniques (voir Etat de santé page 78). Près d'un quart avaient effectué par le passé une demande d'asile, et plus d'un quart une demande de titre de séjour pour raison médicale. Il apparaît certaines différences significatives entre les 3 PT nationales : les femmes sont plus nombreuses parmi les bénéficiaires des PT SJ (48%), et les personnes atteintes d'une maladie grave plus nombreuses pour les PT Médicales (85%). Les appels de la PT SJ concernent de nombreuses personnes plus récemment arrivées en France (médiane 1 an). Les personnes ayant demandé l'asile constituent près de la moitié des bénéficiaires de la PT Santé mentale.

### Personnes soutenues par les Permanences téléphoniques nationales

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, DETAIL POUR LES 3 PT NATIONALES

2016	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. Grave	ATCD asile	ATCD dasem
PT SJ	906	44%	48%	37 ans	39 ans	1 an	5 ans	40%	15%	27%
PT MED	1010	49%	38%	35 ans	38 ans	1,5 an	7 ans	85%	26%	29%
PT PSY	145	7%	37%	32 ans	34 ans	1,5 an	3 ans	64%	47%	12%
<b>Total</b>	<b>2061</b>	<b>100%</b>	<b>42%</b>	<b>36 ans</b>	<b>38 ans</b>	<b>1,5 an</b>	<b>6 ans</b>	<b>64%</b>	<b>22%</b>	<b>27%</b>

## Personnes soutenues par les Permanences téléphoniques nationales

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, DETAIL PAR GROUPE VULNERABLE, PAR REGION D'ORIGINE ET PAR REGION DE RESIDENCE

2016	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. Grave	ATCD asile	ATCD dasem
Total	2061	100%	42%	36 ans	38 ans	1,5 an	6 ans	64%	22%	27%

### Groupes vulnérables

Malades	1316	64%	39%	35 ans	38 ans	1,5 an	3 ans	100%	22%	31%
Femmes	872	42%	100%	39 ans	41 ans	1 an	3 ans	59%	7%	26%
Agés≥60	272	13%	55%	66 ans	67 ans	<1 an	4 ans	63%	6%	20%
Mineurs<18	189	9%	38%	8 ans	8 ans	<1 an	1 an	72%	5%	15%
Dem. asile	150	7%	35%	32 ans	34 ans	1 an	1 an	50%	100%	5%

### Région d'origine

Afrique N.	688	33%	46%	38 ans	40 ans	1 an	3 ans	62%	1%	26%
Afrique O.	532	26%	37%	35 ans	36 ans	2 ans	3 ans	73%	27%	28%
Afrique C.	301	15%	48%	35 ans	37 ans	2 ans	3 ans	75%	38%	34%
Europe E.	177	9%	40%	38 ans	38 ans	2 ans	3 ans	62%	59%	40%
Europe O.	127	6%	43%	40 ans	41 ans	2 ans	5 ans	21%	2%	6%

### Région de résidence

Ile-de-Fra.	1295	63%	41%	36 ans	39 ans	1 an	3 ans	70%	22%	24%
PACA	292	14%	46%	37 ans	38 ans	2 ans	4 ans	38%	24%	32%
Occitanie	92	4%	37%	35 ans	37 ans	2 ans	4 ans	37%	13%	29%

On constate également des différences selon les groupes vulnérables ainsi que par région d'origine et de résidence (voir tableau ci-dessus). Les migrant.e.s âgé.e.s résident en France depuis plus longtemps, alors que les mineur.e.s et les demandeurs d'asile sont plus récemment arrivés en France. Les femmes représentent plus de la moitié des migrant.e.s âgé.e.s, et la moitié des personnes originaires d'Afrique centrale et d'Afrique du Nord. Les migrants d'Afrique de l'Ouest sont les plus jeunes, ceux d'Europe de l'Ouest les plus âgés. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et d'Europe de l'Est sont plus souvent atteintes de maladie grave que les autres. On observe enfin une proportion plus importante de personnes ayant demandé l'asile parmi les ressortissants d'Europe de l'Est et d'Afrique centrale. S'agissant de la région de résidence, les personnes vivant en Ile-de-France déclarent davantage de maladies graves, et celles résidant en régions PACA et Occitanie résident en France depuis plus longtemps lors du recours au Comede.

### Maladies graves déclarées par les bénéficiaires des PT

PT nationales et ESD

2016	n	%
<b>Maladies chroniques</b>	<b>1562</b>	<b>68%</b>
Cancer	304	13%
Diabète	180	8%
Drépanocytose	54	2%
Handicap	97	4%
Insuffisance rénale	66	3%
Maladies cardio-vasculaire	204	9%
<b>Maladies infectieuses et p.</b>	<b>349</b>	<b>15%</b>
Infection par le VHB	168	7%
Infection par le VHC	76	3%
Infection par le VIH	78	3%
Tuberculose	14	1%
<b>Troubles psychiques</b>	<b>372</b>	<b>16%</b>
Total	2283	100%

Parmi les 2 283 maladies graves déclarées par les bénéficiaires des PT en 2016, les plus fréquentes sont les troubles psychiques (16%), les cancers (13%), les maladies cardio-vasculaires (9%), le diabète (8%), et l'infection par le VHB (7%), voir Epidémiologie page 78.



## FORMATION, ENSEIGNEMENT, GROUPES EXPERTS ET INTERVENTIONS PUBLIQUES

En 2016, les professionnel.le.s du Comede ont effectué **111 demi-journées de formation professionnelle** (+22% par rapport à 2015) pour une moyenne de 15 stagiaires par demi-journée. Ces stages de formation se sont inscrits dans divers cadres institutionnels, principalement°:

- Comede, stages nationaux à Bicêtre et Marseille, 18 demi-journées ; stage ARS IDF 1 demi-journée ;
- Corevih Alsace, 12 demi-journées à Strasbourg ;
- GPS & ARS Guyane, 14 demi-journées à Cayenne ;
- Espace : 12 demi-journées à Avignon, Marseille, Nice et Toulon ;
- Fnars : 17 demi-journées à, Dijon, Migennes et Marseille ;
- Gisti : 7 demi-journées à Paris.

Les membres du Comede ont également assuré **10 séances d'enseignement** pour les universités de Cayenne, Grenoble et Paris. Le temps consacré aux réunions et travaux des groupes experts d'information, de recherche et de plaider a continué de progresser face à l'aggravation de la situation des migrants. L'équipe du Comede est ainsi investie sur plus de **42 groupes et collectifs** (voir page 25). Enfin, les membres du Comede ont effectué **24 interventions publiques** en 2016 (voir page 25), au sein d'une grande diversité institutionnelle de décideurs, d'acteurs et de personnes concernées par la santé des exilés dans les domaines de la santé publique et des sciences humaines et sociales.

A Bicêtre, Avicenne et Marseille, le Comede accueille en outre des **stagiaires en formation** dans l'ensemble des services, et constitue un terrain de recherche pour des travaux et thèses de médecine, santé publique, sciences sociales et psychopathologie.

### Centre de formation

☎ 01 45 21 39 32, [contact@comede.org](mailto:contact@comede.org)

Dans le cadre du Centre de formation créé en 2005, les professionnel.le.s du Comede mettent à la disposition des stagiaires leur expertise de terrain, leurs connaissances pratiques et leurs savoirs théoriques.

Ces formations s'appuient sur une double expérience :

- celle de l'équipe pluridisciplinaire du Comede exerçant au sein des différents dispositifs d'accueil ;
- celle des référents du Centre-ressources qui développent des actions d'accompagnement des publics dans le cadre des permanences téléphoniques nationales, de recherche et de publications dont l'édition du Guide Comede en lien avec les partenaires régionaux et nationaux du réseau Comede.

Les intervenants en santé/social doivent faire face à une demande souvent associée de soins médico-psychologiques, d'accès aux soins, de prévention et de conseil médico-juridique de la part des migrants/étrangers en situation précaire. La grande fréquence des demandes de soutien social et juridique, plus ou moins explicites, justifie de connaître le contexte réglementaire dans lequel elles s'exercent.

Les formations visent particulièrement l'approche concrète des problèmes rencontrés selon des principes de soin et d'accompagnement validés par une pratique de terrain dont la pluridisciplinarité est le pivot. Le Centre de formation du Comede anime des sessions de formation autour des questions de santé, de soins et d'accompagnement médico-psycho-social des exilés. Ces sessions sont élaborées à la demande des professionnels du secteur médico-social ou de toute institution confrontée à ces questions.

Les formateurs sont à la fois des personnels qualifiés pour la transmission des savoirs et savoir-faire, et des praticiens expérimentés : médecins, psychothérapeutes, infirmiers, assistants sociaux, juristes, enseignants-chercheurs. Les services Médical, Social et juridique, ainsi que Psychothérapie et santé mentale du Comede proposent des formations adaptées pour les professionnels et intervenants associatifs des secteurs sanitaire, social, médico-social. Les participant.e.s peuvent ensuite bénéficier de l'appui des permanences téléphoniques du Comede pour mettre en pratique les apports de la formation.

*Le Comede exerce en tant qu'organisme de formation déclaré au titre de la formation professionnelle sous le n°11 94 06 770 94. Les formations du Comede font l'objet d'une convention précisant la durée de la formation, la qualité des intervenants les programmes détaillés ainsi que les tarifs.*

## Enseignement en 2016

- Cayenne, Enseignement post-universitaire, *Certification médicale et accès aux soins*, Sallé J., Revault P.
- Grenoble, DU Santé solidarité précarité, *Santé des exilés, épidémiologie et sciences sociales*, Revault P.
- Le Kremlin Bicêtre, DU Prise en charge des PVVIH, *Soins des personnes étrangères en France*, Revault P.
- Paris 1 IEDES, Migrations contemporaines, Enjeux en santé publique et Migrations et santé, 2 séances, Revault P.
- Paris 7 Diderot, DU Interprétariat médiation, *L'interprète dans la consultation de psychothérapie*, Wolmark L.
- Paris 7 Diderot, DU Interprétariat médiation, *Santé, accès aux soins et aux droits des exilés*, Petruzzi M.
- Paris 7 Diderot, DU Violences faites aux femmes, *Violences sexuelles et parcours migratoire*, Wolmark L.
- Paris 10 Nanterre, Master Sciences Po., *Figures des victimes de violence sexuelle*, 2 séances, Wolmark L.

## Formation professionnelle en 2016

111 demi-journées effectuées et 42 formations dans 15 villes pour 1674 stagiaires/demi-journée  
En moyenne 15 stagiaires par demi-journée. Nombre d'intervenants 10 au total, moyenne 1,3.

Ville	Cadre	Intitulé/Contenu	Intervenants x demi-journée	Demi-journ. 111	Stagi. x DJ 1674
15	41				
AVIGNON	Espace/Comede	Réforme de l'asile et protection sociale	Vallois E.	2	12
AVIGNON	Espace/Comede	Accès des étrangers aux droits sociaux	Demagny B.	2	18
BICETRE	Comede stage nat.	Accès aux soins et aux droits	Maille D., Maraval B.	12	20
BICETRE	Comede stage ARS	Accès aux soins et aux droits	Vallois E.	4	1
BOBIGNY	Avicenne/ESD	Protection maladie et réforme Puma	Maille D.	2	35
BOBIGNY	CPAM 93	Protection maladie et réforme Puma	Maille D.	2	14
CALAIS	MDM Littoral	Psy & interprétariat professionnel	Wolmark L.	1	12
CARCASSONNE	Cicade	Droits sociaux des citoyens UE	Demagny B.	2	15
CAYENNE	CGSS	Accès aux droits et protection maladie	Maille D., Sallé J.	1	20
CAYENNE	CGSS	Protection maladie des étrangers	Maille D.	4	11
CAYENNE	GPS & ARS	Accès aux soins, form. de formateurs	Maille D., Revault P.	8	11
CAYENNE	GPS & ARS	Accès aux soins, form. de formateurs	Maille D., Sallé J.	6	20
DIJON	Fnars Bourgogne	Droits sociaux des citoyens UE	Demagny B.	4	6
DUNKERQUE	MDM Littoral	Exil et santé mentale	Wolmark L.	2	19
DUNKERQUE	MDM Littoral	Exil et santé mentale	Wolmark L.	2	10
MARSEILLE	Comede stage nat.	Accès aux soins et aux droits	Demagny B, Crochet K	6	22
MARSEILLE	Espace/Comede	Droits sociaux des étrangers	Demagny B.	4	12
MARSEILLE	Fnars PACA	Droits sociaux des étrangers	Demagny B.	1	6
MARSEILLE	Fnars PACA APCM	Droits sociaux des étrangers	Demagny B.	4	19
MARSEILLE	Fnars PACA ARS	Droits sociaux des étrangers	Demagny B.	6	11
MARSEILLE	IPC	Droit à la santé des étrangers	Demagny B.	2	12
MARSEILLE	PASS Timone/Conc	Droit au séjour et étrangers malades	Sallé J.	1	20
MIGENNES	Fnars Bourgogne	Accès aux droits sociaux des étrangers	Demagny B.	2	10
MONTPELLIER	Cicade	Droits sociaux des citoyens UE	Demagny B.	2	10
NICE	Espace/Comede	Réforme de l'asile et protection sociale	Vallois E.	2	13
PARIS	AFEV	Santé et accès aux soins	Veïsse A.	1	15
PARIS	CAF	Introduction au droit des étrangers	Maille D.	2	8
PARIS	Emmaüs-FTDA-Ksq	Sensibilisation à la santé mentale	Wolmark L.	1	10
PARIS	Gisti/Comede	Démarches d'admission au séjour	Maille D.,	1	23
PARIS	Gisti/Comede	Démarches d'admission au séjour	Maille D., Crochet K.	1	24
PARIS	Gisti/Comede	Démarches d'admission au séjour	Crochet K.	2	14
PARIS	Gisti/Comede	Protection sociale des étrangers	Maraval B.	1	25
PARIS	Gisti/Comede	Protection sociale textes internationaux	Demagny B., Maille D.	2	50
PARIS	Médecins du monde	Droit de la santé des étrangers	Maille D., Sallé J.	2	15
STRASBOURG	Corevih Alsace	Aspects médico-juridiques	Veïsse A., Petruzzi M.	1	13
STRASBOURG	Corevih Alsace	Citoyens UE, séjour et prot. sociale	Maille D.	2	12
STRASBOURG	Corevih Alsace	Droit de la santé des étrangers	Maille D.	4	12
STRASBOURG	Corevih Alsace	Prot. sociale des demandeurs d'asile	Maille D.	1	12
STRASBOURG	Corevih Alsace	Protection sociale des étrangers	Maille D.	4	12
TOULON	Espace/Comede	Réforme de l'asile et protection sociale	Vallois E.	2	11

## Groupes experts en 2016

- ACT 94, Education thérapeutique, Vescovacci K.
- Adfem, Crochet K., Flitti Y.
- Anafé, Flitti Y., Veisse A.
- ARS DT 94, CLAT CHIC Tuberculose, Delbecchi G.
- ARS IDF, Pacours de soins et VHC, Revault P.
- ARS IDF, Praps, Rustico J., Wolmark L.
- ARS IDF, Santé mentale des migrants, Wolmark L.
- ASE 94 Mineurs étrangers isolés, Lefebvre O., Revault P.
- ASSAb Domiciliation, Vallois E., Demagny B.
- ASSAb Fnars ASV Marseille, Mutualisation, Sallé J.
- CHA, Victimes de violence sexuelle, Wolmark L.
- CFDA, Crochet K., Chemali A.-M., Revault P.
- Centre Hubert. Auclert, Femmes & violence, Wolmark L.
- Collectif Asile Ile-de-France, Crochet K. A AJOUTER
- Collectif Domiciliation, Demagny B., Maille D.
- Collectif Hépatites, Revault P., Polo Devoto J., Mongin C.
- Corevih Alsace, Accès aux soins, Maille D., Flitti Y.
- CPAM 93, Accès aux droits des étrangers, Maille D.
- Dases Hôp. St-Antoine, Bilan de santé, Revault P.
- Défenseur des droits, Comité santé, Maille D.
- Défenseur des droits, GT Dasem, Maille D., Lefebvre O.
- DGS, Comité de suivi hépatites, Revault P.
- DGS/DGCS/DSS/Cnam/PHI, Gütle M.-M.
- DRJSCS IDF, Femmes victimes de violence, Wolmark L.
- DSS, Groupe de suivi accès aux soins, Maille D.
- FAP IDF, Droits sociaux, Maraval B.
- FAP FNARS IDF, Comité de veille Dalo, Maraval B.
- FNCS, Jollet C., Rustico J.
- FNCS, Intercentres 94, Delbecchi G.
- FNHVIH, Comité de pilotage ETP, Vescovacci K.
- Fonds CMU, Comité de suivi associatif, Maille D.
- Groupe Egalité des droits sociaux, Maille D.
- HAS, Interprétariat et médiation, Rustico J., Wolmark L.
- Hôpital Avicenne, Copil PASS, Maille D., Flitti Y.
- Hôpital Delafontaine, Copil PASS, Maille D.
- Mairie de Paris Comité 3x90, PVVIH, Vescovacci K.
- Mairie de Saint-Denis, GT accès aux soins des, Maille D.
- MOM, Migrants Outre-mer, Maille D., Maraval B.
- Non-lieux de l'exil, Wolmark L.
- ODSE, Maille D., Vallois E., Demagny B., Sallé J.
- OEE, Flitti Y., Veisse A.
- Réseau TB Dases Ile-de-France, Revault P.
- Solipam, Périnatalité et précarité, Petrucci M., Ménard C.

## Interventions publiques en 2016

- Bobigny, CD service santé publique, *Santé et migration en France*, Revault P.
- L'Hay-les-Roses, Espace solidarité, *Le Comede et la santé des exilés*, Revault P., Rustico J.
- Lille, Colloque SFP, *Bilan de santé chez l'enfant primo-arrivant*, Revault P.
- Lille, Colloque SFSP, *Soins et accompagnement des mineurs étrangers isolés*, Revault P.
- Lille, Conférence BMS, *Rôle des soignants dans la prise en charge des exilés*, Revault P.
- Marseille, Rencontres RESPADD, *Migrations et addictions, la situation marseillaise*, Vallois E.
- Melun, RVH 77 & EMPP 77, *Psychotraumatisme et transfert*, Wolmark L.
- Mennecey, Ass. Psychologues et santé en Essonne, *Du corps à la demande, vers des désirs d'horizon*, Zlatanova Z.
- Paris, Atelier santé ville 10<sup>ème</sup>, *Le Comede et la santé des exilés*, Puechavy S.
- Paris, Colloque Migrations santé, *L'exil et l'appel*, Wolmark L.
- Paris, Colloque Sidaction, *Soins aux migrants et PVVIH en Guyane*, Revault P.
- Paris, Conférence Kali, *Soins en santé mentale pour les femmes exilées*, Wolmark L.
- Paris, Congrès de l'encéphale, *Accès aux soins en santé mentale*, Wolmark L.
- Paris, FDF Comité migrants, *Exil et santé, enjeux et perspectives*, Veisse A.
- Paris, Journée Arcat, *Education thérapeutique et précarité*, 2 séances, Vescovacci K.
- Paris, Journée Bayer, *Education thérapeutique chez les exilés*, Vescovacci K.
- Paris, Journée Hépatites Ministère de la santé, *Accès aux traitements contre le VHC*, 2 séances, Revault P.
- Paris, Journée Inalco, *Accès aux soins et santé mentale des exilés*, Wolmark L., Petrucci M.
- Paris, Ministère de l'enseignement supérieur, *Santé des réfugiés*, Veisse A.
- Paris, Prix Prescrire, *Soins aux migrants en situation précaire*, Veisse A.
- Paris, Université Paris 7, Journée CET, *Traduire, un engagement politique*, Wolmark L.
- Saint-Denis, Journée SOS, *Exil et santé, enjeux et perspectives*, Veisse A.
- Sète, Journée Corevih 34, *Soins aux migrants et PVVIH*, Sallé J.
- Toulouse, Colloque ADDE & SAF, *Réforme du droit au séjour pour raison médicale*, Sallé J.

## OBSERVATOIRE, ETUDES ET RECHERCHE

## Indicateurs d'observation

Les activités de recherche du Comede sont organisées autour de l'**observatoire** des déterminants et de l'état de santé des migrants. Le dispositif d'observation du Comede (voir présentation page X) se fonde sur les recueils de données provenant de 4 sources :

- Consultations et interventions auprès des patients du Centre de santé (voir page 33),
- Consultations et interventions auprès des personnes accueillies à l'Espace santé droit avec la Cimade (voir page 45),
- Appels traités par les permanences téléphoniques (PT, voir page 19),
- Sources de données externes auprès des partenaires associatifs pour le suivi du droit au séjour des étrangers malades (voir page 104).

La vérification et l'analyse des données ainsi recueillies sont effectuées au moyen d'un programme informatique développé par le Comede. Les principaux résultats figurent dans les chapitres d'observation du présent rapport. Les **indicateurs** retenus (voir tableau ci-contre, définitions de cas disponible au Comede) sont d'ordre démographique (caractéristiques des populations), épidémiologique incluant les données psychiques et facteurs de vulnérabilité sociale (caractéristiques de l'état de santé), et enfin les données relatives aux conditions et aux obstacles à l'accès aux soins et aux droits. Compte tenu de la répartition géographique des activités du Comede, les données recueillies en 2016 concernent principalement des migrants résidant en régions Ile-de-France et PACA.

L'ancienneté du recueil des données (démographiques et épidémiologiques depuis 1996 au CDS, 2004 pour les PT et 2007 à l'ESD, vulnérabilité sociale depuis 2012 au CDS et pour les PT) permet d'augmenter la taille des effectifs observés au cours des dernières années, et ainsi de mettre en évidence des associations statistiques ou encore de mieux décrire des groupes peu représentés au cours de la seule dernière année d'activité.

Variable	CDS	ESD	PT	EXT
<b>DEMOGRAPHIE</b>				
Sexe	1CS	1CS	TAP	ITV
Age	1CS	1CS	TAP	ITV
Nationalité	1CS	1CS	TAP	ITV
En France depuis	1CS	1CS	TAP	ITV
Etudes, profession au pays	1CS			
Protection juridique et date	TCS			
Département de résidence	TCS	1CS	TAP	ITV

<b>EPIDEMIOLOGIE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE</b>				
Pathologie.s grave.s et date.s	TCS	TCS	TAP*	
ATCD Violence	1CS			
ATCD Torture	méd			
ATCD Violence liée au genre	psy			
Pratique du bilan de santé	2CS			
DTP et VHB non protégé	1CS			
Grossesse, IVG et DDR	TCS			

<b>VULNERABILITE SOCIALE</b>				
Famille en France et au pays	1CS		TAP	
Enfants en France et au pays	1CS			
Hébergement	TCS		TAP	
Séjour	TCS		TAP	
Eloignement	TCS			
ATCD Asile et Dasem	TCS		TAP	
Ressources	TCS		TAP	
Protection maladie	TCS		TAP	
Pathologie.s grave.s	ITV	ITV	TAP	ITV
Date.s de diagnostic	ITV	ITV		ITV
Soutien médical et social	ITV	ITV	TAP	
DS langue, allophone	TCS			
DS sans hébergement	TCS			
DS isolement relationnel	TCS			
DS isolement social	TCS			
DS sans droit au séjour	TCS			
DS sans accès alimentation	TCS			
DS sans ressources financ.	TCS			

<b>ACCES AUX SOINS, ACCES AUX DROITS</b>				
Dasem intervention date, type	ITV	ITV		ITV
Dasem réponse date, type	ITV	ITV		ITV
Département de réponse	ITV	ITV		ITV
Accompagnateur	ITV	ITV		ITV
Durée de la protection	ITV	ITV		
Péremption	ITV	ITV		
Autorisation de travail	ITV	ITV		
1ère demande Dasem	ITV	ITV		
Dernière réponse Dasem	ITV	ITV		
Séjour	ITV	ITV		
Obstacle accès aux soins	TCS	TCS	TAP	

CDS Centre de santé, ESD Espace santé droit, PT Permanences téléphoniques, EXT Enquêtes externes, 1CS 1ère consultation, TCS Toutes consultations, TAP Tous appels, ITV Interventions sur dossiers, DS Critères de détresse sociale, voir page 46  
\* sur déclaration pour les étrangers malades

Le Comede conduit ou participe également à des **études et programmes de recherche**, parmi lesquels :

- « *Le malade étranger dans la relation soignant-soigné* ». Conduit depuis 2014 par le Comede et le Centre de recherche psychanalyse, médecine et société (CRPMS) de l'UFR d'études psychanalytiques de l'université Paris 7, ce programme de recherche vise à étudier la singularité du lien thérapeutique avec les patients étrangers (ou perçus comme tels) à l'hôpital public, à repérer les difficultés rencontrées par les professionnels dans leur accompagnement, ainsi qu'à mettre en place des dispositifs permettant l'amélioration de l'orientation et de la prise en charge de ces patients. L'objectif est d'identifier des représentations prégnantes, des « figures » du patient étranger, qui interfèrent dans la relation de soin, infléchissent les modalités de prise en charge des patients, voire produisent des discriminations dans l'accès aux soins. Cette recherche s'accompagne également d'un diplôme universitaire ainsi que de plusieurs colloques (voir encadré ci-contre) et réunions publiques.

- « *Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants africains en Ile de France.* ». Le Comede est partenaire de cette recherche conduite depuis 2009 par l'ANRS et le Ceped, sont les résultats sont publiés sur le site [www.parcours-sante-migration.com](http://www.parcours-sante-migration.com). Cette étude mesure le retentissement des conditions d'accueil sur les conditions de vie et sur la santé de ces populations : « *Six à sept ans après l'arrivée en France, la moitié des migrants d'Afrique subsaharienne n'ont toujours pas les trois éléments d'installation que sont un titre de séjour d'au moins un an, un logement personnel, et un travail. [...] Cette longue période de précarité après l'arrivée en France tient plus aux conditions d'accueil qu'aux caractéristiques individuelles des arrivants. [...] La précarité apparaît comme un facteur indirect de contamination par le VIH, avec entre 35 à 49% des migrants suivis pour une infection par le VIH contaminés après leur arrivée en France.* »



- « *Vulnérabilité et relation de soin : aux limites de l'empathie* ». Conduite dans le cadre d'une bourse postdoctorale Marie Sklodowska-Curie, cette recherche se situe au croisement de la philosophie et de l'anthropologie du soin, étudiée à la fois l'usage de la notion de vulnérabilité (comme critère intervenant dans la relation de soin) et sa perception chez les soignants et les aidants. La multiplication des travaux des théories du care et leur application au domaine du soin avèrent une reconnaissance de plus en plus grande de la vulnérabilité au sein des pratiques médicales et sociales. Néanmoins, dans le contexte du soin aux exilés, la problématique de la vulnérabilité est à la fois juridique, sociale, médicale et politique. Quels sont les ressorts tant nosographiques que juridiques de la vulnérabilité ? Quels sont les déterminants politiques et sociaux des situations de vulnérabilité, notamment dans le pays d'accueil ? Qu'en est-il de l'engagement militant et thérapeutique lorsque les soignants et les aidants sont confrontés à des formes paroxystiques de vulnérabilité, à savoir lorsque des situations de vulnérabilité juridique, politique, sociale et économique dans le pays d'accueil viennent s'ajouter aux violences subies au pays ou durant le parcours d'exil ?

Cette enquête, reposant sur l'observation

participante et la réalisation d'entretiens semi-directifs a consisté à évaluer la perception de la vulnérabilité chez les personnels aidants et soignants qui travaillent auprès des exilés. Elle a permis de mettre en lumière et d'analyser les représentations sociales de la vulnérabilité, le type d'empathie émergeant volontairement ou involontairement des interactions entre les équipes et les personnes accueillies, les ressources mobilisées pour prendre en charge les différentes formes de vulnérabilité, y compris les risques éventuels de contagion traumatique. Cette recherche visait à s'interroger sur la corrélation des facteurs dits subjectifs (perceptions, représentations sociales, modes d'interaction) de la vulnérabilité et ses facteurs objectifs, tels que définis par le Comede, et les institutions gouvernementales ou internationales. D'un point de vue scientifique, l'exploitation des données recueillies aura permis l'approfondissement de trois champs de recherche : 1. Une réflexion philosophique et anthropologique sur les représentations de la subjectivité qui orientent l'éthique du soin et les pratiques médicales. La prise en compte des dynamiques affectives et cognitives liées à l'empathie dans le soin mettent en lumière une conception relationnelle de la subjectivité, inséparable de son ancrage social et militant. 2. Une réflexion sur l'impact du corps social et des institutions administratives dans les dynamiques de la relation de soin et d'accompagnement. La question de la reconnaissance des vulnérabilités apparaît ici cruciale autant pour les exilés que pour les soignants et les aidants. 3. Une réflexion sur les modalités de supervision possible des soignants et des aidants, afin de soutenir leur activité et leur engagement et prévenir les risques d'épuisement professionnel.

Les résultats sont diffusés progressivement sous la forme de conférences et d'articles dans des revues à comité de lecture – certains écrits en collaboration avec des membres du Comede. Ils seront mis à disposition du Comede, au fur et à mesure de leur publication.

## PUBLICATIONS

Initialement réservé à l'usage interne du Comede depuis la première version en 1997, **le Guide Comede** a connu une diffusion accélérée avec l'impression des éditions 2003 (par le Comede), 2005, 2008 et 2015 (par l'Inpes, tirage à plus de 50 000 exemplaires). Le caractère pluridisciplinaire de l'intervention du Comede nous a conduit à concevoir le Guide comme un pont entre des pratiques qui concourent toutes à la promotion de la santé des exilés, mais restent trop souvent cloisonnées. Le Guide Comede tient compte de la complexité croissante des problèmes de santé des personnes : précarisation du statut administratif, transformation épidémiologique et diversification de l'origine géographique. Si la connaissance des principes diagnostiques et thérapeutiques est indispensable dans le champ de la maladie et des soins médico-psychologiques, elle l'est tout autant en matière d'accueil, d'accès aux soins, d'accès aux droits et de lutte contre les discriminations.

Déjà récompensé pour l'édition 2005, le Guide Comede s'est vu décerner à nouveau le Prix Prescrire en octobre 2016, avec deux autres ouvrages : *Ils ne décideront plus pour nous ! Débats sur l'IVG : 1971-1975*, et *La communication professionnelle en santé, 2e édition*.



Conçu à partir du Livret de santé utilisé au Centre de santé du Comede depuis 2001, le **Livret de santé bilingue** a été édité en 2006 en partenariat entre le Comede, la DGS et l'INPES, et diffusé à plus de 1,2 million d'exemplaires, principalement en Ile-de-France (43%, voir tableau page 20), Rhône-Alpes (9%), Départements d'Outre-Mer (6%) et PACA (6%). La nouvelle édition est en voie de parution à partir d'une évaluation qualitative de la version précédente effectuée par un groupe de travail réunissant des usagers du Centre de santé et des professionnels du Comede. Le comité de rédaction réunit le Comede, la DGS, Santé Publique France et une dizaine d'organisations intervenant dans le champ du soin et de l'accompagnement des migrants/étrangers en situation de vulnérabilité. Il a été décidé de conserver le format original, mais de limiter la traduction à une dizaine de langues compte-tenu des résultats de l'utilisation du Livret et des sollicitations d'ISM en matière d'interprétariat. Les participants aux groupes de travail et le comité ont souligné l'intérêt d'un texte didactique avec des illustrations concrètes pour faciliter la lecture et mieux tenir compte d'enjeux, comme l'appréhension du système de santé, l'accès aux soins et à la prévention.

**Quatre numéros de Maux d'exil**, la revue du Comede sur la santé des exilés, ont été publiés en 2016. D'un tirage moyen de 5 500 exemplaires par numéro, Maux d'exil est destiné aux professionnels de la Santé, du

Social, du Droit, de l'Administration, de l'Enseignement et de la Recherche. Les 5 000 lecteurs réguliers de Maux d'exil exercent principalement en régions Ile-de-France (53%, voir tableau page 20), Rhône-Alpes (6%) et PACA (5%). Chaque numéro est consacré à un dossier proposant des regards croisés sur le même thème, en 2016 :

- Traduire pour ne pas trahir, n°49 ;
- Le viol, une violence impensable ?, n°50 ;
- Bassins de vie, migrations et écologie, n°51 ;
- Seine-Saint-Denis : des passerelles pour la santé et l'accès aux soins, n°52.

Au total, le Comede a réalisé ou participé en 2016 à **36 publications spécialisées** (voir encadré page suivante). Outre les articles parus dans Maux d'exil, les membres du Comede ont publié dans les cahiers juridiques du Gisti, les revues Causes communes et Cliniques méditerranéennes, le quotidien Libération ainsi que dans un rapport d'experts sur le VHC édité par le ministère de la Santé.

Enfin, le Service social et juridique publie des outils pratiques destinés aux partenaires professionnels et associatifs. En 2016 ont ainsi été éditées **19 notes pratiques, fiches techniques et analyses**, portant notamment sur la domiciliation, les droits des ressortissants UE, les pensionnés de droit français, les prestations familiales, la réforme Puma, ou encore le RSA.



## Publications du Comede en 2016 (téléchargeables sur [www.comede.org](http://www.comede.org))

- Ahouanto-Chaspoul M., Bourgarit-Durand A. et Debré P., *Un réseau en germe pour une meilleure prévention*, Maux d'exil n°52, décembre 2016.
- Archimbaud A., *Un territoire de fractures et de solidarités*, Maux d'exil n°52, décembre 2016.
- Capitant S., *Le bouleversement des sociétés par l'industrie minière*, Maux d'exil n°51, juillet 2016.
- Comede, *Bassins de vie, migrations et écologie*, Maux d'exil n°51, juillet 2016.
- Comede, *Le viol, une violence impensable*, Maux d'exil n°50, avril 2016.
- Comede, *Les caractéristiques épidémiologiques des patients du "93"*, Maux d'exil n°52, décembre 2016.
- Comede, *Traduire pour ne pas trahir*, Maux d'exil n°49, février 2016.
- Comede, *Seine-Saint-Denis : des passerelles pour la santé et l'accès aux soins*, Maux d'exil n°52, décembre 2016.
- De Calan A., Mangin F., Sulli L., Nicoulet I. et Marmier M., *Une politique offensive face à la chaîne de contamination*, Maux d'exil n°52, décembre 2016.
- Davoudian C., *La maternité loin de tout et de tous*, Maux d'exil n°52, décembre 2016.
- Demagny B et al, *La protection sociale des personnes étrangères par les textes internationaux*, coédition Gisti Comede, Cahiers juridiques du Gisti, février 2016.
- Espenel F., Pinet-Ribeiro G. et Tandonnet P., *Le bénéfice de proximité nouvelles*, Maux d'exil n°52, décembre 2016.
- Fassin D. et al., *Hépatite C : offrir un traitement à tous*, tribune collective, Libération 18 mai 2016.
- Fessard C., Wolmark L., *Comprendre pour se comprendre, l'interprétariat au crible des idées reçues*, Maux d'exil n°49, février 2016.
- Fleury F., *Contamination par le plomb et santé des familles immigrées*, Maux d'exil n°51, juillet 2016.
- Franck M., *Le défi d'une protection internationale pour les déplacés climatiques*, Maux d'exil n°51, juillet 2016.
- Gekiere C., *Le co-constructeur de relations thérapeutiques*, Maux d'exil n°49, février 2016.
- Guéry B., *La lente reconnaissance d'un métier qualifié*, Maux d'exil n°49, février 2016.
- Hervieu-Léger B., *Le procès d'un viol de masse sous l'œil de Diana Zeyneb Alhindawi*, Maux d'exil n°50, avril 2016.
- Hervieu-Léger B., Veïsse A., *Migrants âgés, un exil dans l'exil*, Causes communes n°89, juillet 2016.
- Jolivet A., *Des bassins de vie face à une pollution indéterminée en Guyane*, Maux d'exil n°51, juillet 2016.
- Leverrier C., *Le pouvoir de la parole face aux stratégies des agresseurs*, Maux d'exil n°50, avril 2016.
- Maffesoli S.-M., *Les travailleuses du sexe, entre violence et silence*, Maux d'exil n°50, avril 2016.
- Maille D., Basset D. et d'Adler M.-A., *Un partenariat opérationnel pour l'accès aux soins et aux droits*, Maux d'exil n°52, décembre 2016.
- Matis R., « *Nous apparaissons comme une autorité intimidante* », Maux d'exil n°50, avril 2016.
- Mbabazi D., « *Nous sommes des hommes, vous êtes censées nous aimer* », Maux d'exil n°50, avril 2016.
- Méchai F., *Le défi multiple de la prise en charge*, Maux d'exil n°52, décembre 2016.
- Métreaux J.-C., *L'interprète, sculpteur de reconnaissances*, Maux d'exil n°49, février 2016.
- Moïse C et Dieye M., *Au service de la personne dans sa globalité*, Maux d'exil n°52, décembre 2016.
- Pestre E., Baligand P., Wolmark L., *Ségrégations à l'hôpital. De quelques figures de l'étranger dans la relation de soin*, Cliniques méditerranéennes, 94-2016.
- Revault P., coordination du chapitre 4 *Organisation de la prise en charge thérapeutique et du suivi des personnes migrantes et étrangères infectées par le VHC*, in dir. Dhumeaux D., *Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C*, Rapport de recommandations 2016, ANRS, CNS, AFEF, ministère de la Santé.
- Ruelle Y., Duhot D. et Thouny E., *A Pantin, des dispositifs à l'attention des plus précaires*, Maux d'exil n°52, décembre 2016.
- Thébaud-Mony A., *La surexposition des travailleurs migrants à certains polluants*, Maux d'exil n°51, juillet 2016.
- Tieby A., *Une porte ouverte aux jeunes vers la société d'accueil*, Maux d'exil n°52, décembre 2016.
- Vallet B., *Médiation sanitaire et interprétariat linguistique inscrits dans le Code de la santé publique*, Maux d'exil n°49, février 2016.
- Wolmark L., Crochet K., Petrucci M., « *Oublie le secret, souviens-toi du chagrin* », Maux d'exil n°50, avril 2016.





## Le Centre de santé à Bicêtre

Hébergé par l'hôpital Bicêtre (Hôpitaux universitaires Paris-Sud, AP-HP), au Kremlin-Bicêtre, le Centre de santé (CDS) du Comede a délivré **10 424 consultations en 2016**, soient 44 consultations par jour en moyenne, pour une file active de **2 706 personnes** reçues. L'augmentation de l'activité (+8%) est due à la hausse des consultations médicales (+26%), socio-juridiques (26%) et psychologiques (26%), le nombre moyen de consultations par personnes sur l'année ayant progressé de 3,4 à 3,9.

En mai 2017, l'équipe pluridisciplinaire du Centre de santé compte 24 salarié.e.s et 20 bénévoles pour 16,5 équivalents temps plein, outre les interprètes professionnels présents sur 2 ETP.

### CARACTERISTIQUES DES CONSULTATIONS

De 12 mois en moyenne pour l'ensemble des patients, la **durée de suivi** est plus courte en médecine (9 mois), et plus longue en psychothérapie (14 mois), en éducation thérapeutique (17 mois), et au service social et juridique (24 mois). Plus d'un tiers des consultations du Centre de santé ont lieu en **langue étrangère** (35% du total, 39% en consultation infirmière et 37% en médecine).

### 3548 consultations en langue étrangère

Partenariat avec l'association ISM

Langue	N	%	Langue	n	%
Bengali	1100	31%	Soninke	67	2%
Anglais	883	25%	Hindi	54	2%
Tamoul	494	14%	Bambara	35	1%
Russe	261	7%	Lingala	29	1%
Pular	134	4%	Wolof	24	1%
Arabe	126	4%	Albanais	24	1%
Oourdou	117	3%	Farsi	15	<1%

Près d'un quart des consultations (1995) sont effectuées à l'aide d'un interprète professionnel, sur place (20%) ou par téléphone (3%).

En 2016, les consultations du Centre de santé ont été effectuées en 52 langues, principalement en bengali (31%, voir tableau supra), anglais (25%), tamoul (14%), russe (7%), pular (4%) et arabe (4%). Les deux tiers de ces consultations ont donc fait intervenir un interprète professionnel (66%), les autres consultations en langue étrangère étant effectuées directement par les consultants du Comede (19%, dont 89% en anglais) et à l'aide d'un accompagnateur (15%), faute de budget suffisant pour couvrir l'ensemble des besoins en matière d'interprétariat.

### Consultations du Centre de santé

TYPE DE CONSULTATION ET DE COMMUNICATION

2016	N	%	16/15	FA n	FA %	Cs par patient	Suivi moyenne	Langue étrang.	interprète sur place	interp. par tél.
Cs médicales	3737	36%	+26%	1260	47%	3,0	9 mois	37%	21%	5%
<i>dont gynécologie</i>	68	1%	nouv.	35	1%	1,9	6 mois	16%	4%	4%
Cs accueil	2054	20%	+4%	1860	69%	1,1	-	33%	13%	4%
Cs infirmières	2022	19%	-16%	1462	54%	1,4	8 mois	39%	20%	2%
Cs socio-juridiques	960	9%	+26%	375	14%	2,6	24 mois	27%	6%	5%
Cs psychologiques	949	9%	+26%	206	8%	4,6	14 mois	33%	26%	<1%
Cs éducation théra.	541	5%	-1%	197	7%	2,5	17 mois	32%	23%	-
<i>dont groupe</i>	143	1%	+21%	65	2%	2,2	16 mois	22%	21%	-
Cs ostéopathie	161	2%	-28%	95	4%	2,8	12 mois	-	-	-
<b>Total</b>	<b>10424</b>	<b>100%</b>	<b>+8%</b>	<b>2706</b>	<b>100%</b>	<b>3,9</b>	<b>12 mois</b>	<b>35%</b>	<b>20%</b>	<b>3%</b>

Les consultations médicales sont accessibles sur **rendez-vous** délivrés par le service Accueil, par téléphone (☎ 01 45 21 38 40) ou directement au Centre de santé pour les patients ayant des difficultés à joindre le standard ou qui se présentent spontanément la première fois. Les rendez-vous sont donnés en priorité aux personnes en situation de vulnérabilité sociale (voir page 71), les consultations infirmières intervenant en appui de l'accueil pour les situations complexes, ou pour les personnes qui ne peuvent attendre le délai de rendez-vous en médecine. Par la suite et selon la situation, des rendez-vous seront proposés pour les autres consultations spécialisées. Chaque professionnel consultant dispose d'une partie des rendez-vous dédiés au suivi (3 sur 6 en médecine, 4 sur 5 en psychothérapie et 3 sur 4 au service social et juridique par demi-journée de consultation).

Plus de la moitié des patients du Centre de santé sont **orientés** par des particuliers (54% en 2016, voir tableau ci-contre), 20% par des associations (France terre d'asile 4%), 13% par des services publics (ASE 5%), 3% par des services de santé, alors que 3% des patients ont connu le Comede par internet. L'examen des personnes reçues exclusivement par le service Accueil [et donc non reçues au sein des autres consultations, colonne 3] indique un accès prioritaire des personnes orientées par des membres de la famille (21% des admis, 12% des non-admis), des services publics (13%, 10%) et des associations (20%, 18%).

Les orientations externes réalisées depuis les consultations (1 791 situations caractérisées en 2016) concernent majoritairement les services de santé (total 63%, hôpital 21%, médecine ambulatoire 15%), ainsi que les associations de soutien (18%) et les services publics (16%, sécurité sociale 9% et préfecture 4%).

## Orientation vers le Centre de santé et à partir des consultations

2 706 patients et 1791 orientations

2016	A l'entrée * Adm.. non ad.	A la sortie
Associations de soutien	20% 18%	18%
Accueil de jour	<1% -	2%
Aide alimentaire	<1% -	1%
Cimade	2% 2%	1%
Coallia	2% 1%	1%
Dom'asile	1% -	-
France terre d'asile	4% 1%	-
Médecins du Monde	2% -	-
Avocats et CNDA	1% 3%	2%
Médias, internet	3% 3%	-
Particuliers	54% 57%	-
Ami, proche	21% 12%	-
Famille	4% 2%	-
Services publics	13% 10%	16%
AS Ville	2% 4%	1%
ASE	5% -	-
Cada	1% <1%	<1%
Croix-rouge française	1% <1%	<1%
Ofii	1% 2%	1%
Ofpra	<1% 1%	<1%
Préfecture	1% 1%	4%
Samu social	<1% <1%	1%
Sécurité sociale	<1% <1%	9%
Services de santé	3% 8%	63%
Centre de santé	<1% -	2%
CMP et disp. psy.	<1% -	3%
CPOA	- -	1%
Hôpital	2% 5%	21%
dont Hôpital PASS	1% <1%	11%
Laboratoire d'analyses	<1% -	21%
Médecin Ville	1% 2%	15%
<b>Total</b>	<b>100% 100%</b>	<b>100%</b>

\* Admises : 1956 personnes reçues dans les consultations hors accueil. Non-admises : 750 personnes reçues exclusivement par le service Accueil et réorientées.

### Département de résidence

Parmi 1643 patients reçus en consultation par l'accueil en 2016 et dont le département a été documenté, 28% résidaient en Seine-Saint-Denis, 22% à Paris, 20% dans le Val-de-Marne, 10% dans l'Essonne, 8% dans le Val-d'Oise, 6% dans les Hauts-de-Seine, 3% en Seine-et-Marne et 3% dans les Yvelines.

## Patients du Centre de santé

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE SELON LA REGION D'ORIGINE EN 2016

Région d'origine	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	23	1%		20	3	12		11	1	11		9	2
Afrique centrale	615	25%	28	531	54	264	16	192	15	351	12	300	39
Afrique de l'Est	79	3%	2	75	2	64	2	61	1	15		14	1
Afrique du Nord	117	5%	13	80	24	71	9	49	13	46	4	31	11
Afr. de l'Ouest	758	30%	111	628	16	560	109	448	3	198	4	181	13
Amér. du Nord	1	<1%		1						1		1	
Amér. du Sud	2	<1%		1	1	2		1	1				
Asie centrale	22	1%	2	17	3	18	2	15	2	4		3	1
Asie de l'Est	21	1%		20	1	14		14		7		6	1
Asie du Sud	707	28%	27	658	22	607	24	565	18	100	3	93	4
Caraïbes	10	<1%		10		5		8		2		2	
Europe de l'Est	95	4%	5	86	4	56	4	50	2	39	1	36	2
Europe de l'Ou.	16	1%	1	10	5	8		4	3	8	1	6	1
Moyen-Orient	37	1%	17	17	3	31	16	14	1	6	1	3	2
Océanie	1	<1%			1	1			1				
Apatrides	2	<1%		2		1		1		1		1	
<b>Total</b>	<b>*2506</b>	<b>100%</b>	<b>210</b>	<b>2157</b>	<b>138</b>	<b>1717</b>	<b>184</b>	<b>1472</b>	<b>61</b>	<b>789</b>	<b>26</b>	<b>686</b>	<b>77</b>

\* 2506 situations documentées sur le plan du sexe, de l'âge et de la nationalité sur les 2706 patients accueillis (83%)

### CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

Parmi les 2 706 personnes accueillies en 2016, 2 506 ont été caractérisées sur le plan de la nationalité, de l'âge et du sexe (voir tableau ci-dessus), dont 31% de femmes, 8% de mineurs <18 ans et 6% de personnes âgées ≥60 ans. Les 1956 personnes admises par l'accueil (voir

tableau ci-dessous) sont jeunes (âge médian 33 ans, moyen 34 ans), et récemment arrivées en France (en moyenne depuis 2 ans et médiane 1 an lors des consultations 2016). Les patients du Centre de santé du Comede déclarent 86 nationalités (voir détail page 20), principalement d'Afrique de l'Ouest (total 30%, Guinée Conakry 11%, Mali 6%, Côte d'Ivoire

## Patients du Centre de santé

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ADMISES PAR L'ACCUEIL EN 2016

	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra. méd	En Fra. moy	Maladie grave	Nouv. patients
<b>Total</b>	<b>1956</b>	<b>100%</b>	<b>33%</b>	<b>32 ans</b>	<b>34 ans</b>	<b>1 an</b>	<b>2 ans</b>	<b>50%</b>	<b>67%</b>

### Groupes vulnérables

Malades	985	50%	33%	34 ans	36 ans	1 an	3 ans	100%	50%
Dem. asile	824	58%	31%	32 ans	34 ans	1 an	2 ans	52%	63%
Femmes	645	33%	100%	34 ans	38 ans	1 an	2 ans	51%	68%
Mineurs<18	200	10%	12%	16 ans	15 ans	<1 an	1 an	21%	88%
Agés≥60	114	6%	60%	66 ans	67 ans	1 an	3 ans	60%	61%

### Région d'origine

Afrique O.	598	31%	27%	29 ans	30 ans	1 an	2 ans	53%	54%
Asie du S.	527	27%	15%	33 ans	34 ans	1 an	2 ans	44%	64%
Afrique C.	504	26%	58%	36 ans	38 ans	1 an	2 ans	58%	63%
Europe E.	83	4%	41%	38 ans	40 ans	2 ans	3 ans	61%	51%
Afrique N.	75	4%	40%	37 ans	40 ans	1 an	2 ans	28%	88%
Afrique E.	62	3%	19%	27 ans	30 ans	1 an	1 an	35%	82%

6%), d'Asie du Sud (28%, Bangladesh 19%, Sri Lanka 7%), d'Afrique centrale (25%, Congo RD 19%), d'Afrique du Nord (5%), d'Europe de l'Est (4%) et d'Afrique de l'Est (3%). Les femmes sont davantage représentées parmi les patient.e.s d'Afrique centrale (58%) et les personnes âgées (60%). La moyenne d'âge est plus élevée parmi les patients d'Europe de l'Est et d'Afrique du Nord (40 ans). Les caractéristiques des principaux groupes vulnérables sont détaillées dans les chapitres Populations et Etat de santé (pages 57 et 71).

Enfin, près de la moitié (46%) des patients suivis en 2016 étaient atteints de maladie.s grave.s et/ou chronique.s, dont les plus fréquentes sont les troubles psychiques (41%), les maladies cardio-vasculaires (13%), l'infection par le VHB (9%) et le diabète (8%), voir chapitre Etat de santé page 71.

### Maladies et handicaps graves dépistés et observés chez les patients du CDS

2016	n	%
<b>Maladies chroniques</b>	<b>460</b>	<b>36%</b>
Asthme persistant	26	2%
Cancer	12	1%
Diabète	102	8%
Handicap	25	2%
Maladies cardio-vasculair.	166	13%
<b>Maladies infectieuses et p.</b>	<b>294</b>	<b>23%</b>
Anguillulose intestinale	42	3%
Bilharziose/Schistosomose	15	1%
Infection par le VHB	115	9%
Infection par le VHC	38	3%
Infection par le VIH	26	2%
Tuberculose	11	1%
<b>Troubles psychiques</b>	<b>523</b>	<b>41%</b>
<b>Total</b>	<b>1277</b>	<b>100%</b>

### Evolution de la vulnérabilité sociale au cours du suivi au Comede

Les situations de vulnérabilité sociale des patients du Centre de santé sont régulièrement évaluées depuis 2012 au cours du suivi (voir données d'observation dans le chapitre Etat de santé page 58). Sur une durée moyenne de 7,5 mois entre la première et la dernière évaluation effectuée pour chaque patient entre 2012 et 2016, **la situation s'est améliorée en premier lieu sur le plan de la protection maladie** (+36 points, le taux de patients dépourvus a baissé de 80% à 44%, voir tableau), dans une moindre mesure sur le plan du séjour (+11, de 41% à 30%), de l'hébergement (+10, de 39% à 29%), d'accès à l'alimentation (+8, de 24% à 16%), des ressources (+6, de 94% à 88%), et plus faiblement en matière de maîtrise du français (+3, de 38% à 35%), d'isolement relationnel (+3, de 20% à 17%), et par rapport aux difficultés de déplacement (+3, de 17% à 14%). La part des patients en situation de détresse sociale a diminué de 11 points (de 26% à 15%).

	Date médiane	n	1 pas Com.	2 Héberg. préc.	3 pas proche	4 diff. dépla.	5 pas séjour	6 pas P.Mal.	7 pas alim.	8 pas ress.	Dét. soc.
1ère éval.	14/11/13	3336	38%	39%	20%	17%	41%	80%	24%	94%	26%
Der. éval.	03/07/14	3157	35%	29%	17%	14%	30%	44%	16%	88%	15%

Le Centre de santé du Comede utilise la combinaison des 8 critères de vulnérabilité sociale détaillés ci-dessous. Les personnes qui remplissent au moins 5 de ces 8 critères sont considérées en situation de détresse sociale, et bénéficient d'un accueil prioritaire.

- Alimentation. Lors des derniers jours, avez-vous pu manger à votre faim ? Vous êtes-vous privé d'un repas pour des raisons financières ?
- Langue. Pas de maîtrise orale suffisante du français ou de l'anglais pour demander son chemin, comprendre les résultats d'un bilan, effectuer une demande de droits.
- Hébergement précaire. Y a-t-il des problèmes avec l'hébergement ? selon la personne
- Isolement relationnel. N'avoir personne sur qui compter, avec qui partager mes émotions
- Difficultés de déplacement, pour des raisons physiques (handicap) ou psychosociales (peur, coût du trajet etc.)
- Protection maladie. Absence de dispense d'avance des frais (ni CMU-C ni AME en cours)
- Séjour : pas de droit au séjour.
- Ressources financières : inférieures au plafond de la CMU-C.

## ACCUEIL, ORIENTATION ET PERMANENCE TELEPHONIQUE

En 2016, les agents d'accueil ont traité **3 149 appels téléphoniques** (14 par jour en moyenne) et effectué **2 054 consultations** (9 par jour), le plus souvent pour des personnes se présentant spontanément pour la première fois au Centre de santé (60% des cas). Deux personnes assurent la permanence physique de l'accueil du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 (à l'exception du jeudi matin où le centre est fermé au public), et l'après-midi une troisième personne se charge de la réponse téléphonique en particulier pour la prise de rendez-vous.

Pour faire face à cette mission d'accueil qui réclame à la fois une écoute active, de la patience ainsi qu'une grande disponibilité afin de rassurer des personnes fragilisées par les conditions de leur exil, le service est constitué en mai 2017 de 3 salarié.e.s et 5 bénévoles, pour un équivalent de 3 ETP au contact des patients et des appelants.

Les **appels** téléphoniques émanent pour près d'un tiers (32%) de personnes ayant un dossier au CDS. Dans 82% des cas, il s'agit d'une demande de rendez-vous (médecine 79%, procédure "étrangers malades" 6%, psychothérapie 5%, certificat asile 4%, soutien socio-juridique 4%). Les autres situations correspondent à des demandes d'information émanant de professionnels et particuliers.

Les **consultations** sont effectuées dans un bureau dédié, principalement pour les personnes qui se présentent spontanément au Centre de santé, ainsi que pour des patients adressés par les autres consultants en vue d'une orientation personnalisée sur les services et réseaux sociaux. Les personnes demandent principalement des soins médicaux (60%), une aide sociale et juridique (12%), un soutien pour la procédure étrangers malades (9%), un certificat médical pour la demande d'asile (7%), et/ou un soutien psychologique (4%).

## Orientation par l'accueil

3220 appels et 1983 consultations

2016	Appels	Consult.
Comede	91%	70%
Centre de santé	79%	64%
Centre-ressources & PT	12%	6%
Autre association	1%	8%
Accueil de jour	<1%	1%
Aide alimentaire	<1%	2%
Domiciliation	<1%	2%
Formations	<1%	1%
Soutien juridique	<1%	2%
Services publics	1%	3%
Mairie, CCAS	1%	<1%
Sécurité sociale	<1%	2%
Services de santé	7%	18%
Centre de santé	1%	1%
Centre médico-psych.	<1%	1%
Hôpital et PASS	3%	9%
Médecin Ville	3%	6%
Total	100%	100%

Les **orientations** sont effectuées en majorité sur les différents dispositifs du Comede (91% des appels et 70% des consultations, voir tableau ci-dessus), en premier lieu vers les consultations du Centre de santé (79% et 64%) puis vers les services du Centre-ressources (12% et 6%). Les orientations externes concernent principalement les services de santé de droit commun (7% et 18%), les autres associations d'aide et de soutien (1% et 8%), et les services publics (1% et 3%).

## CONSULTATIONS INFIRMIERES

Les infirmier.e.s ont effectué **2 022 consultations** pour 1 462 patients, 39% des entretiens s'étant déroulés en langue étrangère. Les consultations du service Infirmier sont assurées par 2 salarié.e.s et 1 bénévole pour un équivalent de 1 plein-temps auprès des patients. En dehors des prestations de prévention spécialisée (voir infra), les consultations du service Infirmier interviennent en complément et en appui du service Accueil pour les missions d'évaluation et d'orientation des patients, et notamment en matière de soutien pour l'accès aux soins, en lien avec le Service social et juridique (voir page 87).

Les consultations infirmières comportent des missions de prévention spécialisée, notamment en matière d'**éducation pour la santé**, qui a pour but de développer l'autonomie de la personne dans la préservation de sa santé et ainsi favoriser l'échange avec les différents acteurs de santé. Ces consultations (65 caractérisées en 2016, dont un tiers en langue étrangère) abordent notamment les questions de contraception et sexualité, de prévention et dépistage des IST, de facteurs de risque des maladies chroniques, enfin de suivi de grossesse et post-accouchement (voir page 39).

Enfin, les activités de **vaccination** se sont poursuivies avec le soutien de l'ARS (voir encadré). Le bilan médical précise les éléments du calendrier vaccinal à mettre en place. Si la priorité est donnée au rattrapage vaccinal contre le VHB et DTP, la prévention de la rougeole et de la méningite est également encouragée, ainsi que la prévention des complications respiratoires (vaccin antipneumocoque) chez des personnes présentant des maladies chroniques concernées, enfin l'initiation ou le rattrapage vaccinal chez les mineurs. Depuis juin 2016, des vaccinations sont également effectuées pour des jeunes mineurs isolés adressés par Médecins du Monde (138 injections pour 49 jeunes fin 2016).

### Centre de vaccination

Au total, **1 155 vaccinations** ont été effectuées en 2016 (+31%) **pour 462 personnes** (102 femmes, 122 mineurs), dont 393 étaient âgées de 15 à 44 ans. L'activité de vaccination est partagée entre la consultation infirmière (45%) et médicale (55%).

Les principaux vaccins utilisés ont été Engerix-Genhevac B (hépatite B, 31%), Boostrix tetra-Tetravac (diphtérie, tétanos coqueluche poliomyélite, 27%) et Revaxis (DTP, 21%), Priorix (rougeole, oreillons, rubéole, 15%), et Neisvac (méningocoque C, 5%).

### CONSULTATIONS MEDICALES

Les médecins ont effectué **3 737 consultations**, dont 37% en langue étrangère, pour 1 260 patients. Avec 9 salarié.e.s et bénévoles pour 2 équivalents temps plein (ETP), la consultation médicale constitue le pivot de la prise en charge au Centre de santé et peut orienter vers les consultations de prévention (ETP, éducation santé et vaccination), psychothérapeutiques, socio-juridiques et ostéopathiques. L'écoute et le soutien sont essentiels dans la réponse proposée à l'ensemble des consultants, et les médecins consacrent une part importante des consultations à la prévention et à la réalisation du bilan de santé recommandé (voir Etat de santé page 78).

Le **bilan de santé** a été effectué chez 96% des patients reçus en 2016. Au terme de la première consultation et avec l'accord de la personne, les médecins complètent l'examen clinique - incluant l'évaluation psychologique - par la réalisation d'examens complémentaires ciblés. Pour les consultants encore dépourvus de protection maladie ou en cas de dépistage parasitologique, les examens complémentaires sont réalisés et pris en charge avec le soutien de la Dases (Ville de Paris), partenaire conventionnel du Comede depuis 1984. Les examens biologiques sont effectués à l'hôpital Saint-Antoine (AP-HP) et les examens radiologiques sont au centre Edison (CLAT 75). Adressés au Centre de santé, les résultats du bilan sont remis au patient et commentés lors de la consultation suivante. Ils permettent la prévention, le dépistage précoce et les soins de diverses affections graves (voir Epidémiologie page 78). Ce bilan est complété, le cas échéant, par d'autres examens indiqués au terme de l'examen clinique.

Les **prescriptions médicales** sont réalisées dans les pharmacies et laboratoires de ville du lieu de vie, lorsque les personnes détiennent une protection maladie intégrale (voir Accès aux soins page 87). Les consultations de médecine peuvent conduire à la délivrance de médicaments par la pharmacie du Comede

(75% des patients, voir encadré), dans l'attente de l'ouverture des droits. La demande d'admission immédiate à la protection Complémentaire CMU ou d'instruction prioritaire à l'AME est indiquée lorsqu'il est nécessaire de recourir sans délai à un examen spécialisé, au médecin spécialiste, ou encore pour permettre la continuité d'un traitement médicamenteux, en particulier chez les personnes qui présentent une maladie chronique.

Les médecins sont régulièrement confrontés aux demandes de **certification médicale** (voir Accès aux droits page 109), en particulier à l'appui d'une demande d'asile (103 fois en 2016), ou en matière de droit au séjour pour raison médicale (59). Les médecins du Comede ont délivré 93 « certificats pour l'asile » sur l'année (ce qui représente 90% des demandes). L'évaluation des demandes de carte de séjour pour raison médicale a également conduit à la rédaction de rapports et certificats médicaux pour 34 patients (58% des demandes (voir Droit au séjour pour raison médicale page 101)).

Enfin, dans le cadre des activités jugées prioritaires pour les femmes (voir Femmes et genre page 65), le Comede a mis en place une consultation de gynécologie en juin 2016 (68 consultations réalisées fin 2016) ainsi qu'une consultation de sage-femmes en avril 2017 pour le suivi des femmes enceintes (voir encadré ci-dessous).

### Suivi des femmes enceintes

*365 femmes enceintes reçues au Centre de santé entre 2012 et 2016 (366 grossesses)*

#### ▪ Violence et soutien du père :

- 15% des femmes étaient enceintes à la suite d'un viol
- 56% des femmes ne reçoivent aucun soutien du père de l'enfant.

#### ▪ Evolution et suivi de la grossesse :

- 10% demandes IVG, 5% fausses couches spontanées,
- 42% n'ont pas pratiqué l'échographie du 1er trimestre (parmi les femmes vues après 3 mois),
- orientation vers le réseau Solipam : 19%

### Pharmacie

Sous la responsabilité d'une pharmacienne bénévole, la pharmacie du Centre de santé du Comede fournit une prestation essentielle en matière d'accès aux soins dans la mesure où la plupart des nouveaux patients sont dépourvus de protection maladie. L'approvisionnement s'effectue dans le cadre d'une convention entre la Cnamts et Pharmacie humanitaire internationale (PHI), dont le Comité de suivi est assuré par la Direction générale de la santé, la Direction de la Sécurité sociale, la Direction générale de la cohésion sociale, la Caisse nationale d'Assurance maladie, PHI, ainsi que les représentants des associations destinataires des médicaments.

En 2016, la pharmacie a honoré **5 110 prescriptions** correspondant à 2 005 consultations concernant 949 patients, soit 75% de la file active de médecine. Les molécules les plus utilisées reflètent les caractéristiques épidémiologiques de la population reçue au centre de santé : psychotropes (22%), antalgiques (19%), cardiologiques et antihypertenseurs (10%), dermatologiques (10%), gastro-entérologiques (10%), anti-inflammatoires (9%), ORL (3%), antibiotiques et antiparasitaires (4%), et antidiabétiques oraux (2%).

### EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

Le médecin et l'infirmière chargés de l'ETP ont effectué **541 consultations d'éducation thérapeutique**, dont 32% en langue étrangère et 26% en groupe, pour 197 patients. Parmi eux, en 2016 :

- 38 ont eu une seule consultation d'ETP,
- 32 ont eu 2 consultations d'ETP
- 17 ont eu 3 consultations d'ETP,
- 56 ont eu plus de 3 consultations [4-16].

Pour les personnes atteintes de maladies chroniques, l'éducation thérapeutique vise à :

- renforcer l'autonomie des patients en termes d'orientation dans le système de santé et d'accès aux droits pour la continuité des soins ;
- améliorer la maîtrise par les patients de leur traitement en termes de connaissance, de compétences, et plus particulièrement d'adaptation en cas d'incident. L'ETP est centrée sur la personne en prenant en compte les conditions de vie, l'alimentation, l'accès aux soins et d'autres aspects importants dans la gestion de la maladie, dans les cas où un

soutien psychologique est nécessaire, la mise en place de l'éducation thérapeutique pouvant ainsi être décalée.

Les consultations d'éducation thérapeutique sont notamment destinées aux personnes atteintes d'asthme, de diabète, d'hypertension artérielle et d'hépatite virale chronique ou d'infection par le VIH. Une première réunion d'information collective permet d'informer sur les avantages et les limites de l'éducation thérapeutique et de présenter l'équipe. A l'issue de cette réunion, les personnes qui le souhaitent ont un premier entretien individuel pour réaliser le diagnostic éducatif partagé qui débouche sur au moins deux séances fondées sur les axes retenus par le patient et le soignant. Les ateliers et consultations d'ETP impliquent également des « patients-experts », dans le cadre de partenariats avec SOS Hépatites ainsi que la Fédération Française des Diabétiques.

Le Comede a également développé des groupes d'échange autour de la nutrition et des facteurs de risque, à l'aide d'un diététicien et en partenariat avec le Centre d'Animation René Goscinny (Paris 13) pour la mise en place d'ateliers cuisine. Le travail est fait en fonction des situations sociales, économiques et des cultures des patients.

Le partenariat avec la Ville de Paris permet notamment aux patients atteints de maladies chroniques, dont le diabète et l'hypertension artérielle, d'avoir accès aux activités sportives gratuites. Ceci est un facteur favorable pour maîtriser et contrôler leurs maladies. En 2016 un nouveau partenariat a été mis en place avec le Réseau Paris Diabète. Un atelier « soins des pieds » pour les patients diabétiques est animé par une pédicure-podologue une fois par mois.

Le programme est coordonné par le **comité de suivi** de l'éducation thérapeutique, qui réunit différentes associations de personnes concernées, des professionnels de santé et des patients du Centre de santé. Le comité travaille notamment sur les outils d'évaluation.

## OSTEOPATHIE

En 2016, 6 ostéopathes bénévoles ont effectué **161 séances d'ostéopathie pour 95 patients**. L'ostéopathie a pour objectif de permettre à toutes les structures de l'organisme de bouger de façon optimale. Elle s'intéresse donc à la mobilité : du mouvement des articulations à la mobilité propre des organes, l'action de l'ostéopathe consiste à libérer l'ensemble des contraintes qui entravent le libre mouvement des structures anatomiques entre elles, et dans les tissus qui les soutiennent. Chez les patients du Comede, les pertes de mouvement et les douleurs sont le plus souvent liées à des séquelles de violences et à des situations où la vie même est engagée. Ces événements restent présents dans le corps, et le but de l'ostéopathe est de redonner leur mobilité à ces tissus lésés, meurtris, porteurs de l'histoire du patient, afin d'en restaurer la fonction. Rendre leur mobilité aux structures anatomiques représente ainsi davantage qu'un simple soulagement de la douleur en restaurant la personne dans son intégrité.

## SERVICE PSYCHOTHERAPIE ET SANTE MENTALE

Les psychothérapeutes ont effectué **949 entretiens pour 206 patients**, dont 33% en langue étrangère. Les consultations sont effectuées par 3 psychologues cliniciennes (4 en mai 2017), pour 1 équivalent de 0,9 pleintemps auprès des patients. La durée moyenne de suivi des patients est de 14 mois, ce qui correspond à la nécessité de proposer des suivis soutenus pour des patients présentant souvent des troubles psychiques graves, en lien avec des expériences de violences et de tortures (voir épidémiologie page 76).

Au Centre de santé, l'orientation initiale vers le psychothérapeute est proposée par le médecin, généralement après les résultats du bilan de santé. Les troubles psychiques constituent la principale cause de morbidité chez les exilés, davantage encore chez les femmes (voir épidémiologie page 81). Les patients reçus souffrent pour la grande majorité d'entre eux de



### Délai d'amélioration de l'état psychique

Depuis 2013, les psychologues indiquent une date d'amélioration de l'état psychique au cours de la psychothérapie, à partir de plusieurs groupes d'indicateurs : relation aux autres / vie affective, mobilité des pensées et des représentations, perception par le patient, disparition d'autres symptômes fréquents. Si cet indicateur reste peu renseigné (115 fois), les situations documentées permettent toutefois d'observer un délai médian d'amélioration de 6 mois et un délai moyen de 10 mois par rapport au premier entretien psychothérapeutique. Le délai moyen apparaît plus long chez les femmes (12 mois) et les personnes ayant subi des violences liées au genre (11 mois), et plus court chez les personnes ayant des membres de famille en France (8 mois). L'augmentation du nombre des données permettra de préciser les éventuelles différences selon le tableau clinique et les caractéristiques des patients.

syndromes psychotraumatiques dans lesquels dominent cauchemars et reviviscences, troubles de la mémoire et de la concentration mais aussi douleurs physiques rebelles au traitement antalgique. Les syndromes psychotraumatiques prennent parfois des formes particulièrement graves dans lesquelles peuvent survenir des épisodes dissociatifs, s'exprimant par des moments de confusion, d'agitation ou encore de mutisme et de stupeur. Certains patients traversent des états de détresse psychique intense, associés à des dépressions graves, et témoignent d'idées suicidaires (voir page 77).

Si les violences ont un grand impact sur la vie psychique des personnes, il ne faut pas négliger le retentissement psychologique de la situation d'exil, marquée par la séparation d'avec les proches, la découverte d'un environnement nouveau et inconnu. En outre, la précarité sociale et administrative associée au contexte politique de l'accueil en France induit fréquemment une souffrance psychique importante. Le suivi des patients recouvre des modes de prises en charge - thérapies d'orientation psychanalytique et/ou thérapies de soutien - que l'on cherche à adapter à la situation du patient, dans laquelle se nouent les effets du traumatisme psychique et la précarité de la situation sociale. Face à un tableau

clinique de syndrome psychotraumatique et/ou de dépression, les psychologues et médecins peuvent conduire l'essentiel des prises en charge requises, les médecins prescrivant au besoin des traitements anti-dépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques. Toutefois l'avis d'un psychiatre reste nécessaire en cas de tableau psychotique, de dépression ou de syndrome psychotraumatique sévère.

En région parisienne, la sollicitation des Centres médico-psychologiques de secteur se heurte souvent à de fortes résistances pour ce public. En effet, les CMP se trouvent déjà en grande difficulté face à la prise en charge d'autres populations en situation précaire, et sont par ailleurs peu formés aux spécificités du contexte de l'exil. L'argument d'absence d'interprète ou de « spécificité culturelle » est souvent mis en avant pour justifier la non-délivrance de soins (voir aussi Permanence téléphonique Santé mentale pages 93).

Le service Psychothérapie et santé mentale est également investi dans les activités du Centre-ressources (voir page 19), notamment dans le cadre des permanences téléphoniques nationales, des formations et des publications.

### SERVICE SOCIAL ET JURIDIQUE

Le service Social et juridique a effectué **960 consultations pour 375 patients** au Centre de santé, dont 27% en langue étrangère. Les consultations sont assurées par 4 salariées et bénévoles pour l'équivalent de 1,4 ETP auprès des patients. L'orientation vers le service est proposée par les autres consultants, concernant des interventions relatives au droit de la santé, ainsi que pour des activités de soutien social pour les personnes les plus vulnérables. La durée moyenne de suivi par le service social et juridique est de 24 mois, compte tenu de l'extrême précarité des patients concernés (voir vulnérabilité page 71). Le service social intervient très souvent en matière d'aide à la vie quotidienne, directement ou à travers une orientation vers les partenaires publics ou associatifs.

### Augmentation des besoins en matière d'hébergement d'urgence

Les situations d'urgence sociale se multiplient et nécessitent des interventions de plus en plus fréquentes et chronophages de la part du service social et de l'ensemble de l'équipe du Centre de santé pour faciliter l'accès à des centres d'hébergement d'urgence : 123 situations caractérisées en 2016, dont 54% pour des femmes et 7% pour des mineurs).

Le service social et juridique doit également faire face à l'aggravation des carences des dispositifs publics d'hébergement d'urgence (voir encadré ci-dessus). Dans ce contexte, le suivi médical et l'accompagnement des familles sont particulièrement difficiles, qu'il s'agisse de la scolarisation des enfants ou de l'inscription dans un dispositif médical pérenne (à l'hôpital ou en ambulatoire). Le service se trouve confronté à des attitudes parfois discriminatoires en termes d'accès à un hébergement de la part de certaines structures d'accueil qui sont débordées et réalisent un traitement illégitime des demandes sur la base de critères de sélection restrictifs.

Le service social et juridique assure une veille réglementaire et des interventions spécialisées en matière d'accès aux soins et aux droits dans l'ensemble des dispositifs du Comede : Centre-ressources (page 19), Espace santé droit (page 45), ainsi que dans le cadre des activités développées en région PACA (page 51).

### SUIVI MEDICAL

Dédiées à la **coordination et à la continuité des soins** pour les patients du Centre de santé, les activités du Suivi médical sont assurées par 5 médecins et 2 infirmier.e.s pour 0,7 ETP. Les intervenants du Suivi médical traitent l'ensemble des courriers médicaux, effectuent la mise à jour des dossiers et l'information de l'équipe soignante, et assurent la transmission des renseignements médicaux aux médecins partenaires. Ils s'enquêtent régulièrement des comptes-rendus de

consultation, d'hospitalisation, de centre de lutte anti-tuberculeuse ou d'autres services vers lesquels les consultants du Comede sont orientés, à partir de l'enregistrement informatique des relevés de consultation. Depuis l'étude réalisée en 2012 sur les patients du Centre de santé ayant présenté une tuberculose-maladie, le suivi médical et le service infirmier peuvent également accompagner les personnes de façon à éviter une stigmatisation, voire une perte d'hébergement et également pour faciliter la prise du traitement anti-tuberculeux.

Les médecins du Suivi médical vérifient régulièrement les résultats des examens complémentaires et bilans de santé, 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 - par téléphone et/ou par courrier - les patients qui ne se sont pas présentés. Les personnes atteintes de maladie chronique 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 et sociales sont enfin réunies.

Le Suivi médical occupe un poste d'observation détaillée sur la pathologie et les soins apportés aux 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 (voir épidémiologie page 78) ■

#### Contribution du Centre de santé à l'activité globale du Comede en 2016 :

95% des consultations  
44% des appels des permanences téléphoniques  
43% des personnes soutenues



## L'Atelier de danse au 104 à Paris

### « L'ATELIER DE DANSE » DU COMEDE, LE MOUVEMENT DANSE COMME FOYER D'ASILE

« L'atelier de danse » est une activité du Comede qui se déroule au Cinq, l'espace dédiée aux activités artistiques pour les amateurs du 104, établissement culturel de la mairie de Paris. Avec d'autres activités dédiées aux femmes actuellement conduites au Centre de santé à Bicêtre, l'atelier de danse constitue une action « pilote » du Comede en vue de la création d'un dispositif d'**accueil de jour** pour les femmes exilées.

Cet atelier se déroule depuis 2014, deux fois par mois (un mercredi sur deux actuellement). Il réunit 7 femmes qui ont vécu des violences multiples et sont en situation de *suspens* administratif, social et psychique. Les femmes sont orientées par les soignant.e.s du Centre de santé du Comede. L'atelier est animé par une danseuse psychologue, également consultante au centre de santé. Il mêle danses traditionnelles, danse libre, relaxation et moment d'échange.

Des membres de l'équipe salariée ou bénévole ainsi qu'une stagiaire psychologue en Master 2 y participent régulièrement dans une perspective de psychothérapie institutionnelle. En effet, l'atelier est co-construit par l'animatrice et les participantes, ce qui permet de se déprendre des positions habituelles de soignants et de soignés, avec pour objectifs une autonomisation progressive des femmes orientées vers cet atelier, et une réflexion sur le rôle des soignants.

Cette pratique tente de s'inscrire dans la recherche d'un déroulement au plus près du sujet et de son positionnement. Le dispositif est construit dans un cadre thérapeutique clinique qui s'appuie sur des travaux autour du trauma et la mémoire traumatique, mais propose de travailler à partir de « l'ici et maintenant » pour opérer une ouverture vers un avenir possible. L'appui sur le collectif de femmes est un tissage nécessaire pour soutenir la re-création de liens sociaux. Enfin, le moment de la danse est aussi un moment de plaisir, permettant aux participantes de réinvestir leur corps, malmené par les violences et les vécus de précarité ■





## L'Espace santé droit à Avicenne

Partenariat opérationnel avec la Cimade Ile-de-France (voir encadré ci-contre), l'Espace santé droit a été successivement hébergé par le foyer protestant d'Aubervilliers (2007-2015) et la Cimade à Aulnay-sous-Bois (2015-2016), avant d'être accueilli depuis mai 2016 par l'hôpital Avicenne à Bobigny (Hôpitaux universitaires Paris-Seine-Saint-Denis, AP-HP). Cette période de transition a conduit à un resserrement de l'activité des consultations (-37%) autour du suivi des personnes déjà connues, et à un allongement de la durée moyenne de suivi (de 6 à 8 mois).

Sur l'ensemble de l'année 2016, l'ESD a traité **1 470 appels dans le cadre de la permanence téléphonique** (+2%) au bénéfice de 1 336 migrant.e.s (voir page 48) et effectué **352 consultations et déplacements** (-37%) pour 209 personnes dont 65% nouveaux bénéficiaires (voir tableaux ci-dessous). Les deux tiers des consultations effectuées dans les locaux de l'ESD sont exclusivement socio-juridiques, et un tiers sont effectuées avec le médecin. Près d'une consultation sur dix est conduite en langue étrangère, principalement en anglais, alors que le recours à l'interprétariat professionnel par téléphone reste exceptionnel (1% du total).

### La Cimade, [www.lacimade.org](http://www.lacimade.org)

La Cimade a pour but de manifester une solidarité active avec les personnes opprimées et exploitées. Elle défend la dignité et les droits des personnes réfugiées et migrantes, quelles que soient leurs origines, leurs opinions politiques ou leurs convictions. Chaque année, La Cimade accueille dans ses permanences des dizaines de milliers de migrants, réfugiés et demandeurs d'asile. Elle héberge également près de 200 réfugiés et demandeurs d'asile dans ses centres de Massy et de Béziers.

En mai 2017, l'équipe opérationnelle de l'Espace santé droit compte 10 intervenant.e.s bénévoles (pour 2 équivalents temps-plein ETP), encadrés par les 2 coordinateur.trice.s salarié.e.s du Comede et de la Cimade (0,8 ETP), et deux médecins référentes (0,3 ETP).

### PERMANENCE TELEPHONIQUE, ACCUEIL ET CONSULTATIONS

Le premier contact s'effectue par téléphone, la permanence téléphonique étant sollicitée directement par les personnes ou par les professionnels et associations qui les soutiennent. La permanence téléphonique est ouverte mercredi matin, après-midi et vendredi

### Permanence téléphonique

2016	N	16/15	Région Ile-de-France								Hors IDF
			75	77	78	91	92	93	94	95	
Total	1470	+2%	32%	3%	2%	5%	7%	30%	9%	5%	7%

### Consultations

2016	n	%	15/14	FA	Nouv.	Cs par personne	Cs LE *	Interpr. prof.	Suivi moyenne
Cs socio-juridiques	211	60%	-44%	146	53%	1,4	6%	<1%	10 mois
Cs médico-jurid.	98	28%	-40%	73	88%	1,3	2%	2%	2 mois
Travail sur dossier	34	10%	+48%	21	32%	1,6	5%	-	6 mois
Déplacements	9	3%	-19%	7	44%	1,3	11%	-	16 mois
Total	352	100%	-37%	209	65%	1,7	9%	1%	8 mois

\* Consultation en langue étrangère

matin, les consultations étant effectuées mercredi et vendredi. Les répondants attribuent des rendez-vous en priorité dans les situations de blocage dans leurs démarches. Dans les autres cas, les personnes sont adressées vers les services de droit commun, l'équipe de l'ESD agissant alors en soutien des professionnels du médico-social. Enfin, l'ESD assure une réponse téléphonique sur une ligne dédiée pour les personnes ayant déjà été reçues, afin de faciliter l'accès aux services de l'ESD et d'améliorer la qualité du suivi.

En 2016, la **permanence téléphonique** a été sollicitée en majorité pour des personnes résidant à Paris (32%, voir tableau page précédente), en Seine-Saint-Denis (30%), dans le Val-de-Marne (9%), les Hauts-de-Seine (7%) et le Val d'Oise (5%). Les appels émanent majoritairement de particuliers (72%, dont personne concernée 42% et membre de famille 24%, voir tableau ci-contre). Les autres appels proviennent des associations (15% du total, Cimade 7%), des services de santé (8%, hôpital 7%) et des services publics (5%). Les réponses conduisent à une orientation externe dans 35% des cas, principalement en direction des associations (17% du total des appels, Comede 8%, Cimade 6%), de l'hôpital (15%), et des services publics (6%). Le traitement des appels entraîne un important travail de suivi « à distance » avec l'appelant : réception par mél des documents et analyse, conseils par mél, envoi de modèle de lettre, nouvelle analyse de la situation suite aux démarches effectuées etc.

Les **personnes accueillies** à l'Espace santé droit résident principalement en Seine-Saint-Denis (34%), à Paris (33%), dans le Val-de-Marne (13%) et les Hauts-de-Seine (5%). Elles ont été majoritairement orientées par des associations (total 52%, Cimade 26%), des services publics (19%, services sociaux de secteur 14%), des services de santé (13%, hôpital 7%) et des particuliers (14%). L'attribution des rendez-vous en consultation est ainsi plus fréquente parmi les personnes orientées par les associations et professionnels que par les particuliers, ceci en raison d'une pré-orientation plus sélective.

## Orientation vers et depuis l'Espace santé droit

1470 appels et 209 personnes accueillies

2016	PT	orient.	Accueil
<b>effectifs</b>	<b>1470</b>	<b>1470</b>	<b>209</b>
Associations	15%	17%	52%
Cimade	7%	6%	26%
Comede CDS	-	1%	-
Comede CR & PT	-	7%	-
France terre d'asile	<1%	<1%	2%
Avocats et CNDA	<1%	1%	2%
Particuliers	72%	-	14%
Ami, proche	6%	-	3%
Famille	24%	-	2%
Personne concernée	42%	-	8%
Services publics	5%	6%	19%
AS Ville	3%	1%	14%
Préfecture	<1%	3%	-
Sécurité sociale	<1%	1%	1%
Services de santé	8%	16%	13%
Hôpital & PASS	7%	15%	7%

## Type des demandes

	PT	Cons.
<b>Effectifs</b>	<b>1470</b>	<b>352</b>
Droit au séjour	83%	88%
Titre de séjour pour soins	54%	45%
Protection méd éloignement	9%	12%
Parent d'enfant malade	8%	17%
Accomp. majeur de malade	2%	2%
Titre de séjour autre motif	11%	12%
Accès aux soins et PM	26%	15%
Protection maladie	21%	9%
Dette hospitalière	2%	6%
Autre accès aux soins	3%	<1%
Autre information et soutien	10%	11%
Autres droits sociaux	3%	6%

Les **demandes** (voir détail page 49) portent sur des questions de droit au séjour et protection contre l'éloignement des étrangers malades (83% des appels téléphoniques et 88% des consultations) ; d'accès aux soins et à la protection maladie, particulièrement les difficultés d'accès à l'Aide médicale Etat (26% et 15%) ; et enfin pour d'autres soutiens et d'autres droits sociaux liés à l'état de santé (10% et 11%).

## Personnes accueillies à l'Espace santé droit

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE SELON LA REGION D'ORIGINE

Région d'origine	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	7	3%		4	3	3		2	1	4		2	2
Afrique centrale	34	16%	1	29	4	16		15	1	18	1	14	3
Afrique de l'Est	1	<1%		1						1		1	
Afrique du Nord	58	28%	2	45	11	32	1	26	5	26	1	19	6
Afr. de l'Ouest	67	32%	1	66		46	1	45		21		21	
Amér. du Sud	1	<1%		1		1		1					
Asie centrale	1	<1%		1						1		1	
Asie de l'Est	4	2%		4		1		1		3		3	
Asie du Sud	15	7%		15		13		13		2		2	
Caraïbes	3	1%		3		2		2		1		1	
Europe de l'Est	7	3%		6	1	4		4		3		2	1
Europe de l'Ou.	4	2%		4		2		2		2		2	
Moyen-Orient	6	3%		5	1	6		5	1				
Apatride	1	<1%		1		1		1					
<b>Total</b>	<b>209</b>	<b>100%</b>	<b>4</b>	<b>185</b>	<b>20</b>	<b>127</b>	<b>2</b>	<b>117</b>	<b>8</b>	<b>82</b>	<b>2</b>	<b>68</b>	<b>12</b>

### CARACTERISTIQUES DES BENEFICIAIRES DE L'ESPACE SANTE DROIT

En 2016, la file active des étrangers accueillis à l'Espace santé droit était de 209 personnes, dont 61% de personnes atteintes de maladies grave.s et/ou chronique.s, 39% de femmes et 10% de migrants âgés ≥60 ans. Relativement jeunes (âge moyen 41 ans), eu égard à la fréquence des maladies graves au sein de cette population, ils étaient arrivés en France en moyenne depuis 7 ans (médiane 4 ans) lors des consultations 2016.

Les personnes accueillies à l'ESD sont originaires de 46 pays (voir détail des nationalités page 20), principalement d'Afrique de l'Ouest (total 32%, Guinée 9%, Mali 7%), d'Afrique du Nord (28%, Algérie 21%), d'Afrique centrale (16%, Congo RD 7%), et d'Asie du Sud (7%). Les femmes sont davantage représentées parmi les exilé.e.s d'Afrique du Nord (45%) et d'Afrique centrale (53%). La moyenne d'âge est plus élevée parmi les personnes originaires d'Afrique du Nord (43 ans), et les maladies graves plus fréquentes parmi celles d'Afrique de l'Ouest (72%).

## Personnes accueillies à l'Espace santé droit

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

2016	n	%	Sexe F	Age médian	Age moyen	En Fra méd	En Fra Moye	Malad. grave	Nouv.
<b>Total</b>	<b>209</b>	<b>100%</b>	<b>39%</b>	<b>39 ans</b>	<b>41 ans</b>	<b>4 ans</b>	<b>7 ans</b>	<b>61%</b>	<b>65%</b>

### Groupes vulnérables

Malades	127	61%	35%	41 ans	41 ans	5 ans	7 ans	100%	61%
Femmes	82	39%	100%	39 ans	42 ans	4 ans	6 ans	54%	63%

### Région d'origine

Afrique de l'Ouest	67	32%	31%	36 ans	37 ans	5 ans	7 ans	72%	60%
Afrique du Nord	58	28%	45%	39 ans	43 ans	3 ans	6 ans	52%	69%

## Personnes soutenues par la permanence téléphonique de l'ESD

### CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

2016	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	Soutien méd.	Soutien soc-jur.
Total	1336	100%	45%	37 ans	42 ans	2 ans	4 ans	51%	11%	12%

#### Groupes vulnérables

Malades	683	51%	44%	37 ans	41 ans	1 an	3 ans	100%	14%	15%
Femmes	595	45%	100%	39 ans	43 ans	1 an	3 ans	50%	10%	12%
Agés≥60	223	17%	53%	66 ans	71 ans	1 an	5 ans	49%	8%	8%
Mineurs<18	48	4%	51%	12 ans	11 ans	<1 an	1 an	43%	-	-

#### Région d'origine

Af. Nord	515	39%	51%	35 ans	44 ans	1 an	3 ans	53%	10%	11%
Af. Ouest	401	30%	34%	35 ans	38 ans	2 ans	4 ans	50%	13%	12%
Af. centrale	192	14%	45%	37 ans	41 ans	2 ans	4 ans	59%	12%	14%
Eur. Est	49	4%	55%	35 ans	41 ans	2 ans	3 ans	39%	10%	10%

En 2016, la permanence téléphonique a soutenu 1 336 personnes (9% des 1 470 appels correspondent à des suites de premier appel), dont 45% de femmes et 17% de migrants.e.s âgés.e.s de plus de 60 ans. Les bénéficiaires sont âgés de 42 ans en moyenne, et récemment arrivés en France (en moyenne depuis 4 ans et médiane 2 ans lors des appels 2016). La moitié des personnes concernées étaient atteintes d'une ou plusieurs maladies graves et/ou chroniques (voir Etat de santé page 78). Les femmes sont plus âgées, et davantage représentées parmi les personnes d'Europe de l'Est et d'Afrique du Nord. Les enfants concernés par ces appels sont arrivés plus récemment en France. A peine plus d'une personne sur 10 était déjà suivie par un service médical et/ou social.

Les principales pathologies sont les cancers (17% des maladies déclarées dans le cadre de la permanence téléphonique et 5% des maladies observées chez les personnes accueillies à l'ESD, voir ci-contre), les troubles psychiques (13% PT, 12% ESD), les maladies cardiovasculaires (13% ESD, 10% PT) et le diabète (12% PT, 11% ESD), alors que la part des maladies infectieuses est plus importante parmi les personnes accueillies à l'ESD. La maladie a été découverte après l'arrivée en France dans la plupart des cas (68% pour l'ensemble des pathologies, voir aussi Epidémiologie page 78).

#### Maladies graves déclarées par les bénéficiaires de la PT

2016	n	%
<b>Maladies chroniques</b>	<b>566</b>	<b>76%</b>
Cancer	127	17%
Diabète	87	12%
Drépanocytose	21	3%
Handicap	41	5%
Insuffisance rénale	15	2%
Maladies cardio-vasculaire	75	10%
<b>Maladies infectieuses et p.</b>	<b>85</b>	<b>11%</b>
Infection par le VHB	33	4%
Infection par le VHC	12	2%
Infection par le VIH	30	4%
Tuberculose	10	1%
<b>Troubles psychiques</b>	<b>95</b>	<b>13%</b>
Total	746	100%

#### Maladies graves observées chez les personnes accueillies

2016	n	%
<b>Maladies chroniques</b>	<b>121</b>	<b>71%</b>
Cancer	8	5%
Diabète	18	11%
Insuffisance rénale	4	2%
Maladie cardio-vasculaire	23	13%
<b>Maladies infectieuses et p.</b>	<b>29</b>	<b>17%</b>
Infection par le VHB	10	6%
Infection par le VHC	10	6%
Infection par le VIH	9	5%
<b>Troubles psychiques</b>	<b>21</b>	<b>12%</b>
Total	171	100%



## OBSERVATION, ACTIONS ET RESEAUX

L'année 2016 a été marquée par l'adoption d'une nouvelle réforme de l'immigration (loi du 7 mars 2016). A partir du 1<sup>er</sup> novembre 2016, les modifications en matière de réglementation sur l'éloignement (modification des délais de recours contre les OQTF et des règles sur l'Aide juridictionnelle) ont impacté l'activité de conseil juridique. Le durcissement tendanciel des pratiques des préfectures, consécutif à la précédente réforme du 16 juin 2011, s'est confirmé en 2016 à l'encontre des étrangers malades, accompagnants et parents d'enfants malades. Les personnes concernées sont de moins en moins protégées des risques d'expulsion ; il est nécessaire d'intervenir pour contester les obligations de quitter le territoire, libérer les personnes malades placées en centre de rétention ou encore rédiger des demandes d'assignation à résidence en vue d'une requête en relèvement d'interdiction judiciaire du territoire français (ITF). Le durcissement du régime des IRTF (Interdiction de retour sur le territoire français) par la loi du 7 mars 2016 impose également de nouvelles contraintes tant dans l'examen d'une éventuelle première demande de titre de séjour que pour demander le relèvement d'une IRTF. Les obstacles observés sont détaillés dans le chapitre Accès aux droits page 99.

En 2016, les refus de délivrance de « récépissé de renouvellement » ont pris une ampleur inquiétante, et rendent nécessaire des interventions répétées auprès des préfectures de Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne. Les conséquences sociales sont majeures (perte d'emploi, de prestations sociales, et donc endettement, voir mise à la rue). Les moyens de recours contre l'administration sont extrêmement difficiles à mettre en œuvre individuellement par les usagers (administration sourde aux demandes faites au guichet ; nécessité d'interpeller gracieusement les responsables, ou recours contentieux en référé-suspension complexes et coûteux). Le droit au séjour des accompagnants d'enfants malades fait l'objet d'un travail de soutien en augmentation, la loi du 7 mars 2016 prévoyant

désormais la délivrance de plein droit d'une autorisation provisoire de séjour avec droit au travail pour les deux parents d'un enfant gravement malade ne pouvant être soigné dans son pays d'origine. L'accès à la Carte de résident (et à la Carte de séjour pluri-annuelle depuis la réforme) reste un axe de travail prioritaire. La nouvelle loi prévoit désormais la délivrance de plein droit d'une carte de résident (après 5 cartes de séjour temporaire) et précise que la condition de ressources n'est pas opposable aux titulaires de l'AAH ou de l'ASI.

L'équipe de l'ESD intervient également en matière d'accès aux soins et à la protection maladie (voir aussi Accès aux soins page 87). Plusieurs Cpm fonctionnent avec des filières issues des conventions de partenariat passées avec certains organismes ou associations, au détriment de toutes les autres demandes. Compte tenu des obstacles rencontrés dans l'instruction des demandes d'AME et des nombreux refus abusifs auxquels les personnes concernées doivent faire face (Paris, Hauts-de-Seine, Val-de-Marne, Seine-Saint-Denis), l'équipe de l'ESD a accompagné plusieurs personnes dans un contentieux devant la Commission Départementale d'Aide Sociale. La pratique généralisée à la Cpm de Paris consistant à refuser anormalement l'accès à l'AME à des personnes récemment arrivées en France du fait d'une erreur de lecture des visas de court-séjour s'est confirmée au cours de l'année 2016. Cette pratique a conduit l'ESD à accompagner plusieurs recours contentieux favorables à l'utilisateur. Par ailleurs, on observe également l'émergence d'une pratique consistant à refuser toute protection maladie à des étrangers au motif qu'ils auraient transité par un autre pays européen. Ces pratiques sont généralement non-conformes au droit et témoignent d'un retournement paradoxal des Règlements de coordination de sécurité sociale intra-européens contre les usagers. L'accès effectif au juge est également entravé par les refus des bureaux d'Aide Juridictionnelle d'accorder l'AJ du fait de l'absence de titre de séjour, au motif qu'un tel contentieux ne serait pas « particulièrement digne d'intérêt », les délais d'audiencement étant en outre très longs

(jusqu'à 18 mois). Les demandes de soutien de personnes confrontées à des factures hospitalières (jusqu'à plusieurs dizaines de milliers d'euros) ont conduit l'ESD à approfondir plusieurs axes de travail. D'abord le développement de l'expertise juridique :

- sur la rétroactivité des droits à une protection maladie ;
- sur l'articulation entre AME et DSUV du fait de la discordance dans les délais de prescription des demandes de mise en paiement des créances contre les Cnam ;
- sur la légalité des créances et des actes des ordonnateurs publics ;
- sur la légalité des actes de poursuites des comptables publics et du recouvrement des créances hospitalières ;

Ensuite, le développement de la coopération avec les hôpitaux publics et particulièrement l'AP-HP, afin de soutenir « l'hôpital public » en optimisant les taux d'accès à la protection maladie des patients (lever les blocages d'accès aux droits) et en favorisant la mise en paiement contre les Cnam (une fois les droits du patient obtenus). Un travail de concertation avec la direction de l'AP-HP s'est concrétisé en octobre 2015 et en juin 2016, associant le service social (accès aux droits des patients) et le service facturation (optimisation de la facturation contre les Cnam et non pas contre les patients ; coordination entre services). Il s'agit notamment de coordonner le timing de facturation des soins avec celui du recouvrement des droits (à une protection maladie) des patients, ce recouvrement pouvant intervenir tardivement après les soins (mise en oeuvre de la rétroactivité ou résultat favorable tardif d'un recours contre un refus de protection maladie). L'Espace santé droit est également sollicité par des personnes ayant fait l'objet de refus de soins hospitaliers, liés à des dysfonctionnements des dispositifs PASS censés permettre aux personnes précaires et sans protection maladie d'accéder aux soins nécessaires.

Enfin, l'équipe de l'ESD intervient pour d'autres droits sociaux, notamment pour l'accès de familles régularisées aux prestations familiales refusées par les Caisses d'Allocation Familiale

au motif que leurs enfants ne seraient pas entrés en France par la procédure du regroupement familial. Outre que le Défenseur des Droits considère cette exigence discriminatoire et contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant, la jurisprudence de la Cour de cassation et des juridictions au fond évolue et assouplit cette condition pour certaines catégories de personnes.

L'équipe de l'ESD a renforcé ses partenariats avec l'hôpital Avicenne à l'occasion de l'emménagement de l'ESD dans les locaux de l'hôpital le 20 mai 2016. Dans le cadre de la convention tri-partite Avicenne-Cimade-Comede, l'ESD a animé la première journée de formation pour le service social de l'hôpital sur le thème de la réforme PUMa (40 participant.e.s). L'ESD poursuit également sa collaboration avec la Cnam de Seine-Saint-Denis, le Comede ayant animé une journée de formation en octobre 2016 pour 20 agents sur les droits des ressortissants étrangers. Un collectif d'associations et services hospitaliers s'est regroupé à l'initiative de Médecins du Monde (Saint-Denis) et du Comede pour créer un groupe de suivi des pratiques de la Cnam. Ce groupe prend la forme de deux réunions de travail annuelles et d'un échange régulier sur une liste de diffusion par méls.

A partir de ses activités d'accueil et de soutien, l'équipe de l'Espace santé droit développe un travail de réseau et de sensibilisation des acteurs loco-régionaux du droit de la santé des étrangers qui doit être pérennisé pour faire face à la progression des facteurs de vulnérabilité pour la santé des exilés (voir Etat de santé page 71). Les actions de l'ESD doivent être renforcées sur le plan du soutien juridique, et diversifiées pour mieux prendre en compte les besoins d'accompagnement social et de prévention. ■

**Contribution de l'Espace santé droit à l'activité globale du Comede en 2016 :**

24% des personnes soutenues  
20% des appels des permanences téléphoniques  
3% des consultations



## Le Comede à Marseille et en région PACA

Dans le cadre d'un partenariat institutionnel avec l'association Espace (voir encadré), une partie de l'équipe du Comede est hébergée à Marseille. Elle y développe depuis 2012 des activités de formation et d'information en région PACA en lien avec les activités du Centre-ressources national (voir page 19). En outre, un partenariat opérationnel a également débuté en 2012 avec Médecins du Monde (voir encadré). Des consultations médico-socio-juridiques sont organisées pour les personnes engagées ou souhaitant engager des démarches d'admission au séjour en raison de leur état de santé.

Constituée en mai 2017 de 4 salarié.e.s pour 2,2 ETP (1,8 ETP socio-juridique et 0,4 ETP médical), l'équipe du Comede PACA a traité 1250 appels téléphoniques et méls en 2016 (+50% par rapport à 2015), soit 49% du total des permanences nationales. Un tiers de ces appels (404, soit 32%) concernaient des personnes vivant en région PACA, de même que 4% des appels traités par l'équipe francilienne (51 appels).

Au total pour les bénéficiaires résidant en région PACA, le Comede a assuré **594 entretiens téléphoniques et consultations** en 2016 (+21%) pour une file active de **321 personnes**, et y a mené **32 demi-journées de formation** sur la santé et le droit à la santé des migrants/étrangers. L'équipe du Comede PACA a également réalisé des formations à proximité en région Occitanie (voir Centre de formation page 25) et contribue largement aux autres activités du Centre-ressources (voir page 19).

**L'association Espace** (Espace de Soutien aux Professionnels de l'Accueil et du Conseil aux Etrangers, 13003) est un Centre de ressources pour les acteurs de l'intégration en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Espace met notamment à disposition une information sur les organismes et les permanences d'accueil et d'accès aux droits des étrangers de la région ; une permanence téléphonique dédiée aux professionnels (tél. 04 95 04 30 98), des formations et un site de jurisprudence en droit des étrangers ([www.dequeldroit.fr](http://www.dequeldroit.fr)). [www.espace.asso.fr](http://www.espace.asso.fr)

**Le Centre de soins de Médecins du Monde (MDM) à Marseille (13003)** propose une prise en charge médico-sociale aux populations en situation de vulnérabilité vivant à Marseille en leur facilitant l'accès aux soins, à une couverture maladie et à la prévention [www.medecinsdumonde.org](http://www.medecinsdumonde.org).

### PERMANENCES TELEPHONIQUES ET CONSULTATIONS POUR LES PERSONNES RESIDANT EN REGION PACA

En 2016, les **permanences téléphoniques** (PT) du Comede (voir page 19) ont traité 455 appels et méls (25% méls) émanant de la région PACA (voir tableau ci-dessous), dont 88% provenant des Bouches-du-Rhône, 5% du Var, 3% du Vaucluse, et 3% des Alpes-Maritimes. La plupart des appels ont été traités par l'équipe du Comede à Marseille (404, 89%). En outre, les intervenant.e.s ont effectué 139 **consultations** socio-juridiques au centre de Médecins du monde. Près de la moitié des appels et consultations (46%) correspondent à des suivis de situation.

**Les demandes** adressées aux permanences téléphoniques (PT) ou en consultation (MDM) et émanant de personnes résidant ou travaillant

### Permanences téléphoniques et consultations pour les personnes résidant en région PACA

2015	N	File active	Département				Accès aux soins	Droit au séjour		Autre
			06	13	83	84		méd.	autre	
Appelants PACA	455	268	3%	88%	5%	3%	22%	55%	17%	25%
<i>dont Répond. PACA</i>	<i>404</i>	<i>204</i>	<i>3%</i>	<i>90%</i>	<i>4%</i>	<i>2%</i>	<i>22%</i>	<i>54%</i>	<i>17%</i>	<i>24%</i>
Cs Caso MDM	139	53	-	100%	-	-	4%	91%	8%	5%
<b>Total</b>	<b>594</b>	<b>321</b>	<b>2%</b>	<b>91%</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>	<b>18%</b>	<b>63%</b>	<b>15%</b>	<b>18%</b>

en région PACA portent sur le droit au séjour pour raison médicale (55% des appels des PT et 91% au Caso), des questions d'accès aux soins et à la protection maladie (22% PT), de soutien et protection sociale (25% PT), et de droit au séjour pour motif non médical (17% PT et 8% MDM). La plupart de ces sollicitations ont nécessité une évaluation/expertise médicale préalable de l'état de santé de la personne et de son besoin de soins, soit grâce à l'aide du médecin traitant, soit (ou de manière complémentaire) par l'intervention d'un médecin du Comede (ou de MDM pour les personnes y étant reçues).

Les **appelants** des permanences téléphoniques en PACA (voir tableau ci-contre) se répartissent entre associations (total 38%, Points d'appui 15%), des particuliers (19%, la personnes concernée dans 9% des cas), des avocats (18%), des services publics (17%, Assistante sociale de secteur 7% et Cada 5%), et des services de santé (total 14%, hôpital 12%). Cette répartition témoigne d'une réponse privilégiée du Comede PACA pour les acteurs professionnels et associatifs, et préfigure la mise en place prochaine d'une permanence téléphonique régionale dédiée (voir Perspectives page 55). A titre comparatif, les appels traités par les répondants franciliens émanent plus souvent des particuliers (42%) et moins souvent des associations (22%) et avocats (4%), rejoignant ainsi les caractéristiques globales des PT nationales (voir page 19).

Les **consultations** socio-juridiques réalisées par le Comede au Caso de Médecins du Monde ont lieu les mardis après-midi (14h-18h). Le suivi des dossiers (rédaction des courriers, contacts et accompagnement auprès de la préfecture, contacts avec les médecins) peut nécessiter un temps complémentaire de travail les autres jours de la semaine. Il s'agit, au terme d'une évaluation préalable du dossier médical du patient et en sa présence, d'évaluer si son état de santé justifie son admission au séjour. En cas d'évaluation favorable, les personnes reçues sont alors accompagnées

## Appelants des Permanences tél

455 appelants dont 51 traités par les répondants IDF

2015	Appelant PACA	dont Rép. IDF
Associations de soutien	38%	22%
Aada	1%	-
Cade	2%	12%
Cimade	2%	2%
Comede	1%	-
FAP	1%	-
Médecins du monde	2%	-
Points d'appui	15%	-
Avocats	18%	4%
Collectifs	1%	13%
Particuliers	19%	42%
Ami, proche	4%	14%
Famille	6%	14%
Personne concernée	9%	10%
Services publics	17%	22%
AS ville/secteur	7%	16%
Cada	5%	2%
CHRS	4%	2%
Services de santé	14%	12%
ACT	1%	-
Hôpital	12%	8%
dont PASS	4%	2%

dans leurs démarches administratives. L'entretien médical permet également de s'assurer que le patient dispose d'une protection maladie appropriée et reçoit les soins nécessaires, et, le cas échéant, conduit à une orientation vers un lieu de soin adapté. Lorsque les patients bénéficient d'un suivi social extérieur (Cada, CHRS, etc.), l'ensemble des démarches est alors accompli en lien avec cette structure (réunions de synthèse, appui juridique, etc.).

Le suivi des étrangers malades nécessite également des **accompagnements physiques** pour les démarches à la préfecture, permettant de débloquer des situations ou d'engager par la suite des recours contentieux contre les refus d'enregistrement des demandes. L'observation des conditions d'attente pour pouvoir accéder aux guichets et des pratiques préfectorales relatives au dépôt de dossier, fondées ou non (voir Accès aux droits page 99), induit une meilleure connaissance du dispositif local et donc une meilleure information aux personnes accompagnées.

## Personnes soutenues à Marseille et en région PACA

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE SELON LA REGION D'ORIGINE

Région d'origine	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	6	2%	-	5	1	3	-	3	-	3	-	2	1
Afrique centrale	11	3%	-	10	1	7	-	7	-	4	-	3	1
Afrique de l'Est	4	1%	-	4	-	3	-	3	-	1	-	1	-
Afrique du Nord	124	39%	12	92	20	68	11	48	11	56	1	44	11
Afr. de l'Ouest	46	14%	-	46	-	26	-	26	-	20	-	20	-
Amér. du Nord	1	<1%	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	1
Amér. du Sud	4	1%	-	3	1	-	-	-	-	4	-	3	1
Asie centrale	9	3%	1	7	1	4	-	4	-	5	1	3	1
Asie de l'Est	1	<1%	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-
Asie du Sud	1	<1%	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-
Caraïbes	1	<1%	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-
Europe de l'Est	67	21%	8	58	1	31	3	28	1	36	5	30	1
Europe de l'Ou.	40	12%	4	34	2	22	1	20	-	18	3	14	1
Moyen-Orient	6	2%	1	4	1	4	-	3	1	2	1	1	-
<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>100%</b>	<b>26</b>	<b>266</b>	<b>29</b>	<b>169</b>	<b>15</b>	<b>143</b>	<b>11</b>	<b>152</b>	<b>11</b>	<b>123</b>	<b>18</b>

## CARACTERISTIQUES DES PERSONNES SOUTENUES

Les 594 entretiens téléphoniques et consultations ont concerné **321 personnes** en 2016, dont 152 femmes (47%), 29 migrants âgés ≥60 ans (9%), 26 enfants mineurs <18 ans (8%) et 26 demandeurs d'asile (8%). Ces personnes sont originaires de 53 pays (voir tableau ci-dessus et détail des nationalités page 20), principalement d'Afrique du Nord (total 39%, Algérie 28% et Maroc 7%), d'Europe de l'Est (total 21%, Kosovo 7% et Arménie 4%), d'Afrique de l'Ouest (total 14%, Nigeria 5%) et d'Europe de l'Ouest (total 12%, Roumanie 3%). Elles sont âgées de 39 ans en moyenne (voir tableau ci-dessous), et

récemment arrivées en France, en moyenne depuis 4 ans et médiane 2 ans lors des appels et consultations en 2016. Au moins un tiers de ces personnes (35%, mais le recueil n'est pas exhaustif sur ce point) se déclaraient atteintes d'une maladie grave et/ou chronique, un tiers avaient déjà effectué une demande de titre de séjour pour raison médicale (35%) et un quart (27%) avaient fait une demande d'asile (27%). On observe des différences importantes concernant la région d'origine, les exilé.e.s d'Afrique de l'Ouest étant nettement plus nombreux à avoir effectué une demande d'asile (72%) et ceux d'Afrique du Nord moins nombreux (4%).

## Personnes soutenues à Marseille et en région PACA

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra Moy	Malad. grave	ATCD asile	ATCD dasem
<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>100%</b>	<b>47%</b>	<b>39 ans</b>	<b>38 ans</b>	<b>2 ans</b>	<b>4 ans</b>	<b>35%</b>	<b>27%</b>	<b>35%</b>

## Groupes vulnérables

Femmes	152	47%	100%	40 ans	40 ans	2 ans	3 ans	27%	22%	38%
Malades	>113	>35%	36%	35 ans	35 ans	1,5 an	3 ans	100%	25%	25%

## Région d'origine

Af. du Nord	124	39%	45%	40 ans	40 ans	1,5 an	3 ans	52%	4%	43%
Eur de l'Est	67	21%	54%	40 ans	37 ans	2 ans	3 ans	30%	72%	45%

## Maladies graves déclarées par les bénéficiaires des PT et des consultations\*

2016	n	%
<b>Maladies chroniques</b>	<b>85</b>	<b>65%</b>
Cancer	16	12%
Diabète	7	5%
Handicap	8	6%
Maladies cardio-vasculaire.	10	8%
<b>Maladies infectieuses</b>	<b>20</b>	<b>16%</b>
Infection par le VHB	3	2%
Infection par le VHC	8	6%
Infection par le VIH	9	7%
<b>Troubles psychiques</b>	<b>24</b>	<b>19%</b>
Total	129	100%

\* le détail sur la pathologie n'est demandé que lorsqu'il est nécessaire au soutien

Les maladies graves les plus souvent déclarées chez les appelants ou constatées chez les consultants sont les troubles psychiques (19%), les cancers (12%), les maladies cardiovasculaires (8%), l'infection par le VIH (7%), l'infection chronique par le VHB (6%) les handicaps graves (6%) et le diabète (6%, voir tableau ci-dessus).

**Monsieur Z., âgé de 67 ans et de nationalité marocaine**, est titulaire d'une carte de résident et bénéficie d'une pension de retraite de droit français (versée par la MSA) d'un montant de 500 euros par mois et d'un complément de revenus au titre du minimum vieillesse (ASPA). Très récemment victime d'un AVC, il envisage de rentrer au Maroc pour s'y installer auprès de sa famille. Afin de l'informer sur ses droits, l'assistante sociale de l'établissement qui le prend en charge (CH Avignon) sollicite le Comede pour évaluer le maintien ou non de ses droits (droit au séjour, assurance maladie, pension de retraite, ASPA) en cas de retour au Maroc et lors d'éventuels séjours temporaires en France où M. Z. a résidé 35 ans.

Après examen approfondi de la convention bilatérale de sécurité sociale franco-marocaine, le Comede informe l'assistante sociale que si la pension de retraite ainsi que la couverture maladie (régime de base attaché à la pension de retraite) de M. Z. seront bien transférés au Maroc, ses droits à l'ASPA et à la complémentaire santé seront arrêtés. Il en est de même de ses droits au renouvellement de sa carte de résident de dix ans. Il est conseillé également au patient de vérifier, auprès des médecins français et marocains, les possibilités d'assurer la continuité des soins appropriés au Maroc compte tenu du caractère récent de l'AVC dont il a été victime.

## FORMATION, RESEAU ET PARTENARIATS

En 2016, les intervenant.e.s du Comede ont effectué **32 demi-journées de formation** professionnelle en région PACA (29 en 2015) pour une moyenne de 15 stagiaires par demi-journée. Dans le cadre du partenariat avec Espace, le Comede a animé 12 demi-journées de formation à Avignon, Marseille, Nice et Toulon auprès des acteurs de l'accès aux droits. Onze demi-journées ont également été organisées pour la Fnars Paca à Marseille, alors que 6 demi-journées de formation ont été consacrées au stage national du Comede sur l'Accès aux droits et aux soins des étrangers à Marseille.

Les membres du Comede sont également intervenus lors des rencontres du RESPADD à Marseille (*Migrations et addictions*), ainsi qu'en région Occitanie dans le cadre d'une journée du Corevih à Sète ou du colloque ADDE & SAF à Toulouse dans le champ du droit à la santé des exilés (voir Centre-ressources page 25). Ils contribuent par ailleurs aux travaux de plusieurs groupes de mutualisation d'expériences, d'expertise et de plaidoyer à Marseille sur l'accès aux soins (notamment avec la CPAM 13), des mineurs isolés étrangers, et des demandeurs d'asile, mais également au niveau national notamment dans le cadre de l'ODSE et du Collectif pour le droit à une domiciliation (collectifs associatifs page 14). Enfin, l'équipe du Comede PACA participe activement aux publications du Comede et aux notes pratiques (voir Publications page 30, disponibles sur [www.comede.org](http://www.comede.org)).

Outre les partenariats avec les associations Espace et MDM, les activités de formation, d'information et de soutien ont permis au Comede de développer son inscription en réseau au sein de la région PACA. Le Comede a ainsi développé des liens avec les acteurs hospitaliers par le suivi en commun de patients dans leurs démarches d'ouverture de droits à une protection maladie et d'admission au séjour pour raison médicale, en particulier avec les PASS de l'AP-HM et d'Edouard Toulouse, les

## Formation professionnelle en 2016

32 demi-journées effectuées et 11 formations dans 4 villes pour 480 stagiaires\*demi-journées

Ville	Cadre	Intitulé/Contenu	Intervenants x demi-journée	Demi- journ. 32	Stagi. x DJ 480
AVIGNON	Espace/Comede	Réforme de l'asile et protection sociale	Vallois E.	2	12
AVIGNON	Espace/Comede	Accès des étrangers aux droits sociaux	Demagny B.	2	18
MARSEILLE	Comede stage nat.	Accès aux soins et aux droits	Demagny B, Crochet K	6	22
MARSEILLE	Espace/Comede	Droits sociaux des étrangers	Demagny B.	4	12
MARSEILLE	Fmars PACA	Droits sociaux des étrangers	Demagny B.	1	6
MARSEILLE	Fmars PACA APCM	Droits sociaux des étrangers	Demagny B.	4	19
MARSEILLE	Fmars PACA ARS	Droits sociaux des étrangers	Demagny B.	6	11
MARSEILLE	IPC	Droit à la santé des étrangers	Demagny B.	2	12
MARSEILLE	PASS Timone/Conc	Droit au séjour et étrangers malades	Sallé J.	1	20
NICE	Espace/Comede	Réforme de l'asile et protection sociale	Vallois E.	2	13
TOULON	Espace/Comede	Réforme de l'asile et protection sociale	Vallois E.	2	11

services de santé mentale ou encore les professionnels d'établissements privés de santé, souvent peu dotés en travailleurs sociaux. Une collaboration régulière s'est également mise en place avec les professionnels des structures de prise en charge, d'accueil et d'hébergement des étrangers (Cada, CHRS, Caarud de l'association Bus 31/32, Osiris, Plateforme Asile etc.). Enfin, le Comede a mis son expertise médico-juridique à disposition des équipes associatives (Forum réfugiés, La Cimade, LDH, Aides, Anafé) et institutionnelles (Unité médicale de l'AP-HM) intervenant pour garantir l'exercice des droits et la continuité des soins des personnes privées de liberté (en rétention, en zone d'attente ou en prison) ou récemment libérées.

## GESTION ET PERSPECTIVES

En 2016, l'activité du Comede PACA a été soutenue par des financeurs nationaux (principalement Direction générale de la santé, Direction de l'accueil des étrangers et de la nationalité et Fonds européen asile et migrations, voir page 11) et régionaux (Agence régionale de santé PACA). Le développement des actions de Centre- ressources, de promotion de la santé, d'accès aux soins et aux droits des migrants/étrangers doit être poursuivi, notamment dans les autres départements que les Bouches-du-Rhône et/ou auprès de publics particulièrement vulnérables : demandeurs d'asile, travailleurs et retraités agricoles, migrant.e.s âgé.e.s, femmes en situation de rupture familiale, mineurs, personnes sans domicile stable ou encore citoyens de l'Union européenne en situation précaire, etc. Le renforcement du soutien de l'ARS PACA devrait permettre de développer ces activités et d'en renforcer le caractère pluridisciplinaire lors des prochaines années. ■

### Contribution de l'activité en région PACA à l'activité globale du Comede en 2016 :

29% des formations  
18% des appels des PT nationales (*l'équipe PACA a traité au total 49% des appels/méls des PT nationales*)  
5% des personnes soutenues  
1% des consultations (Caso MDM)







## Populations

*Migrants, étrangers et exilés en France, et personnes soutenues par le Comede*

En raison du déficit des données démographiques relatives aux personnes en situation de précarité administrative, les populations de migrants, étrangers et exilés résidant en France (voir définitions ci-contre) sont difficiles à caractériser avec précision. Pourtant, le croisement des sources publiques et associatives permet d'identifier les groupes les plus nombreux et les plus vulnérables. Dans le cas du Comede, l'observation démographique est complétée par une veille épidémiologique permettant de déterminer les actions de santé publique et de soutien socio-juridique à mettre en œuvre pour ces populations.

### POPULATION GLOBALE ET PUBLICS VULNERABLES

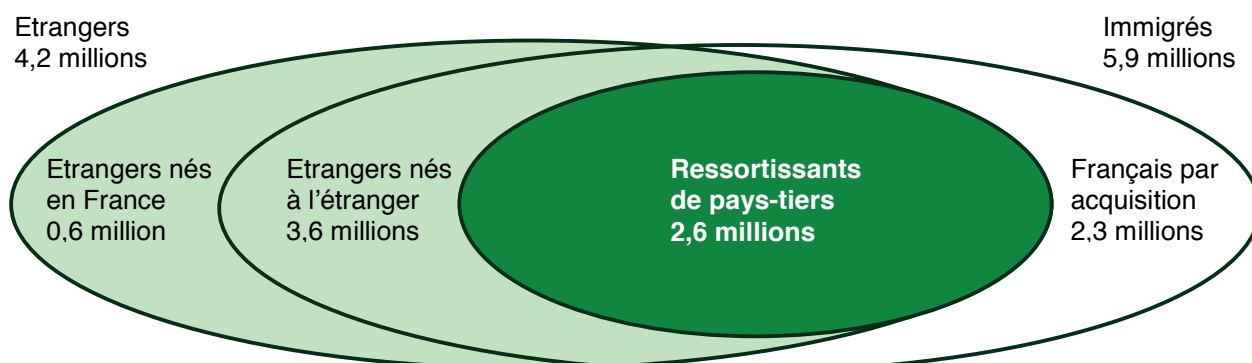
La France compte officiellement 5,9 millions d'immigrés (incluant les Français « par acquisition ») et 4,2 millions d'**étrangers** (Insee 2016 sur données 2013) dont 38% ont la nationalité d'un pays d'Europe de l'Ouest (UE 28, Islande, Liechtenstein et Suisse). Particulièrement exposés aux facteurs de précarité sociale et administrative, les **ressortissants de pays-tiers** étaient 2,6 millions fin 2015. En 2012 (voir tableau page suivante), 49% étaient des femmes, 22% des enfants mineurs et 13% des personnes âgées de plus de 60 ans.

### Définitions

- **Demandeur d'asile** : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.
- **Étranger** : personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique. L'expression « **étranger malade** » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.
- **Exilé** : terme évoquant le caractère contraint de la situation de migration, et notamment ses aspects psychologiques.
- **Immigré** : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition du Haut-Conseil à l'Intégration utilisés pour le recensement démographique (Insee). Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.
- **Migrant** : au sens de *migrant international*, personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Les migrants nés hors de France sont des **immigrants**, qu'ils soient français de naissance ou immigrés.
- **Réfugié** ou " protégé subsidiaire " : au sens juridique, personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordé/e par l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la CNDA (Cour nationale du droit d'asile).
- **Ressortissants de pays-tiers** : hors Union européenne, Espace économique européen et Suisse.
- **Sans-papiers** ou **Clandestin** : étranger en séjour irrégulier. Ces termes sont destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») ou légitime (attaches en France du « sans-papiers ») de la présence de la personne.

### Populations d'étrangers et immigrés résidant en France

*Sources Insee*



## Etrangers en France (milliers)

EFFECTIFS PAR AGE, PAR SEXE ET PAR ORIGINE GEOGRAPHIQUE

	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
<b>Total</b>	<b>3 771</b>	<b>100%</b>	<b>699</b>	<b>2 373</b>	<b>699</b>	<b>1 927</b>	<b>357</b>	<b>1 176</b>	<b>394</b>	<b>1 844</b>	<b>342</b>	<b>1 197</b>	<b>305</b>
Eur. de l'Ouest	1 369	36%	178	812	379	695	91	411	194	674	88	400	185
<b>Pays-tiers</b>	<b>2 402</b>	<b>100%</b>	<b>520</b>	<b>1 561</b>	<b>320</b>	<b>1 232</b>	<b>266</b>	<b>765</b>	<b>201</b>	<b>1 170</b>	<b>254</b>	<b>797</b>	<b>120</b>
Afrique australe	53	2%	12	38	3	22	6	15	1	31	6	23	2
Afrique centrale	164	7%	52	108	4	77	26	49	2	87	27	58	2
Afrique de l'Est	4	<1%	1	3	<1	2	<1	2	<1	2	<1	2	<1
Afrique du Nord	1 052	44%	175	647	230	573	90	331	152	479	85	317	78
Afri. de l'Ouest	239	10%	62	162	14	131	32	87	12	108	31	75	3
Améri. du Nord	51	2%	9	35	6	23	5	15	4	28	5	20	3
Améri. du Sud	68	3%	13	52	3	31	6	23	1	37	6	29	2
Asie centrale	3	<1%	1	2	<1	2	1	1	<1	1	<1	1	<1
Asie de l'Est	173	7%	27	132	13	70	14	51	5	102	13	81	8
Asie du Sud	64	3%	17	44	3	34	9	24	1	30	8	20	2
Caraïbes	96	4%	nc	nc	nc	45	nc	nc	nc	51	nc	nc	nc
Europe de l'Est	358	15%	97	229	32	180	51	113	17	178	46	116	15
Moyen-Orient	45	2%	8	32	4	27	4	21	2	18	4	12	2
Océanie	5	<1%	1	4	<1	3	1	2	<1	3	<1	2	<1

Sources : données Insee 2012. Répartition géographique : voir Annexes.

Les ressortissants des pays tiers sont principalement originaires d'Afrique du Nord (44% de l'ensemble et 41% des femmes), d'Europe de l'Est (15%, 15%), d'Afrique de l'Ouest (10%, 9%), d'Asie de l'Est (7%, 9%) et d'Afrique centrale (7%, 7%), alors que certaines autres régions sont plus souvent retrouvées parmi les réfugiés (Asie du Sud 14% fin 2015), les demandeurs d'asile (Afrique de l'Est 14%, Moyen-Orient 12%), ou les migrants dans les départements d'Outre-mer (Caraïbes 67% en Guyane). Ils résident principalement en régions Ile-de-France (42% en 2012), Rhône-Alpes (10%), PACA (8%), et Outre-Mer (5% sans compter Mayotte). Les bénéficiaires de l'Aide médicale Etat (311 310 fin 2016) résident pour plus de la moitié en Ile-de-France (55% en 2013), et 6% résident en Guyane.

Certains groupes démographiques constituent des **publics prioritaires** pour les politiques publiques de santé et d'insertion, en raison de la fréquence des situations de vulnérabilité qu'ils rencontrent (voir page 71). Ces **publics vulnérables** se recoupent largement.

- **Les femmes** : 1,2 million de ressortissantes de pays tiers, 44% des réfugié.e.s, 34% des demandeurs d'asile, 38% des migrant.e.s âgé.e.s (47% hors Afrique du Nord). Elles sont principalement originaires d'Afrique du Nord (41%), d'Europe de l'Est (15%), d'Afrique de l'Ouest (9%), d'Asie de l'Est (9%), d'Afrique centrale (7%), et des Caraïbes (4%).

- **Les migrants âgés de plus de 60 ans** : 320 000 ressortissants de pays tiers, principalement originaires d'Afrique du Nord (72%), d'Europe de l'Est (10%), d'Afrique de l'Ouest (4%) et d'Asie de l'Est (4%).

- **Les demandeurs d'asile et les réfugiés** : fin 2016, 228 427 personnes étaient placées sous la protection de l'Ofpra (86% réfugiés, 1% apatrides et 13% protections subsidiaires), qui enregistrait également 85 726 nouvelles demandes d'asile. Les demandeurs étaient principalement originaires d'Europe de l'Est (23%), d'Afrique de l'Ouest (14%), d'Afrique de l'Est (10%), du Moyen-Orient (10%), d'Afrique centrale (9%), et d'Asie du Sud (10%).

## Populations d'étrangers en France en situation de grande vulnérabilité

Réfugié.e.s & PS 228 000	Migrant.e.s ≥60 ans RPT* 320 000
Etranger.e.s en séjour précaire ≥ 1 000 000 <i>dont demandeurs d'asile et sans-papiers</i>	
Etrangers privés de liberté 68 000	
Mineurs vuln. ≈ 40 000	Etrangers malades 35 000

\* Ressortissants des pays tiers à l'Union européenne

### ▪ Les mineurs particulièrement vulnérables :

le nombre de mineurs isolés protégés par l'ASE était estimé à 18 000 en juillet 2017 selon un rapport sénatorial, alors que le nombre de mineurs isolés non protégés, incluant les enfants déclarés majeurs, n'est pas connu. En outre, l'Ofpra comptait 14 000 mineurs « accompagnant » leur.s parent.s demandeur.s d'asile en 2016, 500 mineurs « rejoignant » leur.s parent.s réfugié.s, ainsi que 5 000 jeunes filles protégées contre le risque de mutilation sexuelle.

▪ **Les « étrangers malades »** : selon le rapport ministériel de novembre 2016 sur les avis médicaux rendus en 2014 dans le cadre du droit au séjour pour raison médicale (voir page 106), 34 685 personnes étaient protégées en fin d'année, dont 10 535 personnes dans le cadre d'une première délivrance de document. Les données sur le nombre de demandes ainsi que sur le nombre de personnes se voyant refuser le renouvellement du titre de séjour ne sont pas publiées par le ministère de l'Intérieur.

▪ **L'ensemble des étrangers en séjour précaire** : début 2015, le ministère de l'Intérieur comptait 500 035 ressortissants de pays-tiers titulaires d'une carte de séjour temporaire et 197 576 « documents provisoires ». La même année, parmi les 215 220 nouveaux « admis au séjour » en métropole, 21 583 l'ont été pour motif « humanitaire » (catégorie incluant les réfugiés et les « étrangers malades »), soit 10%. Le nombre d'étrangers en séjour irrégulier est parfois estimé à 400 000, incluant les bénéficiaires de l'Aide médicale Etat, alors que 68 000 étrangers ont été privés de liberté en 2016 (voir page 64).

## POPULATIONS ET CARACTERISTIQUES DES EXILES SOUTENUS PAR LE COMEDE

En 2016, le Comede a soigné et accompagné 6 365 personnes, dont 3 397 dans le cadre des permanences téléphoniques (PT), 2 817 accueillies au Centre de santé (CDS), 316 à l'Espace santé droit (ESD) et 119 au Caso de MDM à Marseille (voir Comede PACA page 51). Les publics vulnérables sont très largement représentés parmi les patients du Comede et les usagers des permanences téléphoniques, leurs caractéristiques médico-sociales étant développées dans le chapitre Etat de santé. Il s'agit très majoritairement de ressortissants des pays-tiers (97%). Les données présentées dans la suite de ce chapitre excluent les personnes non caractérisées sur le plan de la nationalité (200 personnes accueillies au CDS en 2015) et les personnes accueillies au Caso MDM de Marseille (53).

➔ **2 338 femmes exilées** : 1 467 personnes soutenues dans le cadre des permanences téléphoniques, 789 personnes accueillies au Centre de santé et 82 à l'Espace santé droit.

➔ **974 demandeurs d'asile** : 824 soignés au CDS (31% de femmes) et 150 soutenus par téléphone (35%).

➔ **653 migrants âgés de plus de 60 ans** : 495 soutenus par téléphone (54% de femmes), 138 au CDS (56%) et 20 à l'ESD (12 femmes).

➔ **451 enfants mineurs de 18 ans** : 237 soutenus par téléphone, via leur.s parent.s et/ou l'accompagnant social (40% de filles), 210 accueillis au CDS (12%), et 4 à l'ESD (2 filles).

➔ **Etrangers malades et étrangers en séjour précaire** : les bénéficiaires du Comede se trouvent principalement en situation de séjour précaire et plus d'un tiers sont atteints d'une maladie grave (voir Etat de santé). Parmi les appelants des PT nationales, 25% avaient déjà effectué une demande de régularisation pour raison médicale et 22% une demande d'asile.

## Bénéficiaires du Comede par dispositif de soutien

NB : ne sont pas comptées les 200 personnes accueillies au CDS non caractérisées et les 53 personnes accueillies au Caso Marseille

## EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE

2016	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Perm. Téléph.	3397	56%	237	2665	495	1930	142	1561	227	1467	95	1104	268
Centre de santé	2506	41%	210	2157	138	1717	184	1472	61	789	26	686	77
Esp. santé droit	209	3%	4	185	20	127	2	117	8	82	2	68	12
<b>Total</b>	<b>6112</b>	<b>100%</b>	<b>451</b>	<b>5007</b>	<b>653</b>	<b>3774</b>	<b>328</b>	<b>3150</b>	<b>296</b>	<b>2338</b>	<b>123</b>	<b>1858</b>	<b>357</b>

## EFFECTIFS PAR REGION D'ORIGINE ET NATIONALITE

NATIONALITE	TOT	PT	CDS	ESD		TOT	PT	CDS	ESD		TOT	PT	CDS	ESD
PERSONNES	6112	3397	2506	209										
<b>AFRIQUE AUSTRALE</b>	<b>116</b>	<b>86</b>	<b>23</b>	<b>7</b>										
AFRIQ. DU SUD	5	2	3											
COMORES	39	29	8	2										
ILE MAURICE	20	17	3											
MADAGASCAR	52	38	9	5										
<b>AFRIQUE CENTRALE</b>	<b>1142</b>	<b>493</b>	<b>615</b>	<b>34</b>										
ANGOLA	52	23	28	1										
BURUNDI	4	3	1											
① CAMEROUN	195	144	40	11										
CENTRAFRIQUE	33	17	15	1										
CONGO	127	75	47	5										
② CONGO RD	685	202	468	15										
GABON	17	13	4											
RWANDA	12	8	3	1										
TCHAD	17	8	9											
<b>AFRIQUE DE L'EST</b>	<b>116</b>	<b>40</b>	<b>79</b>	<b>1</b>										
DJIBOUTI	6	4	1	1										
ERYTHREE	11	4	7											
ETHIOPIE	16	7	9											
KENYA	4	2	2											
OUGANDA	5		5											
SOMALIE	17	6	11											
SOUDAN	61	17	44											
<b>AFRIQUE DU NORD</b>	<b>1378</b>	<b>1203</b>	<b>117</b>	<b>58</b>										
① ALGERIE	986	858	85	43										
LIBYE	5	3	2											
② MAROC	241	223	11	7										
TUNISIE	146	119	19	8										
<b>AFRIQUE DE L'OUEST</b>	<b>1756</b>	<b>933</b>	<b>756</b>	<b>67</b>										
BENIN	37	30	5	2										
BURKINA FASO	35	23	10	2										
CAP VERT	13	13												
③ COTE D'IVOI.	352	200	142	10										
GAMBIE	14	7	6	1										
GHANA	14	9	5											
GUINEE BISSAU	13	8	4	1										
④ GUINEE CON.	454	160	276	18										
⑤ MALI	350	184	152	14										
MAURITANIE	105	44	58	3										
NIGER	11	6	4	1										
NIGERIA	59	37	18	4										
⑥ SENEGAL	243	177	57	9										
SIERRA LEONE	5		5											
TOGO	51	35	14	2										
<b>AMERIQUE DU NORD</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>1</b>											
ETATS-UNIS	7	6	1											
HONDURAS	1	1												
MEXIQUE	2	2												
<b>AMERIQUE DU SUD</b>	<b>34</b>	<b>31</b>	<b>2</b>	<b>1</b>										
ARGENTINE	5	5												
BOLIVIE	3	3												
BRESIL	7	6	1											
COLOMBIE	6	6												
PARAGUAY	1			1										
PEROU	8	7	1											
VENEZUELA	4	4												
<b>ASIE CENTRALE</b>	<b>53</b>	<b>30</b>	<b>22</b>	<b>1</b>										
AFGHANISTAN	32	15	17											
KAZAKHSTAN	5	2	3											
KIRGHIZISTAN	2	1		1										
MONGOLIE	10	9	1											
OUBEKISTAN	4	3	1											
<b>ASIE DE L'EST</b>	<b>44</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>4</b>										
BIRMANIE	12	1	11											
CAMBODGE	6	3	2	1										
CHINE	11	7	4											
CHINE/TIBET	2		2											
PHILIPPINES	4	2	1	1										
VIETNAM	9	6	1	2										
<b>ASIE DU SUD</b>	<b>810</b>	<b>88</b>	<b>707</b>	<b>15</b>										
⑦ BANGLADES.	514	38	471	5										
INDE	35	8	26	1										
NEPAL	2		2											
PAKISTAN	74	24	45	5										
⑧ SRI LANKA	184	18	163	3										
<b>CARAÏBES</b>	<b>39</b>	<b>26</b>	<b>10</b>	<b>3</b>										
CUBA	5	3	2											
GUATEMALA	1	1												
HAITI	32	21	8	3										
SALVADOR	1	1												
<b>EUROPE DE L'EST</b>	<b>328</b>	<b>226</b>	<b>95</b>	<b>7</b>										
ALBANIE	38	26	12											
ARMENIE	34	30	4											
AZERBAÏDJAN	4	1	3											
BIELORUSSIE	1		1											
BOSNIE	4	3	1											
GEORGIE	83	49	32	2										
KOSOVO	38	35	3											
MACEDOINE	1	1												
MOLDAVIE	20	8	10	2										
RUSSIE	27	17	9	1										
RUS/TCHETCH.	9	5	4											
SERBIE	20	18	1	1										
SERBIE & MNG	2	1	1											
TURQUIE	14	10	4											
UKRAINE	32	21	10	1										
<b>EUROPE DE L'OUEST</b>	<b>165</b>	<b>145</b>	<b>16</b>	<b>4</b>										
ALLEMAGNE	2	2												
BELGIQUE	2	1	1											
BULGARIE	10	9	1	1										
CROATIE	1	1												
ESPAGNE	9	9												
FRANCE	24	20	4											
GRECE	2	2												
ITALIE	20	19	1											
PAYS-BAS	2	1	1											
POLOGNE	10	7	1	2										
PORTUGAL	24	22	2											
ROUMANIE	51	45	5	1										
ROYAUME-UNI	4	3	1											
SLOVENIE	1	1												
SUISSE	3	3												
<b>MOYEN-ORIENT</b>	<b>110</b>	<b>67</b>	<b>37</b>	<b>6</b>										
ARABIE SAOUD.	1	1												



## Caractéristiques démographiques des bénéficiaires du Comede

2016	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD asile	ATCD dasem
------	---	---	--------	---------	---------	------------	------------	--------------	------------	------------

## PAR DISPOSITIF DE SOUTIEN

PT NAT	2061	100%	42%	36 ans	38 ans	1,5 an	6 ans	64%	22%	27%
CDS	1956	100%	33%	32 ans	34 ans	1 an	2 ans	50%	59%	nc
PT ESD	1336	100%	45%	37 ans	42 ans	2 ans	4 ans	51%	nc	nc
ESD	209	100%	39%	39 ans	41 ans	4 ans	7 ans	61%	nc	nc

## PAR GROUPE VULNERABLE

## Femmes

PT NAT	872	42%	100%	39 ans	41 ans	1 an	3 ans	59%	7%	26%
CDS	645	33%	100%	34 ans	38 ans	1 an	2 ans	51%	50%	nc
PT ESD	595	45%	100%	39 ans	43 ans	1 an	3 ans	50%	nc	nc
ESD	82	39%	100%	39 ans	42 ans	4 ans	6 ans	54%	nc	nc

## Demandeurs d'asile

CDS	824	58%	31%	32 ans	34 ans	1 an	2 ans	52%	100%	nc
PT NAT	150	7%	35%	32 ans	34 ans	1 an	1 an	50%	100%	5%

## Migrants âgés ≥60 ans

PT NAT	272	13%	55%	66 ans	67 ans	<1 an	4 ans	63%	6%	20%
PT ESD	223	17%	53%	66 ans	71 ans	1 an	5 ans	49%	nc	18%
CDS	114	6%	60%	66 ans	67 ans	1 an	3 ans	60%	32%	nc

## Enfants mineurs &lt;18 ans

PT NAT	189	9%	38%	8 ans	8 ans	<1 an	1 an	72%	5%	15%
CDS	200	10%	12%	16 ans	15 ans	<1 an	1 an	21%	2%	nc
PT ESD	63	5%	27%	10 ans	9 ans	1 an	1 an	57%	nc	nc

## PAR REGION D'ORIGINE

## Afrique centrale

CDS	504	26%	58%	36 ans	38 ans	1 an	2 ans	58%	60%	nc
PT NAT	301	15%	48%	35 ans	37 ans	2 ans	3 ans	75%	38%	34%
PT ESD	192	14%	45%	37 ans	41 ans	2 ans	4 ans	59%	nc	nc

## Afrique du Nord

PT NAT	688	33%	46%	38 ans	40 ans	1 an	3 ans	62%	1%	26%
PT ESD	515	39%	51%	35 ans	44 ans	1 an	3 ans	53%	nc	nc
ESD	58	28%	45%	39 ans	43 ans	3 ans	6 ans	52%	nc	nc
CDS	75	4%	40%	37 ans	40 ans	1 an	2 ans	28%	7%	nc

## Afrique de l'Ouest

CDS	598	31%	27%	29 ans	30 ans	1 an	2 ans	53%	45%	nc
PT NAT	532	26%	37%	35 ans	36 ans	2 ans	3 ans	73%	27%	28%
PT ESD	401	30%	34%	35 ans	38 ans	2 ans	4 ans	50%	nc	nc
ESD	67	32%	31%	36 ans	37 ans	5 ans	7 ans	72%	nc	nc

## Asie du Sud

CDS	527	27%	15%	33 ans	34 ans	1 an	2 ans	44%	83%	nc
-----	-----	-----	-----	--------	--------	------	-------	-----	-----	----

## Europe de l'Est

PT NAT	177	9%	40%	38 ans	38 ans	2 ans	3 ans	62%	59%	40%
CDS	83	4%	41%	38 ans	40 ans	2 ans	3 ans	61%	57%	nc

## Europe de l'Ouest

PT NAT	127	6%	43%	40 ans	41 ans	2 ans	5 ans	21%	2%	6%
--------	-----	----	-----	--------	--------	-------	-------	-----	----	----

Les bénéficiaires du Comede sont originaires de 118 pays (voir tableau page 20), principalement d'Afrique de l'Ouest (total 28%, Guinée 7%, Mali 7%, Côte d'Ivoire 5% et Sénégal 4%), d'Afrique du Nord (total 18%, Algérie 15% et Maroc 4%), d'Afrique centrale (total 19%, Congo RD 11% et Cameroun 4%), d'Asie du Sud (total 14%, Bangladesh 9% et Sri Lanka 4%), et d'Europe de l'Est (total 6%). Ces personnes résident majoritairement en régions Ile-de-France (la quasi-totalité des personnes accueillies au Centre de santé et à l'Espace santé droit, ainsi que 65% des bénéficiaires des PT nationales), PACA (12% PT NAT), Occitanie (5% PT NAT) et Auvergne-Rhône-Alpes (5% PT NAT). D'âge moyen compris entre 37 ans (CDS) et 40 ans (PT ESD), elles sont arrivées en France en moyenne depuis 2 ans (CDS), 4 ans (PT) et 6 ans (ESD).

L'analyse par publics vulnérables soutenus dans les différents dispositifs (voir tableau page ci-contre) permet d'observer notamment que les femmes sont plus âgées que les hommes, et que les demandeurs d'asile et les mineurs résident en France en moyenne depuis moins longtemps que les autres. Il existe également des différences significatives selon la région d'origine. Les exilé.e.s d'Afrique centrale sont plus souvent des femmes (58% au CDS, 48%

PT nationale). L'âge moyen est plus élevé parmi les personnes originaires d'Afrique du Nord (44 ans PT ESD, 40 ans PT NAT), d'Europe de l'Est (40 ans CDS, 38 ans PT), et d'Afrique centrale (41 ans PT ESD, 38 ans CDS). La résidence en France est plus ancienne parmi les ressortissants d'Afrique de l'Ouest (moyenne 7 ans ESD) et d'Afrique du Nord (6 ans CDS).

Certaines caractéristiques supplémentaires sont documentées pour les patients du Centre de santé : la situation de famille, la formation initiale et la profession exercée dans le pays d'origine (voir tableaux ci-dessous et page suivante). Si la majorité des patients déclarent des membres de famille dans le pays d'origine (86%), seuls 32% ont une personne de leur famille en France ; cette proportion étant significativement plus faible parmi les demandeurs d'asile (23%) et les exilés d'Afrique de l'Est (18%), et plus élevée parmi les femmes (41%), les mineurs (39%), et surtout les exilé.e.s âgé.e.s de plus de 60 ans (72%). Les parents sont le plus souvent séparés de leurs enfants : 42% des patients déclarent avoir des enfants dans le pays d'origine - sans lien avec eux dans un tiers des cas -, alors que 14% des patients ont un ou des enfants auprès d'eux en France. La situation de

### Situation familiale et formation initiale

PATIENTS DU CENTRE DE SANTE DU COMEDE, 2012-2016

	n	Famille ici	Famille là-bas	Enfant ici	Enfant pays + lien	Enfant pays - lien	Form. Aucune	Form. Prim.	Form. Second.	Form. Profess.	Form. Univ.
<b>Total</b>	<b>8110</b>	<b>30%</b>	<b>86%</b>	<b>14%</b>	<b>32%</b>	<b>10%</b>	<b>8%</b>	<b>25%</b>	<b>41%</b>	<b>6%</b>	<b>20%</b>

#### Groupes vulnérables

Femmes	2756	41%	89%	25%	35%	15%	8%	24%	41%	9%	19%
Dem. asile	4901	23%	90%	12%	30%	13%	6%	23%	44%	6%	21%
Agés ≥ 60	357	72%	82%	59%	66%	11%	15%	42%	25%	5%	12%
Mineurs < 18	618	39%	82%	2%	1%	2%	13%	42%	43%	-	-
Malades	3765	28%	88%	18%	36%	14%	10%	25%	39%	5%	20%

#### Région d'origine

Afrique C.	2038	30%	90%	17%	38%	24%	3%	17%	45%	12%	23%
Afrique E.	211	18%	82%	10%	15%	9%	18%	38%	31%	1%	12%
Afrique N.	279	59%	89%	23%	26%	1%	6%	23%	43%	11%	17%
Afrique O.	2197	21%	88%	10%	34%	12%	17%	33%	30%	4%	16%
Asie du S.	2444	24%	91%	9%	27%	4%	2%	23%	52%	3%	20%
Europe E.	450	70%	83%	42%	19%	5%	3%	18%	47%	9%	24%

## Profession dans le pays d'origine

PATIENTS DU CENTRE DE SANTE DU COMEDE, 2012-2016

	n	Agri-culteur	Artisan	Com-merçant	Chef d'entrep.	Prof. intellec.	Prof. interm.	Emp-ployé	Ouvrier	Retraité	Sans
<b>Total</b>	<b>8110</b>	<b>5%</b>	<b>6%</b>	<b>19%</b>	<b>1%</b>	<b>6%</b>	<b>8%</b>	<b>15%</b>	<b>6%</b>	<b>1%</b>	<b>33%</b>

### Publics vulnérables

Femmes	2756	1%	5%	14%	<1%	5%	10%	16%	1%	2%	46%
Dem. asile	4901	6%	6%	21%	1%	6%	9%	17%	5%	1%	29%
Agés≥60	357	4%	4%	13%	<1%	7%	5%	10%	3%	20%	34%
Mineurs<18	618	3%	1%	-	-	-	1%	2%	1%	-	93%
Malades	3765	5%	6%	19%	1%	7%	7%	16%	5%	2%	33%

### Région d'origine

Afrique C.	2038	1%	7%	16%	1%	5%	12%	18%	5%	2%	34%
Afrique E.	211	18%	6%	12%	-	4%	4%	16%	9%	1%	30%
Afrique N.	279	1%	7%	6%	-	9%	7%	14%	11%	2%	41%
Afrique O.	2197	8%	8%	20%	<1%	4%	6%	13%	5%	1%	37%
Asie du S.	2444	6%	4%	25%	1%	5%	7%	17%	5%	1%	29%
Europe E.	450	5%	6%	4%	1%	15%	10%	17%	14%	1%	28%

séparation avec les enfants est encore plus fréquente parmi les femmes (50%). Les exilés d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest sont les plus nombreux à déplorer l'absence de lien avec des enfants restés dans le pays d'origine (respectivement 24% et 12% d'entre eux). Ceux d'Europe de l'Est et d'Afrique du Nord sont les plus nombreux à compter des membres de leur famille en France (70% et 59%).

En matière de formation initiale, 43% des patients du Centre de santé déclarent avoir accompli des études secondaires, 24% des études primaires, 20% avoir bénéficié d'une formation universitaire, et 6% d'une formation professionnelle. La formation universitaire est plus fréquente parmi les demandeurs d'asile (21%), et parmi les exilés originaires d'Europe de l'Est (24%) et d'Afrique centrale (23%). C'est parmi les ressortissants d'Afrique de l'Ouest (17%) et de l'Est (18%) que la proportion de personnes n'ayant fait aucune étude est la plus élevée (8% pour l'ensemble des nationalités).

S'agissant de la profession exercée dans le pays d'origine, 33% étaient sans profession, cette proportion incluant les étudiants. Les femmes étaient plus souvent concernées que les hommes (46% *versus* 26%). Les professions le plus souvent déclarées sont

commerçants (19% du total, 25% parmi les personnes d'Asie du Sud et 20% parmi celles d'Afrique de l'Ouest), employés (15% du total, 18% Afrique centrale), et professions intermédiaires (8% du total, 12% Afrique centrale). A noter la proportion élevée des agriculteurs parmi les exilés d'Afrique de l'Est (18%, *vs* 5% de l'ensemble). Les personnes originaires d'Europe de l'Est (15%) et d'Afrique du Nord (9%) sont proportionnellement plus nombreuses à avoir exercé des professions intellectuelles (*versus* 6% pour l'ensemble) ■

### L'enfermement des étrangers en France

En 2016, au moins 55 000 personnes de nationalité étrangère ont privées de liberté pour des raisons administratives, « à la frontière » (9 000 personnes maintenues dans les zones d'attente, voir Anafé page 14) et « en vue de leur éloignement » (46 000 personnes retenues dans les centres et locaux de rétention administrative, voir OEE page 14).

Outre ces mesures d'enfermement administratif qui leurs sont spécifiques, les étrangers sont aussi largement représentés dans la population carcérale. Au premier janvier 2014, ils représentent 19% des détenus alors qu'ils ne sont que 6% dans la population générale. Les détenus étrangers sont originaires d'Afrique (50%), d'Europe (37%), d'Amérique (8%) et d'Asie (5%).



## FEMMES ET GENRE

Voir aussi *Maux d'exil n°50*

L'Insee recense 1 844 000 femmes étrangères en France (données 2012, voir page 57), dont 37% ont la nationalité d'un pays de l'Union Européenne. Parmi les 1 170 000 femmes ressortissantes d'un pays tiers, les principales régions d'origine sont l'Afrique du Nord (41%), l'Europe de l'Est (15%), l'Afrique de l'Ouest (9%), l'Asie de l'Est (9%), et l'Afrique centrale (7%). Les femmes représentent 49% des mineurs étrangers en France, 44% des migrants âgés ≥ 60 ans, et 35% des demandeurs d'asile (Ofpra 2016).

En 2016, le Comede a soigné et accompagné **2 338 femmes exilées** dans le cadre des permanences téléphoniques (63% du total), du Centre de santé (34%), et de l'Espace santé droit (4%). Elles sont principalement originaires d'Afrique centrale (45% CDS, 23% ESD), d'Afrique du Nord (41% PT, 33% ESD), d'Afrique de l'Ouest (25% CDS, 24% PT) et d'Asie du Sud (13% CDS, voir tableau ci-contre). Les femmes originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud sont sur-représentées au regard de la répartition de l'ensemble des femmes étrangères en France, ces régions d'origine étant corrélées à la fois à un Etat de santé particulièrement altéré (voir page 71) et à un Indice d'inégalité de genre particulièrement élevé (PNUD 2013).

Les femmes soignées et accompagnées par le Comede sont jeunes (âge médian 32 ans au CDS, 36 ans PT NAT) et récemment arrivées en France (moyenne 2 ans CDS, 3 ans PT et 6 ans ESD, voir page 62). Plus de la moitié d'entre elles sont atteintes d'une maladie grave (51% CDS, 59% PT). Un quart des appelantes des PT nationales ont effectué par le passé une demande d'admission au séjour pour raison médicale, et la moitié des patientes du Centre de santé ont effectué une demande d'asile. En matière de situation familiale, 41% des patientes du CDS ont un membre de famille en France et 25% ont un/des enfant.s présent.s avec elles, alors que 15% sont sans nouvelle d'un enfant mineur resté dans le pays d'origine.

## Répartition par région d'origine

	En France	Au Comede		
		PT	CDS	ESD
<b>Total</b>	<b>1 844 000</b>	<b>1467</b>	<b>789</b>	<b>82</b>
<i>Eur. de l'Ouest</i>	37%	4%	1%	2%
<b>Pays-tiers</b>	<b>1 170 000</b>	<b>1401</b>	<b>781</b>	<b>80</b>
Afrique australe	3%	4%	1%	5%
Afrique centrale	7%	17%	45%	23%
Afrique de l'Est	<1%	1%	2%	1%
Afrique du Nord	41%	41%	6%	33%
Afri. de l'Ouest	9%	24%	25%	26%
Améri. du Nord	2%	<1%	<1%	-
Améri. du Sud	3%	1%	-	-
Asie de l'Est	9%	1%	1%	3%
Asie du Sud	3%	1%	13%	2%
Caraïbes	4%	1%	<1%	1%
Europe de l'Est	15%	7%	5%	3%
Moyen-Orient	2%	2%	1%	-
<b>Pays-tiers</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Voir les effectifs dans les chapitres d'activité

La majorité de ces femmes ont effectué une formation dans le pays d'origine, principalement secondaire (41%), primaire (24%) et universitaire (19%), 8% des femmes n'ayant pas eu accès à une scolarisation. Près de la moitié des exilées (46%) étaient sans profession (dont étudiantes) dans le pays d'origine, les professions le plus souvent exercées étant employées (16%), commerçantes (14%) et professions intermédiaires (10%).

L'**état de santé** des femmes est décrit dans le chapitre suivant, parmi les *groupes vulnérables*. Les femmes qui s'adressent au Comede vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (97% des patientes du Centre de santé et 84% des bénéficiaires des PT n'ont pas de « chez soi »), et disposent de ressources inférieures au plafond de la CMUc (99% CDS, 92% PT). Les patientes du CDS sont principalement hébergées chez un particulier (65%) et en hébergement social (15%), mais 17% sont sans abri (9% au Samu social, 5% dans un squat et 3% à la rue). Bien que plus fréquemment atteintes d'une maladie grave (voir infra), elles sont très souvent dépourvues de protection maladie (82% CDS, 39% PT), et se trouvent en situation de séjour précaire (92% des patientes et 83% des appelantes). Elles vivent une situation de grand isolement affectif

et social (18% des patientes n'ont pas de proche et 24% sont en situation de détresse sociale), et dans un grand dénuement (22% n'ont pas mangé à leur faim au cours des derniers jours), alors que un tiers des patientes nécessitaient le recours à un interprète.

La plupart des femmes soignées au Centre de santé ont subi des violences dans leur pays d'origine, durant le parcours, et/ou lors des premiers mois de leur arrivée en France (voir page 76) : 60% déclaraient des antécédents de violences (définition OMS), 29% des antécédents de violences liées au genre (voir encadré ci-contre), et 9% des antécédents de torture (définition ONU). Parmi les femmes suivies en psychothérapie, ces taux s'élèvent respectivement à 95%, 74% et 28%. La moitié de ces femmes présentent des troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire et un quart d'entre elles avait eu des idées suicidaires au cours de l'année écoulée.

En matière d'épidémiologie médicale (voir taux de prévalence pages 78 et suiv.), les femmes exilées sont plus souvent atteintes que les hommes d'infection à VIH (5 fois plus), cancer, maladies cardiovasculaires et psycho-traumatismes graves (2 fois plus). Par ordre de fréquence, elles sont principalement atteintes de troubles psychiques graves (taux global 235 pour 1000, plus des deux tiers étant des syndromes psychotraumatiques et traumatismes complexes), de maladies cardiovasculaires (116), de diabète (55), d'infection chronique par le VHB (38), d'infection par le VIH (30), et d'infection chronique par le VHC (22).

Dans ce contexte de vulnérabilité multiple, la grossesse et la périnatalité constituent des périodes particulièrement à risque pour la femme et l'enfant. Parmi les 365 femmes enceintes suivies au Centre de santé entre 2012 et 2016, la grossesse était consécutive à un viol dans 15% des cas, 56% des femmes ne recevaient aucun soutien du père de l'enfant, alors que le suivi de la grossesse était incomplet dans près de la moitié des cas (voir page 39).

## Les violences liées au genre

*définitions utilisées au Comede*

■ **Genre** : caractéristiques et rôles sociaux assignés aux hommes et aux femmes, par opposition à ceux qui sont déterminés biologiquement. Il définit les attitudes et les comportements des hommes et des femmes acceptables au plan culturel ou social. Les rôles liés au genre s'acquièrent par la socialisation et varient à l'intérieur de la société ou de la culture. Le genre n'est ni statique ni inné, mais il évolue pour répondre aux changements qui interviennent dans le contexte social, politique et culturel.

■ **Violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre** : elles peuvent être des persécutions, violences physiques et psychologiques, menaces de violences, discriminations à l'égard des personnes homosexuelles, bisexuelles, transexuelles, transgenre du fait de leur orientation sexuelle.

■ **Violences à l'égard des femmes (ONU, 1993)** : désignent [tous] les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. Cela inclut donc les violences sexuelles, mais aussi les violences infligées par un partenaire intime, des ascendants ou descendants, l'esclavage domestique, les discriminations, l'exclusion des femmes de l'espace public, les contraintes et menaces concernant la contraception, l'avortement, la grossesse, dans les conflits armés, l'atteinte aux corps des femmes, incluant par exemple la tonte, les dénudations forcées en public.

■ **Violences sexuelles (OMS, 2002)** : tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail. Cela peut concerner les femmes et les hommes, et inclut : viol, tentative de viol, abus sexuels incluant les abus sexuels sur mineurs, harcèlement sexuel, incluant l'échange de relations sexuelles contre protection, nourriture, mariage forcé et précoce, mutilation sexuelle féminine, exploitation sexuelle, prostitution forcée.

## DEMANDEURS D'ASILE ET REFUGIES

L'Ofpra compte 228 427 personnes sous sa protection fin 2016, dont 86% de réfugiés et 13% de personnes sous protection subsidiaire (voir tableau ci-dessous). En 2016, 85 726 nouvelles demandes d'asile ont été enregistrées, les demandeurs étant principalement originaires d'Europe de l'Est (23%), d'Afrique de l'Ouest (14%), d'Afrique de l'Est (10%), du Moyen-Orient (10%), d'Afrique centrale (9%), et d'Asie du Sud (10%).

En 2016, le Comede a soigné et accompagné **974 demandeurs d'asile**, en premier lieu au Centre de santé (88%, alors que 12% sont des bénéficiaires exclusifs des permanences téléphoniques). Ces personnes sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (26% CDS et 31% PT), d'Afrique centrale (22% CDS, 16% PT), d'Asie du Sud (36% CDS, 9% PT), d'Europe de l'Est (17% PT) et d'Afrique de l'Est (12% PT). Les demandeurs d'asile originaires d'Afrique sub-saharienne et d'Asie du Sud sont sur-représentés au regard de la répartition de l'ensemble des demandeurs auprès de l'Ofpra, ces régions d'origine étant corrélées avec un Etat de santé particulièrement altéré (voir page 71).

Les demandeurs d'asile soignés et soutenus par le Comede sont jeunes (médiane 32 ans, moyenne 34 ans), et récemment arrivés en France (médiane et moyenne 1 an, voir page 62). La moitié d'entre eux sont atteints d'une maladie grave, dans un cas sur 2 des troubles psychiques graves (voir état de santé infra). Sur le plan de la situation familiale, moins d'un quart ont un membre de famille en France, et 12% ont des enfants avec eux, alors que 43% ont des enfants au pays, sans nouvelle dans un tiers des cas.

En matière de formation initiale, 44% des demandeurs d'asile suivis au Centre de santé ont accompli des études secondaires, 23% des études primaires, 21% ont effectué une formation universitaire, et 6% une formation professionnelle. S'agissant de la profession exercée dans le pays d'origine, 29% étaient

## Répartition par région d'origine

	Ofpra	Au Comede	
	Demande d'asile	CDS	PTN
<b>Total</b>	<b>85 726</b>	<b>824</b>	<b>150</b>
Europe de l'Ouest	nc	-	-
<b>Pays-tiers</b>	<b>nc</b>	<b>824</b>	<b>150</b>
Afrique australe	<1%	1%	1%
Afrique centrale	9%	22%	16%
Afrique de l'Est	10%	5%	12%
Afrique du Nord	4%	1%	6%
Afrique de l'Ouest	14%	26%	31%
Améri. du Nord	<1%	-	-
Améri. du Sud	<1%	-	-
Asie centrale	8%	1%	4%
Asie de l'Est	3%	<1%	-
Asie du Sud	9%	36%	9%
Caraïbes	7%	<1%	-
Europe de l'Est	23%	3%	17%
Moyen-Orient	10%	1%	4%
<b>Pays-tiers</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Voir les effectifs dans les chapitres d'activité

sans profession, cette proportion incluant les étudiants. Les professions le plus souvent déclarées sont commerçants (21%), employés (17%), professions intermédiaires (9%), agriculteurs, artisans et professions intellectuelles (6% pour chacune de ces catégories).

L'état de santé des exilés est décrit dans le chapitre suivant. Sur le plan social, les demandeurs d'asile soutenus par le Comede vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (99% des patients du Centre de santé et 96% des bénéficiaires des Permanences téléphoniques n'ont pas de « chez soi »), et disposent de ressources inférieures au plafond de la CMUc (près de 100% CDS et PT). Les patients du CDS sont majoritairement hébergés chez un particulier (60%) et en hébergement social (19%, incluant les Cada), mais 20% sont sans abri (8% au Samu social, 8% à la rue et 4% dans un squat). La plupart des patients du CDS n'ont pas de protection maladie (84%), ce qui est également le cas de 34% des bénéficiaires des PT. La précarité du séjour des demandeurs d'asile se double d'un grand isolement affectif et social, 16% des patients n'ayant aucun proche (61% des appelants n'ont pas de membre de famille en France). Près d'un

quart des demandeurs d'asile n'avaient pu manger à leur faim dans les jours précédant la consultation du Centre de santé, et 19% se trouvaient en situation de détresse sociale.

La plupart des demandeurs d'asile ont subi des violences dans leur pays d'origine, durant le parcours, et/ou lors des premiers mois de leur arrivée en France (voir page 76) : 79% déclaraient des antécédents de violences (définition OMS), 20% des antécédents de torture (définition ONU), et 17% des antécédents de violences liées au genre, ces violences constituant un risque significatif de présenter un psychotraumatisme grave (voir page 77).

Les demandeurs d'asile représentent ainsi les trois quarts des personnes suivies en psychothérapie au Comede, 52% d'entre eux souffrant de troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire. Plus fréquents chez les femmes ainsi que parmi les personnes ayant subi des tortures et/ou des violences liées au genre (voir page 65), ces troubles peuvent entraver la capacité des demandeurs d'asile à mettre en récit leur parcours d'exil (convocations à l'Ofpra et à la CNDA). En raison de ces troubles, les personnes non francophones rencontrent également davantage de difficultés concernant l'apprentissage de la langue.

L'importance des idées suicidaires et des antécédents de tentative de suicide parmi les demandeurs d'asile suivis en psychothérapie au Comede illustre la gravité de leurs troubles psychiques. Plus d'un quart des patients (28%) ont présenté des idées suicidaires au cours de la psychothérapie, et 5% avaient effectué une tentative de suicide au cours de leur vie. Les idées suicidaires sont plus fréquentes chez les hommes, chez les personnes en situation de détresse sociale, ainsi que parmi les exilés ayant subi des tortures (28%).

En matière d'épidémiologie médicale (voir taux de prévalence pages 78 et suiv.), les demandeurs d'asile partagent avec les autres exilés le poids des maladies chroniques (en premier lieu maladies cardiovasculaires et

diabète) et à un degré moindre des maladies infectieuses (majoritairement les infections virales chroniques B et C), mais c'est dans cette population que la part des troubles psychiques graves est la plus importante, représentant la moitié de la pathologie grave sur un plan global, et concernant près d'un quart des demandeurs d'asile.

Les troubles psychiques graves sont constitués pour plus des deux tiers par des syndromes psychotraumatiques et traumas complexes. Les syndromes psychotraumatiques (SPT) apparaissent plus fréquents chez les personnes ayant subi des tortures et des violences liées au genre, alors que le trauma complexe est fortement corrélé aux antécédents de torture (voir page 76). Selon la région d'origine, on observe davantage de SPT chez les patients d'Afrique de l'Ouest, et chez ceux d'Afrique centrale davantage de dépressions (29%) et de traumas complexes (20%). Enfin, il existe une forte corrélation entre les tableaux cliniques et l'évolution de la demande d'asile : les demandeurs d'asile en cours de procédure présentent plus souvent un syndrome psychotraumatique et un trauma complexe (14%), les personnes déboutées plus souvent une dépression.

Parmi les maladies graves déclarées par les demandeurs d'asile bénéficiaires des permanences téléphoniques nationales, les maladies chroniques non transmissibles sont au premier plan (65%), suivies par les troubles psychiques (34%) et les maladies infectieuses (24%). Les maladies chroniques sont ainsi sur-représentées parmi les personnes soutenues par les permanences téléphoniques, en premier lieu pour le diabète, les handicaps et les cancers. Il en est de même pour les infections virales chroniques (VIH, VHB et VHC).

## MIGRANTS AGES

L'Insee recense 699 000 étrangers âgés ≥ 60 ans (données 2012, voir page 57), dont 54% ont la nationalité d'un pays de l'Union Européenne. Parmi les 320 000 personnes ressortissantes d'un « pays tiers », dont 37% de femmes, les principales régions représentées sont l'Afrique du Nord (72%), l'Europe de l'Est (10%), l'Afrique de l'Ouest (4%) et l'Asie de l'Est (4%).

En 2016, le Comede a soigné et accompagné **653 migrants âgés ≥ 60 ans**, dans le cadre des permanences téléphoniques (76% du total), du Centre de santé (21%), et de l'Espace santé droit (3%). Ces exilé.e.s sont principalement originaires d'Afrique du Nord (53% PT et 12% CDS), d'Afrique centrale (42% CDS et 11% PT), d'Afrique de l'Ouest (15% PT et 12% CDS) et d'Asie du Sud (16% CDS). Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud sont ainsi sur-représentées au regard de la répartition de l'ensemble des migrants âgés en France. Dans la moitié des pays d'origine, l'espérance de vie à la naissance est inférieure à 60 ans (PNUD 2013).

Majoritairement des femmes (60% CDS et 55% PTN), ces personnes sont récemment arrivées en France (moyenne CDS 3 ans et PT nationales 4 ans, médiane 1 an, voir page 63). Près des trois quarts ont un membre de famille en France (72%), et 59% du total ont au moins un enfant en France. Au pays d'origine, 34% étaient sans profession et 20% retraités, les professions le plus souvent déclarées étant commerçants (13%), employés (10%) et professions intellectuelles (7%).

L'état de santé des migrant.e.s âgé.e.s est décrit dans le chapitre suivant, parmi les *groupes vulnérables*. Ces personnes vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (98% des patients du CDS et 86% des bénéficiaires des PT n'ont pas de « chez soi »), et disposent de ressources inférieures au plafond de la CMUc (98% CDS, 93% PT). Les patients du CDS sont principalement hébergés chez un particulier (83%, le plus souvent un membre de famille), rarement en hébergement

## Répartition par région d'origine

	En France	Au Comede PT	CDS
<b>Total</b>	<b>699 000</b>	<b>495</b>	<b>138</b>
Europe de l'Ouest	54%	4%	4%
<b>Pays-tiers</b>	<b>320 000</b>	<b>491</b>	<b>134</b>
Afrique australe	1%	5%	2%
Afrique centrale	1%	11%	42%
Afrique du Nord	72%	53%	12%
Afrique de l'Ouest	4%	15%	12%
Améri. du Nord	2%	1%	-
Améri. du Sud	1%	2%	1%
Asie centrale	<1%	1%	3%
Asie de l'Est	4%	1%	1%
Asie du Sud	1%	1%	16%
Europe de l'Est	10%	3%	4%
Moyen-Orient	1%	1%	3%
<b>Pays-tiers</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Voir les effectifs dans les chapitres d'activité

social (8%), alors que 7% sont sans abri (3% au Samu social, 1% dans un squat et 3% à la rue). La plupart des patients du CDS n'ont pas de protection maladie (82%), de même que la moitié des bénéficiaires des PT (50%). Ils se trouvent en situation de séjour précaire (96% des patients et 86% des appelants), doublée d'un grand isolement linguistique, 54% ne pouvant communiquer en français ou en anglais. Un.e patient.e sur dix n'avait pas mangé à sa faim pendant les derniers jours.

Sur le plan épidémiologique (voir tableau page 81), les migrants âgés sont principalement atteints de maladies cardio-vasculaires (taux global 511 pour 1000, plus élevé parmi les exilés d'Afrique centrale), de diabète (234, plus élevé pour l'Asie du Sud et l'Afrique de l'Ouest), d'infection chronique par le VHC (91, plus élevé pour l'Afrique centrale), et de troubles psychiques graves (57, plus élevé pour l'Europe de l'Est). On observe également un taux de prévalence de 27 pour les cancers et de 18 pour l'insuffisance rénale chronique.

Chez ces personnes qui découvrent l'expérience de l'exil à l'âge de la retraite, les démarches d'accès aux soins et aux droits sont encore plus complexes, et conduisent souvent à des renoncements pour les personnes isolées.

## ENFANTS MINEURS

Voir aussi *Maux d'exil n°48*

L'Insee recense 520 000 enfants mineurs ayant la nationalité d'un pays tiers à l'Union européenne (données 2012, voir page 57), principalement originaires d'Afrique du Nord (34%), d'Europe de l'Est (19%), d'Afrique de l'Ouest (12%) et d'Afrique centrale (10%). On peut estimer à 40 000 en 2016 le nombre d'enfants particulièrement vulnérables, dont une moitié sont des mineurs isolés et l'autre des enfants relevant de la protection de l'Ofpra au titre de l'asile (voir page 67).

En 2016, le Comede a soigné et accompagné **451 enfants mineurs**, au Centre de santé (47%), et dans le cadre des permanences téléphoniques (53%) Ces enfants exilés sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (56% CDS et 21% PT), d'Afrique du Nord (50% PT), d'Afrique centrale (13% CDS), d'Asie du Sud (13% CDS) et du Moyen-Orient (9%), ces régions étant sur-représentées au regard de la répartition de l'ensemble des mineurs étrangers en France. Dans la plupart des pays d'origine, l'Unicef appelle à la mise en place de mesures de protection de l'enfance face à des violations massives des droits, comme les pratiques de travail des enfants (rapport 2009).

Les deux tiers des enfants reçus au Centre de santé étaient des mineurs isolés orientés par les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE 94) et les associations de soutien (Médecins du Monde). Très majoritairement des garçons (filles 12%), âgés de 15 ans en moyenne, ils sont récemment arrivés en France (1 an en moyenne, voir page 62). La majorité de ces enfants avaient été scolarisés dans le pays d'origine (primaire 42%, secondaire 43%), alors que 1 sur 10 déclarait y avoir travaillé, principalement dans l'agriculture ou comme employé (voir page 74). Les sollicitations des permanences téléphoniques par le.s parent.s et/ou un professionnel concernent des enfants plus jeunes (moyenne et médiane 8 ans), également arrivés en France depuis peu (1 an), et atteints pour les trois-quarts d'une maladie grave.

## Répartition par région d'origine

	En France	Au Comede	
		CDS	PT
<b>Total</b>	<b>699 000</b>	<b>210</b>	<b>237</b>
<i>Eur. de l'Ouest</i>	25%	<1%	5%
<b>Pays-tiers</b>	<b>520 000</b>	<b>209</b>	<b>225</b>
Afrique australe	2%	-	3%
Afrique centrale	10%	13%	10%
Afrique du Nord	34%	6%	50%
Afrique de l'Ouest	12%	56%	21%
Améri. du Sud	3%	-	1%
Asie de l'Est	5%	-	<1%
Asie du Sud	3%	13%	<1%
Europe de l'Est	19%	3%	10%
Moyen-Orient	2%	9%	2%

Voir les effectifs dans les chapitres d'activité

L'état de santé des enfants mineurs est décrit dans le chapitre suivant, parmi les *groupes vulnérables*. Ces jeunes exilés vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (98% des patients et 84% des bénéficiaires des PT n'ont pas de « chez soi »), étant principalement en hébergement social (64%, dont ASE) et chez un particulier (19%), alors que 14% sont sans abri (5% au Samu social, 4% à la rue et 5% dans un squat). Plus de la moitié d'entre eux n'ont pas de protection maladie (57% CDS et 51% PT). Leur situation de vulnérabilité affective et sociale se double d'obstacles linguistiques fréquents lors des premiers mois en France : 32% ne peuvent communiquer en français ou en anglais. Un enfant sur dix n'a pas mangé à sa faim pendant les jours précédant la consultation. Ces facteurs de vulnérabilité sont exacerbés parmi les enfants déclarés « majeurs », exclus de la protection et de l'Aide sociale à l'enfance.

Sur le plan épidémiologique (voir tableau page 82), les enfants mineurs souffrent principalement de troubles psychiques graves (taux global 76 pour 1000, plus élevé parmi les exilés d'Afrique centrale et d'Europe de l'Est), et d'infection chronique par le VHB (67, plus élevé pour l'Afrique de l'Ouest). Les schistosomoses urinaires sont fréquentes parmi les jeunes originaires d'Afrique de l'Ouest (taux global 38, Mali 65), ainsi que la drépanocytose homozygote chez les jeunes originaires d'Afrique centrale (11).



## Etat de santé

*Vulnérabilité sociale, violence et torture, épidémiologie médico-psychologique*

Expérience de l'exil et de la violence, barrage de la langue, discriminations, inhospitalité et xénophobie : l'état de santé des exilés est affecté par de multiples facteurs de vulnérabilité. Aggravée par les réformes successives du droit des étrangers, la précarité administrative de nombreux exilés entraîne une situation de profonde précarité sociale. Ces différents facteurs de vulnérabilité renforcent les obstacles à l'accès à la prévention et aux soins, et contribuent parfois directement à l'apparition des pathologies observées. Dans la suite de ce chapitre seront analysées successivement les données de vulnérabilité sociale, psychologique puis médicale issues du dispositif d'observation du Comede (voir Centre-ressources page 19).

### VULNERABILITE SOCIALE ET POPULATIONS PRIORITAIRES

Plusieurs groupes démographiques ou administratifs sont considérés comme prioritaires, en raison de leur situation de vulnérabilité sociale et/ou médicale, par les pouvoirs publics (personnes atteintes de maladie grave, femmes, migrants âgés, enfants mineurs, demandeurs d'asile) et/ou les associations de soutien ("étrangers malades", victimes de violences et autres étrangers en séjour précaire). Leurs tailles et leurs caractéristiques sont détaillées dans le chapitre Populations. En outre, l'analyse des données portant sur la vulnérabilité sociale permet de mettre en évidence d'autres différences significatives selon la région d'origine, la formation et la profession exercée dans le pays d'origine, ainsi que selon la région de résidence.

Les données et tableaux suivants portent sur 16 273 personnes soutenues au Centre de santé (CDS, 8 034) et dans le cadre des Permanences téléphoniques nationales (PT, 8 239) entre 2012 et 2016, parmi lesquelles

6 171 femmes, 5 356 demandeurs d'asile, 1 124 migrants âgés d'au moins 60 ans et 1 107 enfants mineurs.

Ces populations sont confrontées à un cumul de facteurs de vulnérabilité sociale, facteurs largement associés entre eux. Sur le plan financier, la quasi-totalité des personnes soutenues par le Comede ont des ressources financières inférieures au plafond de la CMUC (99% des patients du CDS et 93% des personnes soutenues dans le cadre des PT, voir tableaux pages suivantes). Les conditions d'hébergement sont également très précaires, seule une petite minorité de ces personnes disposant d'un logement personnel (97% des patients CDS et 85% des bénéficiaires des PT n'ont pas de « chez soi », voir caractéristiques de l'hébergement page 74). Egalement très fréquente, la précarité du statut administratif (92% CDS et 84% PT, voir caractéristiques du séjour page 75) affecte directement les démarches d'accès aux droits. Principal obstacle à l'accès aux soins, l'absence de protection maladie est constatée parmi de nombreux exilés (79% CDS et 32% PT), même si cette proportion s'explique pour une part importante par la nature du recours au Comede en vue d'un soutien dans ce domaine (que ce soit lors du premier contact ou à l'occasion de recours ultérieurs en cas de rupture de droits).

D'autres facteurs qui affectent l'état de santé et les modalités de soins et d'accompagnement sont retrouvés dans près de la moitié des situations. De nombreuses personnes sont très isolées, sur le plan relationnel (47% des bénéficiaires des PT n'ont « pas de famille » et 15% des patients du CDS n'ont pas de proche « avec qui partager leurs émotions »), et sur le plan social (13% des patients du CDS ne peuvent compter sur personne pour les accompagner dans leurs démarches). Le besoin d'interprétariat médico-social est majeur, 39% des patients du Centre de santé ne pouvant communiquer en français ou en

## Vulnérabilité sociale et administrative

PATIENTS DU CENTRE DE SANTE A LA PREMIERE CONSULTATION, 2012-2016

Les cases en vert clair signalent des taux supérieurs à la moyenne (taux global)

	n	pas de chez soi	ress. <CMUc	Séj. préc.	pas de PMal.	Mala- des	pas de proche	pas d' accom.	pas de comm.	pas d'alim.	détr. soc.
<b>Total</b>	8034	97%	99%	92%	79%	39%	15%	13%	39%	20%	20%
<b>Groupes vulnérables</b>											
Femmes	2798	97%	99%	94%	82%	42%	18%	15%	30%	22%	24%
Dem. asile	4838	99%	>99%	100%	84%	35%	16%	13%	44%	22%	19%
Agés≥60	354	98%	98%	96%	82%	51%	5%	7%	54%	10%	12%
Mineurs<18	554	98%	100%	-	57%	6%	21%	9%	32%	11%	16%
Malades	3127	97%	97%	86%	75%	100%	20%	16%	35%	23%	24%
<b>Région d'origine</b>											
Afrique C.	2128	97%	99%	94%	83%	46%	20%	19%	12%	29%	25%
Afrique E.	209	99%	100%	97%	83%	23%	12%	12%	48%	23%	35%
Afrique N.	261	93%	97%	88%	68%	25%	8%	8%	25%	16%	10%
Afrique O.	2156	97%	97%	86%	74%	48%	20%	14%	19%	27%	23%
Asie de l'E.	103	99%	98%	98%	83%	24%	12%	9%	69%	7%	13%
Asie du S.	2372	99%	99%	96%	82%	29%	7%	7%	72%	7%	9%
Europe E.	441	96%	99%	95%	74%	37%	10%	12%	82%	17%	31%
Moyen-Or.	107	99%	98%	64%	69%	36%	16%	7%	66%	8%	15%
<b>Etudes et formation</b>											
Aucune	552	99%	99%	87%	77%	48%	23%	15%	59%	27%	31%
Primaire	1845	98%	99%	91%	79%	40%	16%	13%	48%	21%	22%
Profess.	455	97%	98%	97%	82%	35%	15%	13%	20%	27%	23%
Secondaire	2935	97%	99%	94%	83%	35%	12%	11%	40%	18%	18%
Université	1425	97%	99%	96%	85%	37%	13%	10%	24%	20%	15%
<b>Profession au pays</b>											
Agriculteur	382	99%	98%	94%	79%	34%	13%	12%	71%	21%	24%
Artisan	421	98%	98%	97%	79%	40%	17%	15%	35%	25%	25%
Commerç.	1339	99%	99%	98%	82%	37%	15%	12%	45%	22%	20%
Employé	1057	97%	98%	97%	82%	37%	15%	12%	40%	21%	20%
Ouvrier	422	98%	97%	95%	79%	38%	8%	9%	47%	22%	18%
Prof. Intel.	392	96%	98%	94%	85%	38%	10%	9%	28%	16%	17%
Prof. Inter.	558	99%	99%	97%	84%	34%	12%	11%	23%	21%	18%
Sans	2354	97%	99%	89%	84%	37%	16%	13%	36%	19%	20%

### Détresse sociale

Le Centre de santé du Comede utilise la combinaison des 8 critères de vulnérabilité sociale détaillés ci-dessous. Les personnes qui remplissent au moins 5 de ces 8 critères sont considérées en situation de détresse sociale, et bénéficient d'un accueil prioritaire.

- Alimentation. Lors des derniers jours, avez-vous pu manger à votre faim ? Vous êtes-vous privé d'un repas pour des raisons financières ?
- Langue. Pas de maîtrise orale suffisante du français ou de l'anglais pour demander son chemin, comprendre les résultats d'un bilan, effectuer une demande de droits.
- Hébergement précaire. Y a-t-il des problèmes avec l'hébergement ? selon la personne
- Isolement relationnel. N'avoir personne sur qui compter, avec qui partager mes émotions
- Isolement social. N'avoir personne qui puisse m'accompagner physiquement dans mes démarches
- Protection maladie. Absence de dispense d'avance des frais (ni CMU-C ni AME en cours)
- Séjour : pas de droit au séjour.
- Ressources financières : inférieures au seuil de la CMUc / AME (727 euros pour une personne seule en 2017).

Les personnes en situation de détresse sociale et atteintes d'une maladie grave sont considérées comme en situation de grande vulnérabilité, et ont un accès prioritaire à la consultation médicale.



## Vulnérabilité sociale et administrative

BENEFICIAIRES DES PT NATIONALES AU PREMIER APPEL, 2012-2016

Les cases en vert clair signalent des taux supérieurs à la moyenne (taux global)

	n	pas de chez soi	ress. <CMUc	séjour préc.	pas de p. mal.	maladie grave	pas de famille
Total	8239	85%	93%	84%	32%	51%	47%

### Groupes vulnérables

Femmes	3373	84%	92%	83%	39%	50%	34%
Demandeurs d'asile	518	96%	99%	100%	34%	48%	61%
Migrants âgés ≥ 60 ans	770	86%	93%	86%	50%	58%	22%
Enfants mineurs <18	553	84%	93%	-	51%	62%	19%
Malades	4220	87%	95%	89%	28%	100%	49%

### Région d'origine

Afrique australe	206	84%	93%	84%	48%	59%	27%
Afrique centrale	1117	88%	94%	87%	27%	61%	59%
Afrique du Nord	2162	83%	92%	86%	43%	58%	34%
Afrique de l'Ouest	1741	88%	94%	86%	24%	63%	65%
Asie du Sud	277	90%	93%	90%	21%	42%	61%
Europe de l'Est	738	90%	96%	88%	21%	59%	34%
Europe de l'Ouest	525	75%	89%	55%	32%	17%	40%
Moyen-Orient	188	83%	89%	76%	38%	48%	44%

### Région de résidence

Auvergne & Rhône-Alpes	355	89%	93%	89%	28%	62%	45%
Grand-Est	121	94%	94%	89%	23%	56%	55%
Ile-de-France	5145	86%	93%	86%	34%	57%	49%
Occitanie	334	76%	90%	67%	30%	34%	34%
PACA	1214	83%	92%	77%	22%	35%	47%

anglais. Enfin en matière d'accès à l'alimentation, une personne sur cinq au Centre de santé n'avait pu manger à sa faim dans les jours précédant la consultation pour des raisons financières (20%). Définie par la présence au moins de 5 facteurs de vulnérabilité, la situation de détresse sociale (voir tableau et encadré ci-contre) concerne 20% des patients du CDS.

Ces indicateurs de vulnérabilité sociale sont plus fréquents dans certaines populations. Parmi les principaux groupes vulnérables, la situation de détresse sociale est plus fréquente chez les femmes (24%) et les personnes atteintes de maladie grave (24%). Les obstacles à la communication linguistique sont majeurs parmi les migrants âgés (54%) et les demandeurs d'asile (44%), alors que plus d'un mineur sur cinq est isolé sur le plan relationnel (21%). Parmi les bénéficiaires des PT (voir tableau ci-dessus), la proportion des personnes vivant seules (pas de famille) est plus élevée

chez les demandeurs d'asile (61%), les personnes originaires d'Afrique de l'Ouest (65%) d'Asie du Sud (61%) et d'Afrique centrale (59%) et parmi les personnes résidant en région Grand-Est (55%). Au Centre de santé, le cumul des facteurs de vulnérabilité culmine pour les exilés d'Afrique sub-saharienne (Afrique de l'Est 35%, Afrique centrale 25%, Afrique de l'Ouest 23%) et ceux d'Europe de l'Est (31% en situation de détresse sociale). Les besoins d'interprétariat concernent la majorité des personnes originaires d'Europe de l'Est (82%), d'Asie du Sud (72%), d'Asie de l'Est (69%) et du Moyen-Orient (66%).

La situation de vulnérabilité sociale est également très liée au niveau de formation et à la profession exercée dans le pays d'origine. Plus le niveau d'étude est élevé, plus la proportion des personnes en situation de détresse sociale est faible, cet écart variant du simple au double (31% des personnes sans

aucune formation vs 15% des personnes ayant bénéficié d'études universitaires). Cette variation est particulièrement importante sur le plan de la langue (59% vs 24% allophones) et de l'isolement relationnel (23% vs 13%). Concernant la profession exercée dans le pays d'origine, la situation de détresse sociale est plus fréquente parmi les artisans (25%) et les agriculteurs (24%), et les besoins d'interprétariat plus élevés parmi les agriculteurs (71%), ouvriers (47%) et commerçants (45%).

Il existe enfin des différences importantes selon la région de résidence des bénéficiaires des permanences téléphoniques, la situation de vulnérabilité sociale étant globalement moins profonde parmi les personnes vivant en régions PACA et Occitanie, notamment en raison de conditions de séjour relativement moins précaires (un quart des résidents en PACA et

un tiers des résidents en Occitanie se trouvent en situation de séjour stable), ces données étant également liées à la nature du recours au Comede dans des contextes régionaux différents (une part importante des appels des régions Auvergne-Rhône-Alpes et Grand-Est concernent des questions de droit au séjour pour les « étrangers malades »).

### CARACTERISTIQUES DES CONDITIONS D'HEBERGEMENT ET DE SEJOUR

Voir encadrés pages 109 et 110

La moitié des personnes soutenues sont hébergées par des particuliers, davantage pour les patients du CDS (60%) que pour les bénéficiaires des PT (44%, voir tableau ci-dessous), et 19% des patients du Centre de santé bénéficient d'un hébergement social. Surtout, près d'un patient du CDS sur cinq était

### Conditions d'hébergement, détail

8034 PATIENTS DU CDS ET 8239 BENEFICIAIRES DES PT NATIONALES, 2012-2016

#### CENTRE DE SANTE

#### PERMANENCES TELEPHONIQUES NAT.

	N	parti- culier	héb. social	sans héb.	Samu social	rue	squat	chez soi	n	c/o 1 tiers	préc. autre	sans	chez soi
<b>Total</b>	<b>8034</b>	60%	19%	18%	7%	7%	4%	3%	<b>8239</b>	44%	34%	7%	15%

#### Groupes vulnérables

Femmes	2798	65%	15%	17%	9%	5%	3%	3%	3373	48%	32%	4%	16%
Dem. asile	4838	60%	19%	20%	8%	8%	4%	1%	518	24%	66%	6%	4%
Agés ≥ 60	354	83%	8%	7%	3%	3%	1%	2%	770	67%	15%	4%	14%
Mineurs < 18	554	19%	64%	14%	5%	5%	4%	2%	553	41%	37%	6%	16%
Malades	3127	55%	21%	20%	8%	8%	4%	3%	4220	50%	31%	6%	13%

#### Région d'origine

Afrique A.	65								206	63%	18%	3%	16%
Afrique C.	2128	66%	9%	21%	9%	8%	4%	3%	1117	46%	36%	6%	12%
Afrique E.	209	25%	35%	38%	15%	18%	5%	<1%	82				
Afrique N.	261	66%	14%	14%	7%	3%	4%	7%	2162	59%	19%	5%	17%
Afrique O.	2156	46%	22%	29%	9%	11%	9%	3%	1741	44%	38%	6%	12%
Asie de l'E.	103	69%	22%	8%	2%	4%	2%	1%	75				
Asie du S.	2372	75%	21%	3%	1%	1%	<1%	1%	277	39%	45%	6%	10%
Europe E.	441	36%	27%	33%	19%	10%	4%	4%	738	20%	63%	7%	10%
Europe O.	54								525	19%	45%	11%	25%
Moyen-Or.	107	41%	41%	18%	9%	9%	-	1%	188	48%	31%	4%	17%

#### Région de résidence

									Auvergne & Rhône-Alpes	355	40%	43%	5%	12%
									Grand-Est	121	29%	59%	6%	6%
Ile-de-Fra.	8034	60%	19%	18%	7%	7%	4%	3%	5145	50%	30%	6%	14%	
									Occitanie	334	32%	39%	7%	22%
									Provence-Alpes-Côte d'Azur	1214	27%	48%	9%	17%

dépourvu d'hébergement (18% au total, 7% au Samu social, 7% à la rue et 4% dans un squatt) et au moins 7% dans le cadre des PT, ce dernier résultat étant à préciser dans les prochains rapports. Seule une minorité de ces personnes dispose d'un logement qualifié de « chez soi » (3% CDS et 15% PT).

La proportion de personnes sans hébergement est plus élevée parmi les demandeurs d'asile (20% au CDS) et les personnes atteintes de maladie grave (20%). Selon l'origine géographique, elle s'élève à 29% des exilés d'Afrique de l'Ouest, à 33% de ceux d'Europe de l'Est, et à 38% des personnes originaires d'Afrique de l'Est (18% avaient dormi dans la rue lors des nuits précédant la consultation). La solidarité individuelle est plus fréquente pour les migrants âgés (83% des patients du CDS et 67% des bénéficiaires des PT sont hébergés par des particuliers), et les femmes (65% CDS

et 48% PT), ainsi que parmi les exilés d'Asie du Sud (75% CDS), d'Asie de l'Est (69% CDS), d'Afrique du Nord (66% CDS et 59% PT) et d'Afrique australe (63% PT). Enfin, selon la région de résidence, on observe que les bénéficiaires des PT vivant dans les régions PACA et Occitanie sont plus nombreuses à bénéficier d'un logement personnel (respectivement 17% et 22%), alors que ceux résidant en Ile de France sont plus souvent hébergés par des particuliers (60% CDS et 50% PT).

La variété des situations à l'égard du séjour témoigne de la fragmentation du statut administratif des exilés (voir tableau ci-contre). Les personnes en séjour stable (8% des patients du CDS et 16% des bénéficiaires des PT), disposent le plus souvent d'une carte de séjour temporaire (7% du total des PT), alors que les mineurs (5% des patients du CDS) ne sont pas assujettis à l'obligation de détenir un titre de séjour. Les demandeurs d'asile (62% CDS et 8% PT) se voient remettre une grande variété de documents précaires de séjour - notamment suite à la mise en place de la réforme de l'asile en 2016 -, dont l'attestation de demande d'asile (anciennement APS et récépissé) est la plus fréquente (40% CDS et 6% PT).

Les autres documents de séjour régulier et précaire sont principalement des convocations et RV « préfecture » (4% PT) et Autorisations provisoires de séjour (6% PT), alors que 11% des personnes soutenues par les permanences téléphoniques disposent d'un visa de court séjour. Une personne sur dix est déboutée de l'asile (9% CDS et 10% PT), les autres personnes sans-papiers étant plus nombreuses parmi les bénéficiaires des PT (42%) que parmi les patients du Centre de santé (18%).

### Conditions de séjour, détail

8034 PATIENTS DU CDS ET 8239 BENEFICIAIRES DES PT,  
2012-2016

	Centre de santé	PT. Nat.
<b>Séjour stable</b>	<b>8%</b>	<b>16%</b>
Carte de résident	1%	2%
Carte de séjour temporaire	2%	7%
Citoyen UE admis au séj.	<1%	3%
Visa long séjour	<1%	2%
Mineurs <18 ans	5%	3%
<b>Séjour précaire</b>	<b>92%</b>	<b>84%</b>
Demande d'asile en cours	62%	8%
Avant enregistrement	8%	1%
Convocation GUDA & RV	10%	<1%
Convocation « Dublin »	2%	<1%
Procédure « prioritaire »	4%	1%
ADA 1 mois (APS)	7%	1%
ADA 9 mois (récépissé)	31%	5%
Carte de séjour temporaire	<1%	<1%
<b>Autre séjour régulier</b>	<b>3%</b>	<b>21%</b>
Convoc., RV, récépissé	1%	4%
Autorisation prov. de séjour	<1%	6%
Carte de séjour retraité	<1%	<1%
Titre de séjour UE <3 mois	<1%	<1%
Visa court séjour	2%	11%
<b>Sans droit au séjour</b>	<b>27%</b>	<b>55%</b>
Déboutés demande d'asile	9%	10%
Citoyen UE non admis séj.	<1%	3%
Autres sans-papiers	18%	42%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## VIOLENCE, TORTURE, RISQUES ET TROUBLES PSYCHIQUES

Le bilan de santé proposé dans les consultations médicales au Comede intègre la recherche systématique d'antécédents de violence, dont les caractéristiques sont précisées lors des consultations ultérieures ainsi qu'en psychothérapie pour les personnes concernées. Entre 2012 et 2016, 62% des patients du Comede suivis en médecine déclaraient des antécédents de violence (définition OMS), 14% des antécédents de torture (définition ONU), et 13% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle (voir définition page 76). Parmi les patients suivis en psychothérapie, ces taux s'élèvent respectivement à 94%, 42% et 39% (voir tableau ci-contre). Les demandeurs d'asile sont 79% à déclarer des antécédents de violence, 20% de torture et 17% de violence liée au genre. Les antécédents de torture sont plus fréquents parmi les hommes (17% vs 9% des femmes), et ceux de violence liée au genre plus fréquents chez les femmes (29% vs 4%).

La présence des troubles psychiques graves nécessitant une psychothérapie (voir épidémiologie page 78) est corrélée aux antécédents de violence dans le pays d'origine et tout au long du parcours d'exil. Le risque relatif de nécessiter un suivi en psychothérapie est de 1,5 en cas d'antécédent de violence, de 3 en cas d'antécédent de torture et de 3 en cas d'antécédent de violence liée au genre ( $p < 0,001$ ). Pour les femmes, ces risques sont respectivement de 1,6 – 3,1 – 2,6. Pour les hommes, ils sont de 1,5 – 3 – 4. On observe ainsi des conséquences psychiques comparables parmi les personnes ayant subi des violences liées à des systèmes de domination, que ce soit la torture ou les violences liées au genre et à l'orientation sexuelle, ces dernières ayant des conséquences graves encore plus fréquemment chez les hommes.

Outre le sexe et le genre, la survenue des différentes formes de violence est également très liée à la nationalité et au statut social dans

## Antécédents de violences, de torture et de violence liée au genre et à l'orientation sexuelle parmi les consultants du Centre de santé 2012-2016

### PAR GROUPE VULNERABLE

File active	n	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD V. genre
Médecine	5204	62%	14%	13%
Femmes	1834	60%	9%	29%
Hommes	3370	64%	17%	4%
Dem. asile	3303	79%	20%	17%
Agés ≥ 60	227	30%	4%	2%
Mineurs < 18	496	17%	< 1%	3%
Psychothér.	686	94%	42%	39%
Femmes	271	95%	28%	74%
Hommes	415	93%	52%	16%

### SELON LE STATUT SOCIAL DANS LE PAYS D'ORIGINE

File active	n	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD VGenre
Médecine	5204	62%	14%	13%

### Pays d'origine

Bangladesh	831	72%	8%	3%
Congo RD	1094	67%	19%	22%
Côte d'Ivoire	210	60%	2%	20%
Guinée C.	605	77%	27%	23%
Mauritanie	123	73%	17%	6%
Myanmar	52	69%	15%	6%
Russie/Tch.	85	75%	21%	2%
Soudan	54	76%	28%	6%
Sri Lanka	480	88%	32%	11%

### Formation

Aucune	387	60%	13%	12%
Primaire	1204	63%	13%	11%
Secondaire	1780	66%	15%	14%
Profession.	271	70%	18%	20%
Universitaire	893	74%	20%	14%

### Profession

Commerç	867	81%	16%	13%
Employé	670	75%	20%	14%
Ouvrier	247	64%	18%	7%
Prof. inter.	323	66%	16%	16%
Prof. intell.	246	67%	20%	12%
Sans	1473	57%	11%	17%

### SELON LA SITUATION DE VULNERABILITE SOCIALE

File active	n	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD VGenre
Situations	5204	63%	14%	13%
Détr. sociale	1248	69%	16%	18%
Isol. relat.	994	76%	22%	23%
Isol. social	858	69%	18%	19%
Défaut. alim.	1203	74%	19%	19%
Héb préc.	1911	70%	16%	18%

le pays d'origine. Les antécédents de torture sont plus fréquents parmi les Sri-Lankais (32%), Soudanais (28%) et Guinéens (27%), et les violences liées au genre plus fréquentes parmi les Guinéens (23%), Congolais /RD (22%) et Ivoiriens (20%). Ces violences spécifiques sont relativement rares parmi les Bangladais, alors que près des trois quarts d'entre eux déclarent des antécédents de violence (72%). Pour l'ensemble des nationalités, les violences et les tortures sont d'autant plus fréquentes que le niveau de formation initiale était élevé ( $p < 0,001$ ). Les antécédents de torture sont plus nombreux chez les personnes qui exerçaient une profession intellectuelle (20%) et les employés (16%), alors que les violences liées au genre culminent parmi les personnes ayant exercé une profession intermédiaire (16%).

Enfin, les différentes formes de violence sont également très liées aux indicateurs de vulnérabilité sociale. Leur fréquence est plus élevée parmi les personnes en situation de détresse sociale. Les antécédents de torture et de violence liée au genre sont fortement corrélés à la précarité du quotidien et de l'hébergement, à l'isolement social et plus encore à l'isolement relationnel : les personnes concernées sont 76% à avoir subi des violences, 22% des tortures et 23% des violences liées au genre.

La moitié des personnes suivies en psychothérapie au Comede présentent des troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire (50% de l'ensemble, et 54% des demandeurs d'asile, voir tableau ci-contre). Plus fréquents parmi les personnes ayant subi des tortures (55%) et/ou des violences liées au genre (55%), et particulièrement répandus parmi les Sri-Lankais (68%) et les Bangladais (59%), ces troubles peuvent avoir un impact sur l'apprentissage d'une nouvelle langue, sur les démarches administratives à effectuer ou encore sur la capacité des demandeurs d'asile à mettre en récit leur parcours d'exil face à l'Ofpra et à la CNDA.

## Principaux symptômes et risques

Consultation de psychothérapie 2012-2015

File active	n	Troubles CAM*	Idées suicid.	Urg. psy.
Total	650	50%	27%	7%

### Groupes vulnérables

Femmes	250	48%	26%	6%
Hommes	399	52%	28%	8%
Dem asile	475	54%	28%	8%
Dét. sociale	194	51%	33%	11%

### ATCD Violence

Violence	615	51%	28%	8%
Torture	324	55%	31%	8%
Genre	255	55%	31%	7%

### Pays d'origine

Bangladesh	66	59%	30%	13%
Congo RD	143	47%	33%	8%
Guinée	174	51%	20%	8%
Sri Lanka	61	68%	33%	5%

\* Troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, Idées suicidaires, Urgences psychiatriques.

L'importance des idées suicidaires et des épisodes d'urgence psychiatrique parmi les exilés suivis en psychothérapie au Comede illustre la gravité de leurs troubles psychiques. Plus d'un quart des patients (27%) ont présenté des idées suicidaires au cours de la psychothérapie (et 4% avaient fait par le passé une tentative de suicide), ce taux étant encore plus élevé parmi les victimes de torture et de violence liée au genre (31%), et parmi les Congolais RD et les Sri-Lankais (33%), ainsi que l'ensemble des personnes en situation de détresse sociale (33%). Enfin, 7% des patients se sont trouvés au moins une fois en situation d'urgence psychiatrique (indication d'hospitalisation, principalement en raison d'un risque suicidaire).

Compte-tenu du poids des troubles psychiques dans l'état de santé des exilés et afin de préciser les priorités de santé publique dans ce domaine, le Comede a mis en place en 2013 une nouvelle catégorisation des principales maladies et syndromes observés, à partir notamment de la Classification internationale des maladies (CIM) et du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Parmi 580 situations pour lesquelles ces données ont été documentées par les

## Principaux syndromes et maladies

Consultation de psychothérapie et médecine 2013-2016

File active	n	SPT	DEP	TC.	TA
Total	580	60%	22%	8%	8%

### Groupes vulnérables

Femmes	214	62%	21%	8%	7%
Hommes	366	58%	22%	9%	8%
Dem. asile	487	64%	18%	8%	7%
Déb. asile	53	40%	34%	11%	11%
Détr. sociale	167	58%	24%	12%	4%

### ATCD Violence

Violence	548	61%	21%	8%	7%
Torture	273	64%	19%	12%	3%
Genre	239	65%	21%	8%	5%

### Pays d'origine

Bangladesh	81	47%	26%	6%	17%
Congo RD	118	61%	19%	10%	7%
Guinée	161	68%	18%	11%	2%
Sri Lanka	52	83%	12%	4%	2%

\* Syndrome psychotraumatique, Dépression, Trauma complexe, Trouble anxieux.

psychologues et les médecins (voir tableau ci-dessus), on observe dans 60% des cas un syndrome psychotraumatique, 22% une dépression, 8% un trauma complexe, 8% des troubles anxieux et 2% des troubles divers, incluant des psychoses. La prépondérance des syndromes psychotraumatiques est plus importante chez les demandeurs d'asile (64%), les victimes de torture (64%) et/ou de violence liée au genre (65%), les Guinéens (68%) et encore davantage les Sri-Lankais (83%). La dépression est plus fréquente parmi les patients en situation de détresse sociale (24%), les Bangladais (26%) et l'ensemble des déboutés de l'asile (34%). Enfin, les traumas complexes sont plus souvent retrouvés parmi les victimes de torture (12%) et les personnes en situation de détresse sociale (12%).

## ÉPIDÉMIOLOGIE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE ET TAUX DE PRÉVALENCE

Les données d'épidémiologie médicale et psychologique relevées au Centre de santé du Comede sont issues des résultats du bilan de santé proposé à l'ensemble des nouveaux patients en consultation médicale. Au terme de la première consultation et avec l'accord de la personne, les médecins du Comede complètent l'anamnèse et l'examen clinique - incluant l'évaluation psychologique - par la réalisation d'examens complémentaires réalisés par les laboratoires mis à disposition par la Dases (Ville de Paris), partenaire conventionnel du Comede depuis 1984 (voir Centre de santé page 33). Entre 2012 et 2016, le bilan de santé a été pratiqué par 96% des patients (non proposé dans 3% des cas en raison d'autres priorités dans la consultation, refus du patient dans moins de 1% des cas).

L'analyse des taux de prévalence présentés dans les tableaux suivants doit tenir compte des facteurs de sur-estimation et de sous-estimation. Sur-estimation d'une part, une partie des personnes concernées étant venues consulter au Comede en connaissant au moins une de leurs maladies (voir tableau page suivante) : 23% des maladies graves recensées étaient connues avant l'arrivée en France (*min*

### Bilan de santé recommandé par le Comede et effectué au Centre de santé

Examen	AFA, AFC AFE, AFO ASE	AFN	ANT ASS	AUT
Examen clinique	✓	✓	✓	✓
NFS	✓	✓	✓	✓
Glycémie		✓	✓	
Sérologie VHB	✓	✓	✓	✓
Sérologie VHC	✓	✓	✓	✓
Sérologie VIH	✓	✓	✓	✓
Rx thorax face	✓	✓	✓	✓
EPS	✓		✓	
EPU	✓			

AFA Afrique australe, AFC Afrique centrale, ANT Antilles, ASE Asie de l'Est, AFE Afrique de l'Est, AFO Afrique de l'Ouest, AFN Afrique du Nord, ASS Asie du Sud, AUT autres régions (voir définition des régions page 59). NFS Numération-formule sanguine, EPS Examen parasitologique des selles, EPU Examen parasitologique des urines

4% pour les troubles psychiques, *max* 72% pour l'asthme persistant), et 39% au total avaient été diagnostiquées avant le recours au Comede (schistosomose urinaire 4%, asthme 88%). Sous-estimation d'autre part, certains patients n'ayant pas effectué l'ensemble du bilan de santé, et certaines maladies graves dépistées n'ayant pas été signalées dans le recueil de données. Toutefois, en dépit de ces biais de représentativité, l'analyse comparative des données suivantes est instructive pour les actions de dépistage et plus largement de prévention à mettre en oeuvre.

Parmi les maladies graves ainsi dépistées et diagnostiquées par les médecins et psychologues, les psycho-traumatismes représentent un tiers des cas (33% entre 2007 et 2016) et les maladies infectieuses plus d'un quart (27%), les autres maladies chroniques, handicaps et risques médicaux graves représentant 40% des situations. Les principaux motifs de suivi sont caractérisés dans la suite de ce chapitre par nombre décroissant de malades, les données de prévalence ayant été calculées sur les 16 095 patients accueillis en médecine au cours des 10 dernières années.

■ **Troubles psychiques graves** : 2 668 diagnostics dont 4% étaient connus au pays. Taux global de 166 pour 1000 (femmes 235, hommes 138). Plus fréquent parmi les exilés d'Europe de l'Est (ensemble 231, femmes 315, hommes 198), d'Afrique centrale (ensemble 224, femmes 224, hommes 223), d'Afrique de l'Ouest (ensemble 202, femmes 274, hommes 175), ainsi que parmi les femmes d'Afrique de l'Est (247) et les hommes d'Asie de l'Est (216). Taux plus élevés entre 20 et 45 ans (*max.* 210 entre 20 et 25 ans).

■ **Maladies cardio-vasculaires** : 1 123 diagnostics dont 50% connus au pays. Taux global de 70 pour 1000 (femmes 116, hommes 51). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (ensemble 137, femmes 148, hommes 123), des Caraïbes (ensemble 108, femmes 121, hommes 130, hommes 82), et d'Afrique du Nord (ensemble 94, femmes 158, hommes 56). Augmentation progressive des taux avec l'âge (*max.* 515 pour les  $\geq 65$  ans).

■ **Infection à VHB** : 1 095 diagnostics dont 8% connus au pays. Taux global de 68 pour 1000 (femmes 38, hommes 80). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (ensemble 143,

### Caractéristiques démographiques des malades et taux de prévalence par région d'origine

Taux pour 1000 personnes, parmi 16 095 patients accueillis en médecine au Centre de santé, 2007-2016

□ Les cases en vert clair signalent des occurrences supérieures à la moyenne

	Cas n	Sexe (F/H)	Age médian	Diagnostic *		Taux de prévalence par région d'origine (p. 1000)							
				pays	Fra.*	AFC 3598	AFE 349	AFN 403	AFO 4148	ASS 5566	CAR 185	EUE 1164	TOT 16095
Troubles psych.	<b>2 668</b>	41%	32 ans	4%	11%	224	166	99	202	99	135	231	<b>166</b>
Mal. cardio-vas.	<b>1 123</b>	48%	50 ans	50%	72%	137	9	94	59	37	108	51	<b>70</b>
Infection à VHB	<b>1 095</b>	16%	34 ans	8%	29%	68	46	20	143	24	76	40	<b>68</b>
Diabète	<b>794</b>	32%	46 ans	54%	73%	54	6	120	32	65	76	17	<b>49</b>
Infection à VHC	<b>282</b>	36%	43 ans	15%	40%	33	3	17	8	7	-	47	<b>18</b>
Asthme persist.	<b>262</b>	26%	37 ans	72%	88%	10	11	30	24	16	22	9	<b>17</b>
Infection à VIH	<b>210</b>	66%	36 ans	20%	33%	27	17	2	22	<1	11	5	<b>13</b>
Handicap	<b>124</b>	20%	37 ans	61%	81%	7	-	34	11	4	-	10	<b>7</b>
Cancer	<b>91</b>	54%	49 ans	38%	86%	8	-	32	4	2	11	12	<b>6</b>
Bilharziose Uri.	<b>91</b>	8%	29 ans	4%	4%	1	-	-	21	-	-	-	<b>6</b>
Tuberculose	<b>84</b>	27%	36 ans	5%	49%	11	-	-	5	3	11	2	<b>5</b>

\* Diagnostic connu dans le pays d'origine, et total diagnostic connu en France avant le recours au CDS Comede. AFC Afrique centrale, AFE Afrique de l'Est, AFN Afrique du Nord, AFO Afrique de l'Ouest, ASE Asie de l'Est, ASS Asie du Sud, CAR Caraïbes, EUE Europe de l'Est.

## Taux de prévalence observés au Comede par sexe, par région et par pays d'origine (1/2)

Taux pour 1000 personnes, parmi 16 095 patients accueillis en médecine au Centre de santé, 2007-2016

Les cases foncées  signalent les taux de prévalence supérieurs au taux global

Région & Pays <i>effectifs Femmes - Hommes</i> )	ANGUILL.		ASTHME		CANCER		DIABETE		HANDICAP		M. CARD.	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Taux global 4 626-11 469	8	23	15	17	11	5	55	47	5	9	116	51
Taux global France	*	*	67	67	53	64	50	50	nc	nc	nc	nc
Taux global Monde	*	*	45	45	7	6	85	85	nc	nc	nc	nc
Afrique australe 69-36	14	28	29	56	43	-	116	222	-	-	275	194
Madagascar 32-16	31	-	63	1 cas	94	-	94	6 cas	-	-	312	4 cas
Afrique centrale 1 959-1 639	10	38	10	9	11	4	49	59	5	10	148	123
Angola/Cabinda 108-128	19	39	19	8	-	-	55	70	9	8	213	156
Cameroun 160-129	28	23	13	-	31	-	100	54	6	8	288	70
Congo 231-243	4	21	17	4	17	4	39	78	4	25	108	99
Congo RD 1 380-1066	10	44	9	12	8	5	43	55	4	8	174	129
Rwanda 26-23	-	87	-	-	-	-	3 cas	1 cas	-	-	4 cas	2 cas
Afrique de l'Est 97-252	10	4	10	12	-	-	10	4	-	-	10	8
Erythrée 23-46	-	-	1 cas	43	-	-	1 cas	22	-	-	1 cas	-
Ethiopie 27-16	1 cas	-	-	-	-	-	1 cas	-	-	-	-	-
Soudan 12-147	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	7
Afrique du Nord 137-266	*	*	1	41	58	19	167	90	22	34	168	56
Algérie 106-164	*	*	9	30	75	12	170	104	9	24	198	67
Maroc 20-43	*	*	-	93	-	47	4 cas	116	-	70	63	93
Tunisie 10-57	*	*	-	35	-	-	1 cas	35	2 cas	35	1 cas	-
Afrique de l'Ou. 1 146-3 002	11	15	16	27	4	4	49	25	4	14	92	47
Côte d'Ivoire 234-364	13	25	13	11	4	5	26	33	-	11	73	41
Guinée Conakry 467-931	11	19	9	3	4	2	36	23	6	9	62	40
Mali 124-633	-	6	32	46	-	3	104	8	-	13	185	38
Mauritanie 69-539	14	-	58	41	-	6	58	11	-	26	87	41
Nigeria 75-158	-	19	13	51	13	6	27	76	13	6	13	70
Sénégal 73-153	27	7	14	52	-	-	82	46	-	18	192	92
Sierra Leone 22-51	91	59	-	39	-	-	1 cas	-	-	-	3 cas	39
Togo 33-58	-	17	30	17	1 cas	-	91	52	-	-	182	103
Asie centrale 34-150	*	*	29	7	-	7	20	-	-	13	147	13
Afghanistan 5-116	*	*	-	-	-	-	-	-	-	-	1 cas	9
Asie de l'Est 45-74	-	14	-	-	44	-	22	41	-	-	44	41
Birmanie 8-54	-	19	-	-	-	-	-	37	-	-	-	37
Asie du Sud 636-4 930	3	32	22	15	5	2	83	62	5	4	63	34
Bangladesh 139-2 452	7	43	7	16	7	2	29	70	7	3	29	32
Inde 8-125	-	24	-	8	-	8	-	40	-	16	1 cas	72
Pakistan 14-275	-	7	-	33	-	-	3 cas	113	-	11	1 cas	55
Sri Lanka 472-2 068	2	22	28	12	4	<1	97	47	4	3	72	32
Caraïbes 100-85	-	-	30	12	10	12	40	118	-	-	130	82
Haïti 99-79	-	-	38	13	10	13	40	114	-	-	131	111
Europe de l'Est 327-837	-	1	18	5	15	11	31	12	9	11	104	30
Arménie 44-44	-	-	23	-	-	23	23	-	23	23	114	51
Géorgie 30-70	-	-	10	-	-	29	-	43	-	29	43	43
Russie/Tchétchén. 123-250	-	4	8	4	16	4	33	12	-	8	52	36
Turquie 65-389	-	-	-	12	15	5	31	8	-	8	10	10
Europe de l'Ouest 26-38	-	3	2 cas	3	-	-	1 cas	-	1 cas	-	79	79
Moyen-Orient 31-134	-	-	-	7	-	-	65	7	-	7	22	67
Egypte 3-64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47

\* Anguillulose intestinale, plus fréquente en zone inter-tropicale, Asthme persistant, Maladies cardio-vasculaires, dont hypertension artérielle



## Taux de prévalence observés au Comede par sexe, par région et par pays d'origine (2/2)

Taux pour 1000 personnes, parmi 16 095 patients accueillis en médecine au Centre de santé, 2007-2016

Les cases foncées  signalent les taux de prévalence supérieurs au taux global

Région & Pays <i>effectifs Femmes - Hommes</i> )	TBL. PSY.		SCHIS. H		TUBERC.		INF. VHB		INF. VHC		INF. VIH	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Taux global 4 626-11 469	235	138	2	7	5	5	38	80	22	16	30	6
Taux global France	57	47	nc	nc	0,07	0,07	2	11	6	4	2	2
Taux global Monde	nc	nc	nc	nc	2,3	2,3	63	63	23	23	5	5
Afrique australe 69-36	174	28	-	-	14	-	-	28	-	83	14	28
Madagascar 32-16	281	-	-	-	-	-	-	-	-	1 cas	-	-
Afrique centrale 1 959-1 639	224	223	1	1	9	13	36	106	35	31	36	17
Angola/Cabinda 108-128	130	188	-	-	9	23	83	141	83	63	28	39
Cameroun 160-129	125	163	-	-	13	8	56	171	87	47	63	23
Congo 231-243	277	185	-	-	4	8	13	119	22	-	35	21
Congo RD 1 380-1 066	235	248	1	1	9	13	33	91	28	34	31	13
Rwanda 26-23	7 cas	8 cas	-	-	1 cas	-	1 cas	1 cas	1 cas	-	2 cas	-
Afrique de l'Est 97-252	247	135	-	-	-	-	21	58	10	-	62	-
Erythrée 23-46	2 cas	109	-	-	-	-	1 cas	-	-	-	-	-
Ethiopie 27-16	7 cas	1 cas	-	-	-	-	-	-	1 cas	-	-	-
Soudan 12-147	3 cas	129	-	-	-	-	1 cas	82	-	-	-	-
Afrique du Nord 137-266	124	86	**	**	-	-	15	23	15	30	-	4
Algérie 106-164	132	98	**	**	-	-	-	12	9	12	-	6
Maroc 20-43	2 cas	47	**	**	-	-	-	23	1 cas	-	-	-
Tunisie 10-57	-	70	**	**	-	-	2 cas	53	-	53	-	-
Afrique de l'Ou. 1 146-3 002	275	175	4	27	3	6	68	171	11	6	51	10
Côte d'Ivoire 234-364	244	146	-	8	4	11	43	154	30	19	94	30
Guinée Conakry 467-931	366	366	2	9	2	4	69	143	11	2	43	9
Mali 124-633	113	39	24	62	-	3	113	209	8	3	16	5
Mauritanie 69-539	261	80	-	48	-	4	101	187	-	7	29	7
Nigeria 75-158	280	158	-	-	-	19	27	101	-	-	40	6
Sénégal 73-153	164	26	-	26	-	13	55	222	-	7	14	13
Sierra Leone 22-51	8 cas	137	-	-	-	-	2 cas	216	-	-	-	-
Togo 33-58	273	190	-	17	-	-	61	103	-	-	121	17
Asie centrale 34-150	147	120	**	**	-	7	15	67	147	40	-	-
Afghanistan 5-116	3 cas	147	**	**	-	-	-	9	-	26	-	-
Asie de l'Est 45-74	133	216	**	**	-	-	67	135	44	-	-	-
Birmanie 8-54	4 cas	296	-	-	-	-	-	111	-	-	-	-
Asie du Sud 636-4 930	220	83	**	**	-	4	2	27	-	8	-	<1
Bangladesh 139-2 452	201	39	**	**	-	4	7	44	-	<1	-	<1
Inde 8-125	-	32	**	**	-	32	-	24	-	-	-	8
Pakistan 14-275	1 cas	120	**	**	-	-	-	62	-	124	-	-
Sri Lanka 472-2 068	235	88	**	**	-	1	-	4	-	1	-	-
Caraïbes 100-85	150	118	-	-	20	-	80	71	-	-	-	24
Haïti 99-79	152	127	-	-	20	-	80	71	-	-	-	13
Europe de l'Est 327-837	315	198	**	**	-	2	6	54	31	54	3	6
Arménie 44-44	273	114	**	**	-	-	-	-	23	23	-	-
Géorgie 30-70	400	343	**	**	-	14	-	43	-	343	-	-
Russie/Tchétchén. 123-250	366	212	**	**	-	-	16	36	24	60	8	12
Turquie 65-389	385	188	**	**	-	2	-	64	-	3	-	-
Europe de l'Ouest 26-38	3 cas	26	**	**	-	-	2 cas	53	-	79	-	-
Moyen-Orient 31-134	226	80	-	-	-	-	-	15	-	67	-	7
Egypte 3-64	1 cas	47	-	-	-	-	-	31	-	141	-	-

Troubles psychiques sévères, \*\* Shistosomose à haematobium (bilharziose urinaire, en Afrique et au Moyen-Orient), Tuberculose, Infection chronique à VHB, Infection chronique à VHC, Infection à VIH/sida

## Taux de prévalence par classe d'âge

Taux pour 1000 personnes, parmi 16 095 patients accueillis en médecine au Centre de santé, 2007-2016

□ Les cases en vert clair signalent des occurrences supérieures à la moyenne

Affection (effectif)	n	<15 ans	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	≥65 ans	Total
Troubles psy.	2 668	39	147	210	173	178	180	168	145	132	162	95	33	166
Mal. cardio-vas	1123	4	-	4	15	15	53	85	188	217	369	510	515	70
Infection à VHB	1 095	67	73	66	61	64	90	78	75	39	56	46	16	68
Diabète	794	-	2	4	16	16	54	75	120	148	207	237	233	49
Infection VHC	282	4	5	4	8	11	16	21	31	47	48	66	108	18
Asthme persist.	262	8	9	8	12	15	14	26	24	32	34	17	33	17
Infection à VIH	210	2	10	13	9	13	15	23	13	13	24	8	7	13
Handicap	124	12	2	4	5	6	12	8	18	6	11	4	7	7
Cancer	91	-	-	-	2	3	5	4	11	24	40	33	23	6
Bilharziose Uri.	91	22	15	8	5	5	7	3	5	-	-	-	-	6
Tuberculose	84	2	7	2	4	4	5	9	4	8	13	-	10	5

femmes 69, hommes 178) et d'Asie de l'Est (ensemble 109, femmes 65, hommes 135). Taux plus élevés entre 35 et 50 ans (max. 90 entre 35 et 40 ans).

■ **Diabète** : 794 diagnostics dont 54% connus au pays. Taux global de 49 pour 1000 (femmes 55, hommes 47). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (ensemble 120, femmes 167, hommes 90), des Caraïbes (hommes 118), et d'Asie du Sud (ensemble 65, femmes 83, hommes 62). Fréquence progressive avec l'âge (max. 237 entre 60 et 65 ans).

■ **Infection à VHC** : 282 diagnostics dont 15% connus au pays. Taux global de 18 pour 1000 (femmes 22, hommes 16). Plus fréquent parmi les exilés d'Asie centrale (ensemble 60, femmes 147, hommes 140), d'Europe de l'Est (ensemble 47, femmes 31, hommes 54), et d'Afrique centrale (ensemble 33, femmes 35, hommes 31). Fréquence progressive avec l'âge (max. 108 pour les ≥ 65 ans).

■ **Asthme persistant** : 262 diagnostics dont 71% connus au pays. Taux global de 17 pour 1000 (femmes 15, hommes 18). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (ensemble 30, hommes 43), d'Afrique de l'Ouest (ensemble 24, femmes 18, hommes 29), et des

Caraïbes (ensemble 22, femmes 45). Fréquence progressive avec l'âge (max. 34 entre 55 et 60 ans).

■ **Infection à VIH-sida** : 210 diagnostics dont 20% des diagnostics connus au pays. Taux global de 13 pour 1000 (femmes 30, hommes 6). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (ensemble 27, femmes 36, hommes 17), d'Afrique de l'Ouest (ensemble 22, femmes 51, hommes 10), et d'Afrique de l'Est (femmes 62). Taux plus élevés entre 35 et 60 ans (max. 24 pour les 55-60 ans).

■ **Handicap** : 124 diagnostics dont 61% connus au pays. Taux global de 7 pour 1000 (femmes 4, hommes 8). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (femmes 22, hommes 34), et d'Afrique de l'Ouest (hommes 14). Taux plus élevés avant 15 ans (19) et entre 35 et 50 ans (max. 18 pour les 45-50 ans).

■ **Cancer** : 91 diagnostics dont 38% connus au pays. Taux global de 6 pour 1000 (femmes 11, hommes 5). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (ensemble 32, femmes 58, hommes 19), d'Europe de l'Est (femmes 15, hommes 11), des Caraïbes (hommes 12), et d'Afrique centrale (femmes 11). Plus fréquent après 45 ans (max. 42 entre 55 et 59 ans).

▪ **Tuberculose** : 84 diagnostics dont 5% connus au pays. Taux global de 5 pour 1000 (femmes 4, hommes 5). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (ensemble 11, femmes 9, hommes 13), et des Caraïbes (femmes 20). Fréquence non liée à l'âge.

▪ **Principales parasitoses** : on observe une prévalence non négligeable des schistosomoses (bilharziose), notamment infection à *Schistosoma haematobium* (atteinte de l'appareil urinaire) parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (ensemble 21, femmes 4, hommes 27), ainsi que de l'anguillulose intestinale (risque de forme maligne en cas d'immunodépression) notamment chez les exilés d'Afrique centrale (femmes 10, hommes 28), et d'Asie du Sud (hommes 32). Les schistosomoses urinaires sont plus fréquentes avant 15 ans (taux de 22 pour 1000).

#### EPIDEMIOLOGIE PAR GROUPE VULNERABLE ET PAR DISPOSITIF DE SOUTIEN

Les **femmes exilées** (voir tableaux pages 80-81) sont plus souvent atteintes que les hommes d'infection à VIH (5 fois plus), maladies cardiovasculaires et cancers (x 2), ainsi que de troubles psychiques graves (x 1,7) et d'hépatite C chronique (x1,4). Par taux de prévalence décroissant, elles sont principalement atteintes de troubles psychiques

(taux global 235 pour 1000, plus élevé parmi les femmes originaires d'Europe de l'Est et d'Afrique de l'Ouest), de maladies cardiovasculaires (116, plus élevé pour l'Afrique australe et l'Afrique du Nord), de diabète (55, plus élevé pour l'Afrique du Nord et l'Afrique australe), d'infection chronique par le VHB (38, plus élevé pour l'Afrique de l'Ouest, l'Asie de l'Est et Haïti), d'infection par le VIH (30, plus élevé pour l'Afrique de l'Est, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale), et d'infection chronique par le VHC (22, plus élevé pour l'Asie de l'Est et l'Afrique centrale).

Les **demandeurs d'asile** soignés au Centre de santé pour une affection grave sont plus souvent atteints de syndromes psychotraumatiques que les autres exilés, en lien avec la fréquence des antécédents de violence (voir troubles psychiques page 76).

Les **migrants âgés ≥ 60 ans** (voir tableau page 83) sont principalement atteints de maladies cardio-vasculaires (taux global 511 pour 1000, plus élevé parmi les exilés d'Afrique centrale), de diabète (234, plus élevé pour l'Asie du Sud et l'Afrique de l'Ouest), d'infection chronique par le VHC (91, plus élevé pour l'Afrique centrale), et de troubles psychiques graves (57, plus élevé pour l'Europe de l'Est). On, observe également un taux de prévalence de 27 pour les cancers et de 18 pour l'insuffisance rénale chronique.

#### Migrants Agés, taux de prévalence par région et par pays d'origine

Taux pour 1000 personnes, parmi 548 patients ≥60 ans accueillis en médecine au Centre de santé, 2007-2016  
Les cases foncées ■ signalent les taux de prévalence supérieurs au taux global

taux global		AST 26	CAN 27	DIA 234	IRC 18	MCV 511	PSY 57	TUB 5	VHB 29	VHC 91	VIH 7
Afrique centrale	213	28	42	174	19	652	56	9	38	211	9
Cameroun	33	30	30	242	-	727	-	-	30	242	-
Congo RD	129	16	54	132	31	597	78	8	39	217	16
Afrique du Nord	51	-	39	216	20	451	20	-	20	-	-
Algérie	48	-	42	229	21	438	21	-	21	-	-
Afrique de l'Ouest	74	-	-	257	27	486	41	-	54	27	14
Asie du Sud	110	55	9	400	18	364	45	9	9	-	-
Sri Lanka	95	53	11	421	11	347	53	11	-	-	-
Europe de l'Est	45	-	44	111	-	333	74	-	44	22	-

AST Asthme persistant, CAN Cancer, DIA Diabète, HAN Handicap, IRC Insuffisance rénale chronique, MCV Maladies cardio-vasculaires dont hypertension artérielle, PSY Psycho-traumatisme sévère

## Enfants mineurs, taux de prévalence par région et par pays d'origine

Taux pour 1000 personnes, parmi 834 patients <18 ans accueillis en médecine au Centre de santé, 2007-2016

Les cases foncées  signalent les taux de prévalence supérieurs au taux global

taux global	AST	DRE	HAN	MCV	PSY	S.H.	TUB	VHB	VHC	VIH	
	8	5	8	2	76	19	2	67	5	5	
Afrique centrale	181	6	11	6	6	122	11	11	33	-	6
Congo RD	137	7	7	-	7	139	7	7	29	-	-
Afrique du Nord	44	23	-	68	-	23	-	-	23	-	-
Afrique de l'Ouest	368	8	5	5	-	76	38	-	122	5	8
Côte d'Ivoire	41	-	24	-	-	122	-	-	-	-	49
Guinée	83	24	12	12	-	169	12	-	96	-	12
Mali	199	5	-	-	-	63	65	-	166	5	-
Asie du Sud	111	-	-	-	-	9	-	-	-	9	-
Bangladesh	42	-	-	-	-	48	-	-	-	-	-
Europe de l'Est	33	-	-	-	-	91	-	-	-	-	-
Moyen-Orient	41	-	-	-	-	49	-	-	-	24	-
Egypte	38	-	-	-	-	53	-	-	-	26	-

AST Asthme persistant, DRE Drépanocytose homozygote, HAN Handicap, PSY Psycho-traumatisme sévère, S.H. Schistosomose à haematobium (bilharziose urinaire), S.M. Schistosomose à mansoni (bilharziose intestinale)

Les **enfants mineurs <18 ans** (voir tableau ci-dessus) sont principalement atteints de troubles psychiques graves (taux global 76 pour 1000, plus élevé parmi les exilés d'Afrique centrale et d'Europe de l'Est), et d'infection chronique par le VHB (67, plus élevé pour l'Afrique de l'Ouest). Les schistosomoses urinaires sont fréquentes parmi les jeunes originaires d'Afrique de l'Ouest (taux global 38, Mali 65). La drépanocytose homozygote n'est pas rare chez les jeunes originaires d'Afrique centrale (11).

Enfin, si l'on considère l'origine géographique, les exilés originaires d'**Afrique** cumulent les risques de maladie grave (voir tableaux pages 79 et suiv.). Parmi ceux d'Afrique centrale, les psycho-traumatismes graves (224 pour mille), les maladies cardiovasculaires (137), le diabète (54), l'infection à VHC (33) et l'infection à VIH (27) sont particulièrement fréquents. Parmi ceux d'Afrique de l'Ouest, c'est le cas des psychotraumatismes (202), de l'infection à VHB (143), et de l'infection à VIH (22). Parmi ceux d'Afrique du Nord, c'est le cas du diabète (120), des maladies cardiovasculaires (94) et des cancers (32). Concernant enfin les exilés originaires des autres continents, on observe pour l'Europe de l'Est des taux de prévalence très élevés pour les psychotraumatismes (231) et de l'infection par le VHC (47) ; pour les

Caraïbes des maladies cardiovasculaires (108) et du diabète (76) ; et enfin pour l'Asie du Sud du diabète (65).

Contrairement aux données d'observation du Centre de santé, celles des autres dispositifs d'observation du Comede ne permettent pas d'évaluer des taux de prévalence. Dans les permanences téléphoniques (voir Centres-ressources page 19), sont documentées sur le plan de la pathologie les seules situations où l'appelant en mentionne l'existence (données déclaratives), particulièrement dans les cas de demande de soutien en matière de droit au séjour pour raison médicale et d'accès aux soins hospitaliers. Et comme à l'Espace santé droit (voir page 45), la fréquence des sollicitations dans ces domaines conduit à une sur-représentation des personnes atteintes de maladie grave au sein de ces deux dispositifs de soutien.

Pour autant, l'analyse du poids relatif des différentes pathologies graves au sein des dispositifs du Comede permet de dégager un certain nombre de priorités en matière d'accès aux soins et aux droits. Les consultants et répondants du Comede ont ainsi recensé 3731 maladies et risques médicaux graves en 2016 (voir tableau page suivante). Les maladies chroniques représentent 57% de la pathologie

(plus des deux tiers dans les PT et à l'ESD), les troubles psychiques 25% (41% au CDS), et les maladies infectieuses et parasitaires 18% (23% au CDS). Certaines maladies sont sur-représentées parmi les personnes soutenues par les permanences téléphoniques et à l'ESD. Il s'agit en premier lieu du cancer (1% « seulement » parmi les patients du Centre de santé, mais 13% dans les PT et 5% à l'ESD), en rapport avec les restrictions d'accès aux soins observées à l'égard de ces malades en 2016 (voir *Maux d'exil* n°52). On observe également la sur-représentation dans les PT et à l'ESD des personnes handicapées, et des personnes infectées par le VHC ou le VIH, et la sous-représentation des personnes atteintes de troubles psychiques et d'hépatite B chronique ■

### Répartition des pathologies graves

AU SEIN DES DIFFERENTS DISPOSITIFS DU COMEDE EN 2016

	n	CDS	PT	ESD
<b>Maladies chr.</b>	<b>2137</b>	<b>36%</b>	<b>68%</b>	<b>71%</b>
Asthme	43	2%	1%	1%
Cancer	324	1%	13%	5%
Diabète	306	8%	8%	11%
Drepanocyto.	7	<1%	2%	1%
Handicap	127	2%	4%	5%
Insuf. rénale	73	<1%	3%	2%
M. Cardio-va.	393	13%	9%	13%
<b>Malad Inf. P.</b>	<b>678</b>	<b>23%</b>	<b>15%</b>	<b>17%</b>
Inf. à VHB	299	9%	7%	6%
Inf. à VHC	123	3%	3%	6%
Inf. à VIH	115	2%	3%	5%
Tuberculose	24	1%	1%	1%
<b>Troubles psy.</b>	<b>916</b>	<b>41%</b>	<b>16%</b>	<b>12%</b>
<b>Total</b>	<b>3731</b>	<b>1277</b>	<b>2283</b>	<b>171</b>





## Accès aux soins

Accès à la protection maladie et aux dispositifs de prévention et de soins

Les exilé.e.s sont confronté.e.s à de nombreux obstacles à l'accès aux soins, principalement en raison des restrictions d'accès à la protection maladie (Assurance maladie, CMUc et Aide médicale Etat / AME) pour les étrangers en séjour précaire. Dans les périodes d'attente ou de rupture de droits pour la protection maladie, ils/elles doivent faire face à des situations fréquentes de restriction ou de refus de soins, « en ville » comme à l'hôpital. Enfin, si l'ouverture de droits permet l'accès aux soins, les obstacles linguistiques que rencontrent les personnes allophones ne peuvent être levés qu'en recourant à l'interprétariat professionnel, cette prestation restant inutilisée dans la majorité des dispositifs de santé en dépit de son inscription dans le code de la santé publique depuis la loi de janvier 2016 (Art. L. 1110-13).

### PROGRESSION DES DISCRIMINATIONS A L'EGARD DES PLUS VULNERABLES

Dans l'introduction de son rapport de mai 2016 sur *Les droits fondamentaux des étrangers en France*, le Défenseur des droits rappelle que, en dehors de la question du droit au séjour, « dans la plupart des domaines de la vie quotidienne, protection sociale, enfance, santé, logement..., le droit interdit a priori d'établir des différences de traitement. ». C'est pourtant ce qui s'est passé dans notre pays au cours des vingt dernières années, la dégradation progressive du droit à la protection maladie pour les étrangers étant directement liée à la précarisation de leur statut administratif. Exclues par le législateur de la sécurité sociale en 1993, de la Couverture maladie « universelle » en 1999 et enfin de l'Aide médicale Etat (AME) pendant les trois premiers mois de résidence depuis 2003, les personnes sans droit au séjour peuvent se trouver exclues des soins médicaux nécessaires à prévenir l'aggravation des maladies, au risque d'une hospitalisation tardive et en urgence. Au delà des sans-papiers directement visés par ces réformes, c'est l'ensemble des

migrants/étrangers en séjour précaire (voir Populations page 57) qui se trouvent fragilisés dans leurs démarches d'accès aux soins. Le durcissement des procédures d'accès à la protection maladie pour les étrangers s'est encore intensifié ces dernières années en raison des interventions croissantes du ministère de l'Intérieur dans ces domaines relevant pourtant des ministères des Affaires sociales et de la Santé. La réforme PUMa (2015-2017) apporte des progrès importants afin d'éviter les périodes de rupture de droits à l'Assurance maladie pour la population en général, mais durcit les conditions pour les étrangers en séjour précaire notamment les demandeurs d'asile (voir encadré Puma page 91 et Accès aux droits page 99).

Dans ce contexte, les dispositifs dédiés à l'accès aux soins des migrants en situation de vulnérabilité sont saturés, et ne disposent le plus souvent pas de plateau technique au-delà de la délivrance « gratuite » des soins préventifs et des premiers soins curatifs. La continuité des soins n'est possible qu'avec une protection maladie permettant la dispense complète d'avance des frais (CMUc ou AME). La répétition des soins ou la nécessité de soins spécialisés débordent les possibilités de ces dispositifs : hospitalisations non urgentes, thérapeutiques coûteuses, bilans réguliers et traitements quotidiens pour les maladies chroniques.

C'est ainsi que les hôpitaux publics sont de plus en plus sollicités par des personnes « en attente de droits » ayant besoin de soins dont « l'absence pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé » (définition du Dispositif soins urgents et vitaux). Et faute de financements suffisants pour remplir l'intégralité de leurs missions de *Permanence d'accès aux soins de santé* pour les personnes en situation de vulnérabilité, la plupart des hôpitaux ont réduit le dispositif PASS aux seules consultations externes, avec ou sans accès au

plateau technique de l'établissement, alors que certains hôpitaux refusent l'accès à la PASS pour les personnes sans droits ouvrables à une protection maladie. Théoriquement fondées sur des critères exclusivement médicaux, les décisions d'hospitalisation sont ainsi de plus en plus souvent soumises à des critères officieux administratifs, financiers ou autres, ces discriminations pouvant avoir des conséquences graves à court et moyen terme.

Dans l'observation du Comede portant sur 16 273 exilé.e.s accompagnées entre 2012 et 2016 (8034 au Centre de santé CDS et 8239 par les Permanences téléphoniques nationales PT, voir tableaux ci-dessous), l'absence de protection maladie est directement liée à la précarité du séjour (absence de droit ou documents précaires de séjour, voir Etat de santé page 75), qui affecte 92% des patients du CDS et 84% des bénéficiaires des PT. Alors

même que la quasi-totalité des personnes concernées remplissent les critères financiers d'ouverture de droits à la CMUc ou à l'AME (99% CDS et 93% PT), et d'ancienneté de résidence (en France en moyenne depuis 2 ans CDS et 6 ans PT), une grande partie d'entre elles sont dépourvues de protection maladie lors du premier recours au Comede (79% CDS et 32% PT). En outre, près de la moitié des bénéficiaires du CDS ne peuvent communiquer en français ou en anglais (39%, voir Etat de santé page 72).

Les interprétations de ces données doivent tenir compte des biais de sélection, le recours au Comede étant souvent fondé sur l'absence de protection maladie, ou le besoin en interprétariat. Toutefois l'importance de ces chiffres est corroborée par les analyses des obstacles effectifs à l'accès aux soins (voir pages suivantes).

### Vulnérabilité sociale et absence de protection maladie

Les cases en vert clair signalent des taux supérieurs à la moyenne (taux global)

PATIENTS DU CENTRE DE SANTE  
A LA PREMIERE CONSULTATION, 2012-2016

	n	Ress <CMUc	Séj. préc.	pas de PMal.
Total	8034	99%	92%	79%

#### Groupes vulnérables

Femmes	2798	99%	94%	82%
Dem. asile	4838	>99%	100%	84%
Agés ≥ 60	354	98%	96%	82%
Mineurs < 18	554	100%	-	57%
Malades	3127	97%	86%	75%

#### Région d'origine

Afrique C.	2128	99%	94%	83%
Afrique E.	209	100%	97%	83%
Afrique N.	261	97%	88%	68%
Afrique O.	2156	97%	86%	74%
Asie de l'E.	103	98%	98%	83%
Asie du S.	2372	99%	96%	82%
Europe E.	441	99%	95%	74%
Moyen-Or.	107	98%	64%	69%

#### Etudes et formation

Aucune	552	99%	87%	77%
Primaire	1845	99%	91%	79%
Profess.	455	98%	97%	82%
Secondaire	2935	99%	94%	83%
Université	1425	99%	96%	85%

BENEFICIAIRES DES PT NATIONALES  
AU PREMIER APPEL, 2012-2016

	n	Ress. <CMUc	Séjour préc.	pas de PMal.
Total	8239	93%	84%	32%

#### Groupes vulnérables

Femmes	3373	92%	83%	39%
Dem. Asile	518	99%	100%	34%
Agés ≥ 60 ans	770	93%	86%	50%
Mineurs < 18	553	93%	-	51%
Malades	4220	95%	89%	28%

#### Région d'origine

Afrique Austr.	206	93%	84%	48%
Afrique centr.	1117	94%	87%	27%
Afrique Nord	2162	92%	86%	43%
Afrique Ouest	1741	94%	86%	24%
Asie du Sud	277	93%	90%	21%
Europe de l'Est	738	96%	88%	21%
Europe de l'O.	525	89%	55%	32%
Moyen-Orient	188	89%	76%	38%

#### Région de résidence

Aufr. & R.-Alp.	355	93%	89%	28%
Grand-Est	121	94%	89%	23%
Ile-de-France	5145	93%	86%	34%
Occitanie	334	90%	67%	30%
PACA	1214	92%	77%	22%



Certains groupes démographiques cumulent les facteurs de risque d'exclusion des soins :

- les demandeurs d'asile : 100% en séjour précaire, 84% sans protection maladie (CDS), et 44% allophones (CDS) ;
- les migrants âgés : 86% en séjour précaire (PT), 54% allophones (CDS) et 50% sans protection (PT) ;
- les personnes résidant en Ile-de-France sont plus souvent dépourvues de protection maladie que les autres bénéficiaires des PT nationales ;
- enfin, les obstacles linguistiques sont très liés à la région d'origine et au niveau d'études (voir Populations page 59).

### OBSTACLES A L'ACCES AUX SOINS FREQUENCE ET CARACTERISTIQUES

Les consultants et répondants téléphoniques signalent dans la base de données les obstacles à l'accès aux soins ayant conduit les personnes à recourir au Comede. Compte-tenu de l'absence d'exhaustivité de ce recueil, les taux globaux observés entre 2012 et 2016 dans les consultations du Centre de santé (taux de 65 pour 1000 pour les obstacles signalés) et permanences téléphoniques (taux de 152 pour 1000) représentent une sous-estimation du phénomène dans ces populations. Il est cependant intéressant de noter les situations où ces taux sont plus élevés, c'est le cas :

- au sein des pôles Santé mentale (251 PT), et Socio-juridique (200 CDS et 193 PT),
- parmi les groupes vulnérables, enfants mineurs (243 PT), migrants âgés (228 PT), femmes (198 PT) et demandeurs d'asile (168 PT et 156 CDS) ;
- selon l'origine géographique, en particulier parmi les exilés du Moyen-Orient (264 PT) et d'Afrique de l'Est (241 PT) ;
- et enfin selon la région de résidence pour les bénéficiaires des PT.

Les obstacles recensés sont caractérisés dans le cadre des permanences téléphoniques nationales depuis 2012. La grande majorité d'entre eux (79%, voir tableau ci-contre) sont liés aux difficultés d'accès à la protection maladie. Les obstacles linguistiques

### Fréquence des obstacles signalés

CENTRE DE SANTE ET PERMANENCES TELEPHONIQUES  
NATIONALES, 2012-2016

Les cases en vert clair signalent des taux supérieurs à la moyenne (taux global)

42413 consultations et 9296 appels	CDS		PT NAT	
	n	%	n	%
Total obstacles	2741	65	1409	152

#### Pôle d'activité

Santé mentale			143	251
Socio-juridique	780	200	1127	193

#### Groupe vulnérable

Femmes			688	198
Demand. d'asile	871	156	83	168
Migrants âgés	160	79	189	228
Enfants mineurs			138	243

#### Région d'origine

Afrique australe			55	216
Afrique de l'Est			21	241
Afrique du Nord	52	73	499	215
Amérique du Sud			23	291
Asie centrale			18	191
Asie de l'Est			13	173
Asie du Sud	915	81		
Europ. de l'Ouest	38	153	117	216
Moyen-Orient	24	84	46	264

#### Région de résidence

Auvergne-Rhône-Alpes	72	176
Grand-Est	27	188
Hauts-de-France	19	207
Ile-de-France	813	155
Normandie	29	312
Nouvelle-Aquitaine	20	196
Pays-de-la-Loire	12	190

### Caractéristiques des obstacles signalés

PERMANENCES TELEPHONIQUES NATIONALES,  
1409 obstacles signalés entre 2012 et 2016

9296 appels au total dont 570 PT PSY	PT NAT		PT PSY	
	n	%	n	%
Total obstacles	1409	100%	143	100%
Protect. maladie	1109	79%	5	3%
Linguistique	91	6%	83	58%
Refus de soins	69	5%	8	6%
Sectorisation	13	1%	13	9%
A l'étranger	19	1%	-	-
Divers autres	113	8%	34	24%

représentent au moins 6% des cas, sachant que les personnes allophones isolées ne peuvent actuellement solliciter directement la

permanence téléphonique du Comede. Les restrictions et refus de soins comptent pour 5% des obstacles recensés, alors que 1% des appels émanent de l'étranger. S'agissant des appels reçus par la PT santé mentale, on observe l'impact important des obstacles linguistiques (58%) et liés à la sectorisation des soins (9%, voir page 93))

### ANALYSE QUALITATIVE DES OBSTACLES DANS L'ACCES A LA PROTECTION MALADIE

Les difficultés d'accès aux droits en matière de soins sont liées, d'une part, aux contraintes et restrictions prévues par le droit en lien avec les réformes CMU (1999) et PUMa (2015), et d'autre part aux difficultés liées à l'application du droit par les organismes de protection sociale. En ce qui concerne l'état actuel du droit, on peut distinguer les difficultés structurelles liées au maintien du double-système Assurance maladie/AME et les spécificités issues (ou maintenues) par la réforme PUMa.

Le maintien du double-système Assurance maladie / AME est source de complexités juridiques et pratiques dont découle l'essentiel des difficultés. Le « tri » à effectuer conduit à des décisions erronées (retards dans le traitement des demandes et refus de droits) et produit du non-recours par découragement. La précarisation du séjour des étrangers par les préfectures (voir multiplication des documents précaires, Etat de santé page 75), et l'alternance rapide de périodes de séjour régulier et irrégulier pour une même personne ont un effet particulièrement délétère sur l'accès aux soins. Les ressortissants de l'UE sont paradoxalement particulièrement pénalisés et peuvent se retrouver privés à la fois d'Assurance maladie et d'AME (voir page 92).

On notera que la réforme PUMa n'apporte également aucune amélioration à la question des travailleurs sans titre de séjour, lesquels sont à ce jour exclus de toute protection maladie malgré, dans certains cas, le paiement de cotisations d'assurance maladie.

Essentiellement technique, la réforme PUMa (voir encadré page suivante) améliore sensiblement la législation pour éviter les ruptures de droits liées aux changements de régime professionnel, de situation familiale ou d'adresse. Mais pour les étrangers en situation régulière et précaire (notamment les demandeurs d'asile), **la réglementation PUMa est pénalisante dans trois cas de figure :**

1. Le durcissement de la condition de régularité du séjour. L'arrêté ministériel (2017) fixant la liste des titres et documents de séjour requis pour avoir droit à l'Assurance maladie est restrictive, excluant notamment :

- tous les titulaires de visa long séjour ayant acquis le droit de s'installer en France, y compris des conjoints d'étrangers ou de français ; même les titulaires de visa long séjour valant titre de séjour (VLS-TS) sont exclus pendant les premières semaines/mois de présence en France (en raison du fait que la réglementation conditionne le droit à l'Assurance maladie au passage de la personne par l'OFII). Ce choix exclut l'ensemble des Algériens titulaires de visa d'immigration, puisque la réglementation ne leur donne pas droit aux VLS-TS ;
- tous les demandeurs d'asile en début de procédure, jusqu'à obtention de l'Attestation de demande d'asile délivrée parfois plusieurs mois après le début de la procédure ; dans ces situations, les personnes sont donc généralement exclues de toute protection maladie (l'AME n'étant pas accessible pendant les trois premiers mois de présence en France).

2. La durée d'ouverture des droits en fonction de la durée du titre de séjour pose problème pour la Complémentaire-CMU. Certaines caisses interprètent de manière restrictive la nouvelle réglementation en indiquant que les personnes en « période de maintien de droits » ne sont éligibles ni à la Complémentaire-CMU ni à l'AME malgré leur faibles ressources.

3. La CNAMTS a annoncé (Lettre au réseau du 28 juillet 2017) que les demandeurs d'asile n'auront plus droit à une carte Vitale. Cette restriction, sans fondement textuel, trouve à

## La réforme PUMa

La réforme intitulée « protection universelle maladie » ou PUMa, entrée en vigueur au 1er janvier 2016, parachève la logique initiée avec la mise en place de la réforme CMU en 1999 qui visait à ouvrir des droits à l'assurance maladie à toutes les personnes qui en étaient dépourvues. La réforme ne vise pas à créer de nouveaux droits, mais plutôt à garantir l'effectivité des droits existants. Elle a pour objet de :

- simplifier la vie des assurés et de leur assurer la continuité des droits à la prise en charge des frais de santé (leur garantir un droit au remboursement des soins de manière continue, sans que les changements familiaux ou professionnels n'affectent ce droit),
- réduire les démarches administratives et les situations nécessitant de changer de caisse d'assurance maladie,
- garantir davantage d'autonomie et de confidentialité à tous les assurés dans la prise en charge de leurs frais de santé.

La réforme entraîne quatre changements techniques substantiels pour les personnes étrangères :

1) La liste de titres et documents de séjour exigés est plus restrictive que celle en vigueur pendant les 17 années de la réforme CMU, avec notamment une exclusion nouvelle et délétère des demandeurs d'asile en début de procédure.

2) Le mécanisme juridique pour lisser les périodes d'ouverture de droits en fonction de la durée du titre de séjour a effectivement été intégré, mais avec des difficultés d'application pour coordonner couverture de base et Complémentaire-CMU.

3) Les mécanismes d'immatriculation et le contrôle de l'identité ne sont pas clarifiés. Ils rendent impossible ou retardent en pratique l'entrée dans le droit, pour toutes les personnes avec un état-civil peu ou pas fiable.

4) En revanche, la réforme apporte des garanties substantielles :

- elle prévoit une ouverture de droits incompressible de douze mois, même lorsque le titre de séjour est de courte durée ;
- elle impose aux caisses de traiter les demandes, même lorsque le délai interne à la caisse fait que le dossier est examiné après l'expiration du titre ou document de séjour ;
- elle élargit les cas de dispenses du délai d'ancienneté de présence en France (trois mois) à toute personne (en règle) rejoignant un membre de famille vivant en France.

s'appliquer même pour des personnes dont l'état-civil est parfaitement certifiable (au sens des sévères normes INSEE), lesquelles se voyaient jusqu'alors octroyer une Carte Vitale.

En ce qui concerne l'application du droit par les organismes de protection sociale, la situation reste tendue principalement pour les personnes récemment arrivées en France ou les personnes sous titre ou document de séjour précaire, c'est-à-dire les personnes exilées qui cumulent le plus de facteurs de vulnérabilité pour la santé (voir Etat de santé page 59). En tant que « entrants dans le système » de protection maladie, que ce soit en première demande ou pour le renouvellement annuel, les exilés sont de ce fait confrontés à des difficultés spécifiques en termes de justificatifs à produire, ces difficultés ayant été maintenues ou renforcées par la réforme PUMa. Elles se répartissent en trois groupes :

- le manque de transparence réglementaire des caisses et à l'impossibilité d'accès à la réglementation interne ;
- l'inadaptation de l'organisation interne des caisses aux problématiques d'accès aux droits des personnes précaires (réduction des capacités d'accueil du public, absence d'aide à la constitution des dossiers et de traçabilité des demandes en cours) et la dématérialisation des démarches (compte ameli, formulaires en ligne..) ;
- les erreurs de droits.

Le manque de transparence réglementaire des caisses et l'impossibilité d'accès à la réglementation interne perdurent au fil des années. L'accès des citoyens à la Lettre au Réseau de la CNAMTS et aux publications internes des CPAM/CGSS n'est généralement pas possible en méconnaissance du Titre III du Code des relations entre le public et l'administration. En outre, l'organisation de certaines caisses reste inadaptée aux problématiques d'accès aux droits des personnes précaires :

- diminution des lieux dédiés à l'accueil du public (précaire), désengagement dans l'aide au remplissage et au suivi des dossiers et tentatives croissantes d'externaliser ces

prestations vers les autres acteurs de santé ;

- segmentation du traitement interne des dossiers et impossibilité d'avoir un correspondant ayant une vision globale d'une demande (séparation entre Front-office et Back-Office) ou en capacité d'assurer la traçabilité d'un dossier (segmentation des services : immatriculation, puis couverture de base puis complémentaire) ;
- absence d'organigramme dans la plupart des caisses et incapacité des plateformes téléphoniques de répondre aux questions techniques sur le droit des étrangers ;
- pertes de dossiers ou traitement simultané du même dossier par deux agents différents.

Parmi les **erreurs de droits**, on note les points suivants, dans un contexte où le renforcement des programmes de « lutte contre la fraude » se traduit par une augmentation significative des exigences de preuve (état-civil, résidence, ressources) :

- les refus des Caisses d'appliquer les procédures d'instruction accélérée (admission immédiate à la CMU-C et instruction prioritaire à l'AME), malgré un courrier argumenté d'un professionnel de santé, conduisent soit à une interruption des soins, soit à un recours accru aux PASS, seul dispositif permettant de délivrer l'ensemble des soins nécessaires pendant ces périodes d'exclusion du droit. Les Pass n'ont théoriquement pas vocation à suppléer les refus d'application de la réglementation par les Caisses, mais cette situation les place pourtant en première ligne face à l'exclusion des soins pour les étrangers en situation précaire ;
- un durcissement des règles d'immatriculation des assurés, les exigences relatives à la fiabilité des pièces d'état-civil imposant en effet d'avoir recours aux autorités du pays d'origine. Or une telle procédure est inaccessible pour des demandeurs d'asile, ou en cas d'absence de représentation diplomatique en France et d'absence de soutien au pays pouvant faire des démarches. Sont particulièrement exposés les exilés originaires de pays dont le service d'état-civil est défaillant ou inexistant (Haïti, Sierra Leone, Angolais de Cabinda...). En outre, les

caisses font des difficultés pour appliquer la procédure d'immatriculation provisoire dans l'attente de la certification de l'état-civil, cette attitude prolongeant les périodes d'absence de droits au mépris du principe de « présomption de droits » prévu par l'article L160-5 du Code de la sécurité sociale ; certaines caisses exigeant même une pièce d'état-civil pour l'instruction d'une demande d'AME, alors que les personnes ne se verront attribuer qu'un numéro d'identification ;

- des dysfonctionnements généralisés dans l'application des dispositifs de coordination des systèmes de sécurité sociale entre Etats. Les ressortissants de l'Union européenne sont particulièrement pénalisés, le système de coordination des régimes de Sécurité sociale se retournant paradoxalement contre eux. Malgré les Règlements UE censés faciliter la continuité des droits des assurés, de nombreux entrants en France sont privés de toute protection maladie pendant plusieurs mois alors même qu'ils y ont transféré leur résidence. C'est la problématique des citoyens de l'UE dit « inactifs » qui concentre les incohérences les plus criantes. En effet, les caisses opposent deux types de difficultés. D'abord, elles diffèrent l'entrée dans le droit à la justification par la personne qu'elle ne possède pas de droits acquis dans son pays d'origine et qui seraient importables en France au titre de la coordination européenne. Lorsque l'assuré déclare n'avoir ni droits acquis ni le formulaire requis, une telle vérification devrait être conduite par la Caisse elle-même sans contraindre l'assuré à rapporter une preuve « négative » de non-prise en charge. Ensuite, la CNAMTS a organisé une procédure spécifique centralisée censée permettre de déterminer si un citoyen UE, s'étant installé en France, y bénéficie d'un séjour légal ou non. Dans l'attente de la saisine et de la réponse du service ad hoc (la caisse pivot est la CPAM du Gard), les personnes se voient privées de toute couverture maladie (ni assurance maladie, ni AME) pendant des périodes jusqu'à huit mois ;

- l'exigence de relevé d'identité bancaire (RIB) se traduisant par des refus d'enregistrer les

demandes des personnes dépourvues de compte bancaire, et ce alors qu'aucun remboursement n'a lieu en CMUc (ni en AME). L'administration interdit ainsi ipso facto l'accès aux soins de tous les étrangers en séjour précaire. En effet, la précarité de leur situation financière, administrative et de domicile conduit les banques à refuser de leur ouvrir un compte. Ces préoccupations ont été partiellement entendues par la Direction de la sécurité sociale au ministère de la Santé qui a invité les caisses à ne pas exiger de RIB en matière d'AME (circulaire du 8 septembre 2011) ;

▪ Parmi les autres erreurs de droits fréquentes, on note :

- la persistance des caisses à exiger l'exportation des droits en France pour les personnes ressortissantes d'un pays tiers ayant été titulaires d'un titre de séjour délivré par un autre Etat membre de l'UE, mais ayant installé leur résidence en France au delà des 3 mois ;
- des pratiques restrictives pour le rattachement des ayants droit mineurs (exigence d'un lien juridique entre mineur et assuré) ;
- la confusion entre *condition d'ancienneté de présence en France*, *condition de résidence habituelle en France*, et *domiciliation*, se traduit par des exigences abusives en matière de domiciliation et de contrôle de toutes les pages du passeport pour les renouvellements ;
- l'exigence d'attester de l'ancienneté de présence de 3 mois à chaque renouvellement, alors que cette condition est déjà satisfaite ;
- le contrôle sans discernement et sans base légale des dépenses de la part de certaines caisses, conduisant à des rejets expéditifs, avec refus abusifs des caisses de communiquer par la suite les pièces du dossier ;
- des délais d'instructions des dossiers de plus en plus longs (> 4mois) conduisant parfois à de « simples refus oraux » des agents et donc à un défaut de notification écrite des rejets indiquant les voies et délais de recours .
- en cas de changement de situation administrative, refus des caisses d'instruire des dossiers Complémentaires CMU et prise en charge des frais de santé au motif que la personne a des droits valables en AME.

## ACCES AUX SOINS DE SANTE MENTALE ET AUX CENTRES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

Outre les consultations de psychothérapie (voir Centre de santé page 40), les psychologues du Comede ont répondu dans le cadre de la permanence téléphonique santé mentale à 570 appels entre 2012 et 2016, émanant pour les trois quarts de professionnels et associations, et pour un quart de particuliers. Les exilés bénéficiaires des appels résident principalement en Ile-de-France (87%). La moitié des sollicitations (51%) sont dues à des difficultés d'accès aux soins de santé mentale. Les obstacles caractérisés le plus fréquemment (voir tableau page 89) sont la barrière de la langue et l'absence d'interprète professionnel (58%), les difficultés liées à la sectorisation (9%) et les refus de soins (6%).

L'absence d'interprète professionnel. Le équivaut dans de nombreux cas à une absence de prise en charge pour des patients allophones. Les difficultés de sectorisation sont liées aux situations d'errance et de grande précarité sociale concernant l'hébergement de nombreux exilés primo-arrivants (voir Etat de santé page 74). Elles peuvent s'accompagner de demandes abusives de documents, tels que l'attestation d'hébergement. Elles conduisent à d'importants retards dans l'accès aux soins, voire à des renoncements de la part des personnes, découragées par les allers-retours entre les différents Centres médico-psychologiques (CMP) et le CPOA, chargé pour l'Ile-de-France d'arbitrer en termes de sectorisation. Outre l'absence de recours à l'interprétariat professionnel, les refus de soins peuvent être liés au doute porté par les professionnels sur l'authenticité ou la gravité des troubles psychiques des exilés, sans évaluation clinique préalable, parfois soupçonnés d'utiliser le système de soins pour « accéder à des droits sociaux ».

Les difficultés et les délais d'accès aux soins psychiques dans les CMP peuvent concerner l'ensemble des personnes résidant en France, du fait de l'hétérogénéité des moyens dont les

**Monsieur J.** est originaire de la République Démocratique du Congo. Après le rejet de sa demande d'asile et l'annonce d'une maladie grave pour sa mère restée au pays, son état psychique, déjà fragile, s'aggrave. Il souffre d'hallucinations auditives, d'importants troubles du sommeil, de reviviscences des tortures qu'il a subies, et fait part aux soignantes d'idées suicidaires.

Après en avoir informé l'équipe, et avec son accord, nous adressons ce patient en mars 2017 vers un centre d'accueil et de crise (CAC) parisien, adossé à un CMP correspondant au lieu de sa domiciliation. Monsieur J. est en effet hébergé de manière très précaire dans les Hauts-de-Seine. Le CAC, après l'avoir reçu, l'oriente vers le CMP des Hauts-de-seine le plus proche de son lieu d'hébergement. Ce dernier CMP le réoriente ensuite vers le premier CAC/CMP, après s'être rendu compte de la précarité de l'hébergement du patient. Par ailleurs, le patient lui-même souhaite être suivi dans le premier lieu de prise en charge psychiatrique car c'est dans ce lieu qu'il a déposé son histoire. Le CAC, où il est à nouveau reçu, prend à nouveau la décision de ne pas le sectoriser dans le CMP auquel cette structure est liée mais de l'orienter vers le Centre Psychiatrique d'Oriantation (CPOA) et d'Accueil de l'hôpital Sainte-Anne pour que cette structure tranche sur sa sectorisation.

Découragé par ce délai de soin, lassé de s'entretenir avec différents interlocuteurs, M. J. ne s'est toujours pas rendu au CPOA et est en octobre 2017 toujours en attente d'une prise en charge psychiatrique.

**Monsieur S.** Détentions arbitraires et tortures ont laissé de profondes empreintes physiques et psychologiques chez Monsieur S, jeune patient guinéen. Elles se manifestent par des troubles aigus où dominant au début de la thérapie des idées noires, des ruminations sur la mort, un discours suicidaire récurrent. Quelques mois plus tard, malgré les progrès de la thérapie, le rejet de l'Ofpra réactive ces symptômes. Monsieur S connaît un nouvel épisode dépressif majeur qu'il combat en maintenant son lien à l'assistante sociale et au suivi médico psychologique au Centre de santé du Comede.

A l'occasion d'un banal rhume, Monsieur S doit consulter un médecin en ville. Dès la salle d'attente, le médecin, informé de la situation administrative lors de la prise de RDV, repère Monsieur S. et assène un discours extrêmement dégradant, disqualifiant à l'égard de ce patient et de tous les réfugiés accusés de profiter, de mentir, d'usurper, de dépouiller, etc... Sidéré, Monsieur S. a quitté le cabinet sans un mot, et s'est présenté à la consultation suivante dans un état de prostration, à nouveau marqué par des idées suicidaires « il vaut mieux que je disparaisse ». Cet événement marque un recul net dans l'évolution psychologique de ce patient.

CMP disposent. Cependant, les exilés rencontrent des obstacles spécifiques dus à la langue, à leur précarité sociale, ainsi qu'aux représentations erronées qui les concernent et peuvent conduire à une discrimination (« nécessité d'une expertise culturelle » pour pouvoir les soigner, suspicion sur la « véracité de leurs troubles » etc.). Enfin, les troubles psychotraumatiques qui sont fréquents parmi les exilés (voir Etat de santé page 78) sont parfois méconnus des soignants ou banalisés. Confondus avec des troubles réactionnels à la situation de précarité administrative et sociale, ils sont mal identifiés ou considérés comme ne relevant pas du rôle de la psychiatrie de secteur.

Lorsque les appelants témoignent de tels obstacles à l'accès aux soins, les répondants peuvent leur proposer de se mettre en contact avec la structure de soins choisie en première intention pour favoriser l'accueil du patient demandeur. En cas d'échec ou si cette démarche paraît inadéquate, les personnes sont orientées vers des consultations publiques déssectorisées ou des associations spécialisées dans la santé mentale des exilés, la prise en charge du psychotraumatisme, ou le soin pour les personnes précaires.

## REFUS, RESTRICTIONS ET RETARDS DE SOINS A L'HOPITAL PUBLIC

*Voir aussi Maux d'exil n°53*

L'observation effectuée à partir des sollicitations des permanences téléphoniques, du Centre de santé et de l'Espace santé droit a mis en évidence au cours des dernières années un accroissement des cas de refus ou de restrictions de soins dans les hôpitaux, principalement à l'encontre des personnes étrangères récemment arrivées en France, en situation de vulnérabilité sociale (voir page 71) et dépourvues de protection maladie. Une part importante de ces refus prennent la forme d'ajournement des soins pourtant nécessaires « dans l'attente de l'ouverture des droits », ces « retards de soins » pouvant entraîner des conséquences graves pour les malades concernés.e.s.

Ces refus et retards de soins concernent principalement les soins les plus chers, raison pour laquelle les principales maladies concernées sont les cancers (plus de 80% des situations documentées) et l'insuffisance rénale nécessitant une dialyse/greffe, même si tous les autres malades étrangers sont concernés.

Cette épidémie témoigne d'une dangereuse évolution des pratiques hospitalières au regard de leur mission d'accès aux soins pour les plus démunis, fixée par la loi contre les exclusions de 1998 et les missions des dispositifs PASS. La délivrance des soins apparaît de plus en plus souvent conditionnée à la détention préalable d'une protection maladie, alors que les dispositifs PASS sont limités aux seules consultations médico-sociales, sans accès à l'ensemble des services de l'hôpital. Cette évolution s'inscrit dans un contexte où la part des dotations globales dans le budget des hôpitaux n'a cessé de se réduire au profit du financement à l'acte. Soucieux de ne pas mettre leurs établissements en déficit, des directions financières des hôpitaux exercent des pressions sur les équipes médicales et sociales afin de détecter les patients dont les factures pourraient se révéler irrécouvrables.

**Madame D.**, âgée de 71 ans et de nationalité guinéenne, arrive en France à l'été 2016 pour rejoindre son fils. Elle est admise en octobre 2016 dans un hôpital public pour diagnostic et début de traitement d'un cancer du col de l'utérus avec métastases rénales. Dépourvue de protection maladie, elle bénéficie en novembre 2016 d'une première intervention chirurgicale payée par le fils, laquelle doit être suivie d'un traitement par radiothérapie et chimiothérapie en décembre. Alors qu'une demande d'AME a été effectuée, Mme D. et son fils sont informés par la direction financière de l'hôpital que ces traitements ne seraient entrepris qu'après paiement préalable d'un devis de 20 000 euros que la famille ne peut prendre en charge. Des soins discontinus sont alors dispensés par les médecins de l'hôpital au gré des complications. En janvier 2017, Madame D. est ré-hospitalisée en urgence pour une obstruction urinaire avec insuffisance rénale aiguë. Les médecins décident alors d'entreprendre le traitement initialement recommandé malgré l'absence de paiement, et sans attendre la décision de l'AME.

Dans un contexte politique particulièrement hostile à l'immigration et compte-tenu de la progression de la xénophobie dans notre pays, l'incursion des critères financiers dans l'accueil social et le processus de décision médicale est particulièrement préoccupante. Face aux pressions exercées par les services financiers (de nombreux chefs de services hospitaliers témoignent être appelés « tous les jours » sur la situation de tel ou tel malade étranger hospitalisé sans protection maladie), la plupart des médecins tentent de résister au nom de leurs obligations déontologiques, en s'efforçant de poursuivre les soins nécessaires au patient sur des critères strictement médicaux. Mais certains médecins peuvent être influencés par ce nouveau contexte, entre soumission aux « impératifs financiers » et ignorance de la portée réglementaire du Code de déontologie médicale. Certaines situations, où le médecin et l'assistante sociale se joignent au responsable des admissions pour exiger un échancier de paiement préalable aux soins (voir infra encadré *Enfant B.*), illustrent dangereusement la confusion des rôles.

On observe ainsi un glissement des missions de protection de la santé vers des pratiques de contrôle financier, dans un contexte de grande confusion entre les évaluations médicale, sociale et administrative. S'il est nécessaire - pour le patient et pour l'hôpital - que les

**L'enfant B.**, âgé de 4 ans, est atteint d'une maladie de Hirschsprung (trouble congénital grave de l'intestin). Accompagné par son père algérien, ils sont entrés en France en septembre 2015 sous visa C 30 jours, et l'enfant bénéficie d'une intervention chirurgicale dans un hôpital parisien spécialisé. Le père contracte alors une dette de 38 000 euros. Deux mois plus tard, ils obtiennent la complémentaire CMU alors que le père reçoit de la préfecture une Autorisation provisoire de séjour en tant que parent d'enfant malade. Une nouvelle intervention est programmée fin 2016. Avant l'opération, le père est convoqué par le médecin, l'assistante sociale et le responsable du bureau des admissions. Il lui est demandé de « régler ses dettes avant la prochaine intervention », et de « rapporter ses relevés bancaires », alors que les ressources du patient sont inférieures au plafond de la CMUc. Le père apportera 200 euros, et s'engagera à payer 50 euros/mois. L'opération de l'enfant aura lieu quelques semaines plus tard.

personnes démunies et sans protection maladie soient accompagnées dans l'accès aux droits dès le premier contact avec l'établissement, cet accès aux droits ne peut être un préalable et encore moins une condition pour l'accès aux soins pour les personnes démunies. L'évaluation de la nécessité des soins médicaux doit se faire de façon strictement indépendante de l'évaluation de la situation administrative et sociale. De nombreuses situations de refus ou d'interruptions des soins apparaissent pourtant davantage liées au « diagnostic administratif » qu'au diagnostic médical. Ainsi, et en dépit de la situation de précarité financière dans laquelle se trouvent certaines personnes, l'exigence du paiement préalable des soins apparaît comme une pratique de plus en plus courante.

Certains refus de soins sont assortis d'une analyse erronée des conditions d'accès à la protection maladie, les services hospitaliers ayant tendance à considérer les pratiques restrictives des Caisses de sécurité sociale (voir supra) comme « le droit », et à considérer des étrangers en séjour précaire et démunis financièrement comme « insolubles ». Une part importante des situations concerne des personnes en situation irrégulière en France depuis moins de trois mois, ainsi que des demandeurs d'asile en début de procédure, exclus de la réforme PUMa.

Dans ces situations de « non droit » pour les étrangers récemment arrivés en France, les soins délivrés par l'hôpital au titre de sa mission « PASS » doivent théoriquement être remboursés par le Dispositif soins urgents et vitaux (DSUV) dont la demande est instruite par la CPAM. Pour activer le DSUV, le médecin doit rédiger un certificat médical, faisant valoir que les soins sont rendus nécessaires par la nécessité de « prévenir une « altération grave et durable de l'état de santé » (Art L 254-1 CASF). Or il arrive souvent que, en méconnaissance de la définition du champ d'application du DSUV, les médecins ne réservent ce type de demande que dans les situations où le pronostic vital est engagé de façon imminente.

Il est également fréquent que les assistantes sociales et les services administratifs hospitaliers méconnaissent les textes réglementaires, dont la circulaire ministérielle du 16 mars 2005 qui inclut au DSUV, de manière non limitative, les soins « destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le VIH, par exemple), les soins liés à la grossesse et l'IVG ». La circulaire du 7 janvier 2008 prévoit également que soit joint un refus d'AME à la demande. L'engagement de la procédure nécessite donc la collaboration du service social, dont les refus entravent alors à la fois la continuité des soins pour le patient et les possibilités de remboursement pour l'hôpital.

Ces obstacles devraient théoriquement être levés dans le cadre des dispositifs PASS. Pourtant, il arrive que ces dispositifs soient utilisés pour repérer les situations complexes et les écarter de l'hôpital afin de parer à tout risque d'impayé. Le manque d'engagement des institutions de santé régionales ou nationales pour rappeler aux hôpitaux leur mission d'accueil inconditionnel n'apporte pas aux praticiens les appuis nécessaires pour résister aux pressions administratives et financières.



**Atteinte d'un cancer du sein diagnostiqué dans son pays d'origine,  
Madame F. n'a jamais bénéficié de la chimiothérapie requise par son état et prévue par le protocole de soins**

Madame F. est malgache. Elle est âgée de 40 ans. Un cancer du sein droit lui a été diagnostiqué à Madagascar, en juillet 2016. Elle y est opérée rapidement, dans le mois qui suit. Une ablation partielle de la tumeur a été effectuée ainsi qu'une ablation du ganglion sentinelle. L'anatomopathologie met en évidence un carcinome canalaire infiltrant de grade I (avec exérèse complète du ganglion sentinelle positif).

Arrivée en France fin 2016, elle est reçue pour la première fois au Comede le 17 janvier 2017. Elle n'a bénéficié d'aucun autre soin pour son cancer depuis la chirurgie de juillet. Le médecin contacte un hôpital de la région parisienne pour qu'elle obtienne un rendez-vous dans un service de chirurgie et oncologie gynécologique et mammaire pour apprécier la prise en charge à effectuer. Le courrier du médecin détaille la situation médicale et sociale de la patiente, qui n'a pas de droit ouvert ni ouvrable à une protection maladie lors des premiers mois suivant son arrivée en France. L'accueil téléphonique à l'hôpital est chaleureux et compréhensif. Un rendez-vous est fixé au 6 février 2017 avec le Dr Z, à la suite duquel plusieurs examens complémentaires sont programmés : une mammographie, une échographie, un TEP-scan et une IRM, ainsi qu'une intervention chirurgicale à la date du 23 mars 2017. Il aurait été dit à la patiente qu'elle recevrait également une chimiothérapie par la suite. A ce stade, survient un premier blocage du service médical : « la chirurgie ne peut être réalisée sans droit ouvert ». En outre, on réclame à Madame X la somme de 1 500 euros pour le TEP-scan. La patiente est pourtant suivie par le service social de l'hôpital.

Sur un plan médical et quelle que soit la situation sociale, doivent être délivrés au moins les soins « urgents et vitaux, dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé ». Dans un tel cas, la prise en charge financière pourra alors relever du Dispositif soins urgents et vitaux (DSUV) de l'hôpital. Si la prise en charge médicale peut être différée sans porter atteinte à la patiente, il est possible d'attendre l'ouverture de ses droits sociaux, à savoir le 1er avril 2017. On sait néanmoins, en oncologie, que plus la prise en charge est rapide, meilleur est le pronostic. Une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) a lieu pour décider du protocole de soins, sous tendu par cette problématique financière. Madame X sera opérée le 23 mars 2017 (curage axillaire), la RCP a donc tranché en faveur de l'urgence à opérer. Son séjour hospitalier prend fin quatre jours plus tard, mais elle doit regagner à pied son hébergement précaire chez un tiers, le taxi ayant refusé de la prendre faute de numéro de sécurité sociale.

Madame X sort de l'hôpital le 27 mars 2017, et sollicite à nouveau le Comede en indiquant qu'elle a d'autres soins à effectuer : injection d'anticoagulants pendant onze jours et kinésithérapie. Des antalgiques lui ont été prescrits mais elle ne peut, là encore, les obtenir faute de droits ouverts jusqu'au 2 avril. Il est fâcheux que cette question n'ait pas été soulevée ni réglée pendant l'hospitalisation de la patiente. Dans ce cas, plusieurs solutions auraient pu être envisagées : délivrance du médicament dans le service, nouveau rendez-vous avec la patiente pour la délivrance, prise en charge via la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Un rendez-vous de suivi est fixé à Madame X le 19 avril 2017. Le médecin du Comede adresse un courrier en demandant à recevoir les comptes rendus et bilans qui la concernent. Le compte-rendu de la consultation du 19 avril avec le Dr Y, signale que, lors de la RCP, il a bien été décidé de réaliser une chimiothérapie puis une radiothérapie, et enfin une hormonothérapie. A la date du 19 avril, les droits de la patiente sont déjà ouverts mais le Dr Y insiste sur le fait que la patiente doit revoir l'Assistante sociale pour être bien sûr qu'ils le soient.

Madame X consulte à nouveau au Comede le 25 avril. Après plusieurs tentatives, le médecin du Comede parvient à contacter l'hôpital le 9 mai 2017, alors que la date de chimiothérapie n'a toujours pas été fixée. L'interlocutrice de l'hôpital lâche un « oh merde ! » à l'énoncé de la situation avant de chuchoter quelque chose à sa collègue. Elle reconnaît que l'hôpital a oublié de rappeler la patiente – prétendument dans l'attente de l'ouverture de ses droits – mais que cet oubli sera rattrapé dans les plus brefs délais. Il importe ici de rappeler qu'en oncologie, la chimiothérapie doit impérativement commencer dans les six semaines suivant la chirurgie. Au-delà de ce délai, la balance bénéfique/risque devient défavorable. Madame X a de nouveau été reçue au Comede le 19 juin 2017. Elle indique que son rendez-vous est prévu le 22 juin 2017 pour pose de site en vue de débiter la chimiothérapie. Le 20 juillet 2017, sa chimiothérapie n'avait toujours pas débuté. Le 5 septembre suivant, Madame X confie au médecin du Comede que sa chimiothérapie n'aura finalement pas lieu mais qu'un rendez-vous lui a été donné pour un scanner de repérage préalable à une radiothérapie. L'opération est censée se dérouler du 22 septembre au 10 novembre 2017. L'hormonothérapie prévue est a priori maintenue. Le Comede a, par ailleurs, dû pourvoir à la demande d'un lit halte soins santé, le service social de l'hôpital ne s'en étant pas occupé. La demande a été rejetée au motif que le dossier est médicalement « trop lourd ». Madame X a reçu, le 2 octobre, un avis ultime avant saisie d'huissier de 7 290 euros au titre de son hospitalisation du 23 au 27 mars 2017.

La prise en charge de cette patiente souligne les dysfonctionnements pouvant exister à l'hôpital. Il faut noter que cette femme, parfaitement francophone et autonome, a elle-même relancé quasi quotidiennement le service, et que le médecin a appelé à plusieurs reprises. Pourquoi cette chimiothérapie prévue, expliquée à la patiente et programmée (pose du site implantable) n'aura-t-elle pas eu lieu ? Si jamais il existait un fondement médical nécessitant de ne pas réaliser la chimiothérapie - autre qu'un retard à la prise en charge - il aurait pu et dû être expliqué à la patiente. Comment justifier des différences de traitement si flagrantes ?

**Madame J.** Cette femme de nationalité brésilienne (pas d'obligation de visa) est arrivée en France récemment, lorsqu'elle consulte en décembre 2016 aux urgences d'un hôpital de la Drome. Il lui est diagnostiqué un cancer du poumon. Démunie et sans protection maladie, elle quitte pourtant les urgences sans rendez-vous de pneumologie. Lorsqu'elle se rend au service administratif, on lui indique que les soins ne seront pas délivrés pendant les 3 premiers mois de son séjour en France, et qu'il n'y a « pas d'urgence vitale ». L'intervention du Comede auprès de l'assistante sociale de la PASS permettra de déclencher la demande de DSUV, et de débloquer la situation sur le plan des soins.

Ces difficultés d'accès à l'hôpital touchent un spectre de personnes de plus en plus large. Les pratiques de discriminations qui se concentraient sur les personnes récemment arrivées essaient auprès de l'ensemble des personnes pauvres. Ainsi les personnes en attente de réponse de la CPAM voient leurs soins ajourner, au mépris de leur état de santé. La proportion de personnes en situation de précarité risquant de faire face à ce type de pratiques est d'autant plus grande que les délais de traitement des demandes de CMU-C et d'AME par les CPAM peuvent être particulièrement longs dans certains départements (jusqu'à 6 mois en Ile-de-France).

Dans certains cas, la suspicion envers les personnes en situation irrégulière, réputées « mauvais payeurs », peut amener à des refus de soins alors même que la protection maladie est démontrée et établie (voir encadré ci-dessous)

**Madame S.** a été déboutée en 2014 de sa demande d'asile et a entamé des démarches de recours contre cette décision auprès de la Cour nationale du droit d'asile. Elle a ouvert des droits à la CMU et la CMU-C, qu'elle peut prouver grâce à une attestation de la CPAM et sa carte vitale. Elle a besoin d'une opération gynécologique lourde. La clinique vers laquelle elle est orientée dans les Yvelines refuse de programmer l'opération. Interpellée par le Comede, la direction argumente son refus par le fait que bien que détentrice d'une CMU et d'une CMU-C, la personne est en situation irrégulière. Le refus est confirmé à plusieurs reprises. Une intervention du Défenseur des Droits sera nécessaire pour obtenir la programmation de l'opération.

Exigence de paiement préalable des soins ou encore soins retardés dans l'attente de la réponse de la caisse, ces pratiques discriminatoires s'étendent à une part de plus en plus importante des populations démunies. Les préoccupations financières et la recherche pour l'hôpital de l'assurance absolue d'être payée conduisent à un dangereux mélange des genres : les considérations administratives portées par les instances financières et de direction de l'hôpital prennent de plus en plus le pas sur les décisions médicales. Dans un tel contexte, le dispositif réglementaire et législatif national s'avère insuffisant pour que médecins, travailleurs sociaux et administrations hospitalières puissent sereinement faire valoir le caractère universel de leur mission de soins sans rentrer en conflit avec leur hiérarchie.

Si elles sont très liées aux carences et dysfonctionnements des systèmes de prise en charge financière (CMUc, AME, DSUV, Missions d'intérêt général de l'hôpital...), ces discriminations doivent également être analysées dans un contexte plus global, en lien avec :

- les restrictions d'application du droit au séjour pour les étrangers malades, dès lors qu'ils ne pourraient bénéficier des soins nécessaires en cas de retour (voir page Accès aux droits pages 101) ;
- les excès du coût des médicaments, dont la responsabilité est partagée entre les autorités et l'industrie pharmaceutique ;
- le phénomène des refus de soins « en ville » par des médecins et pharmaciens libéraux à l'encontre des bénéficiaires de la CMUc et de l'AME ;
- les carences du recours à l'interprétariat dans la plupart des hôpitaux ;
- la dégradation des conditions de travail à l'hôpital, avec la suppression ou les carences sur de nombreux postes pourtant nécessaires ;
- et la dégradation progressive de l'accès aux soins pour la population générale, qui touche en premier lieu les personnes en situation de vulnérabilité ■



## Accès aux droits

Accès aux autres droits liés à l'état de santé, certification médicale et protection de la santé

Les exilés sont confrontés à de nombreux obstacles à l'accès aux droits fondamentaux. Ces obstacles ont des conséquences sur la fragilisation de leur état de santé (voir page 71), et, de façon plus directe encore lorsqu'il s'agit de droits liés à l'accès aux prestations de soins et de santé : protection maladie (voir chapitre Accès aux soins page 87), droit au séjour pour les personnes atteintes d'une maladie grave et ne pouvant être soignées dans leur pays d'origine (« étrangers malades », voir infra), et plus largement accès aux prestations sociales liées à l'état de santé (allocations, hébergement, aides à la vie quotidienne, etc.)

Dans son rapport de mai 2016 sur *Les droits fondamentaux des étrangers en France*, le Défenseur des droits dresse un tableau accablant des obstacles liés à la fois « à des pratiques dépourvues de base légale », mais aussi au sein de « la règle de droit elle-même », conséquence d'une précarisation progressive du statut des étrangers. Le Défenseur introduit ainsi son rapport : « Les différentes lois relatives aux conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers ayant succédé à l'ordonnance du 2 novembre 1945

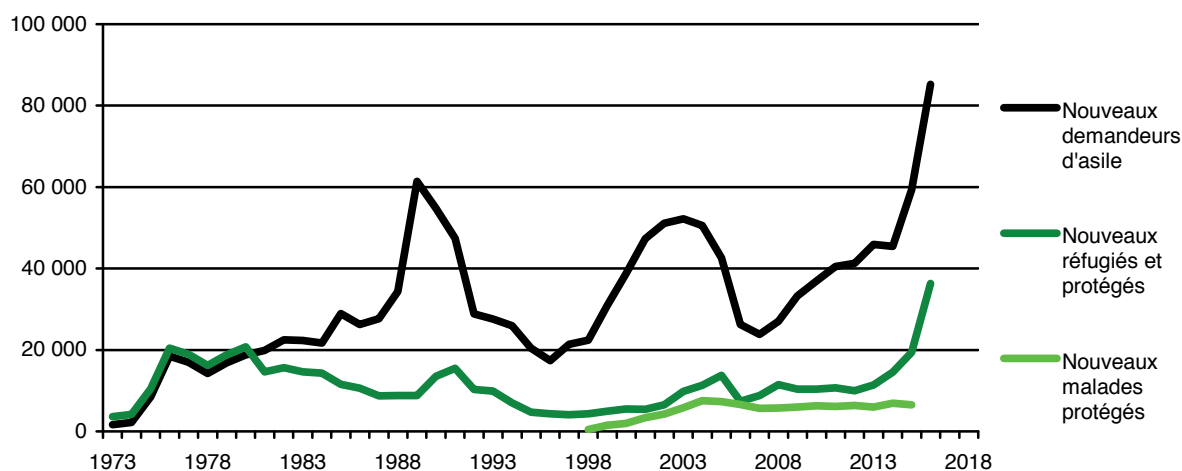
ont, à de rares exceptions près, conduit à une régression de la situation des étrangers, les textes les plus favorables ne revenant jamais complètement sur la situation prévue par la législation antérieure. Ce faisant, elles ont renforcé la banalisation, dans les esprits et dans le droit, du traitement différencié des individus à raison de leur nationalité. »

S'agissant des personnes dont le retour dans le pays d'origine constitue un risque de mort (persécutions pour les réfugiés, interruption de soins pour les étrangers malades), les données publiques dessinent une évolution contrastée au cours des dernières années : progression sensible de la protection au titre de l'asile (voir graphique ci-dessous, plus de 36 000 personnes protégées par l'Ofpra en 2016), et dégradation de la protection accordée aux étrangers malades (voir pages suivantes). En amont de ces chiffres, l'accès aux procédures devient de plus en plus restreint par les pratiques des préfectures. Cette politique de dissuasion des demandes de protection pourtant fondées sur les droits fondamentaux des personnes fait peser un risque majeur de

### Evolution du droit d'asile et du droit au séjour pour raison médicale en France

Sources : Ofpra 2016, Ministère de l'Intérieur 2017

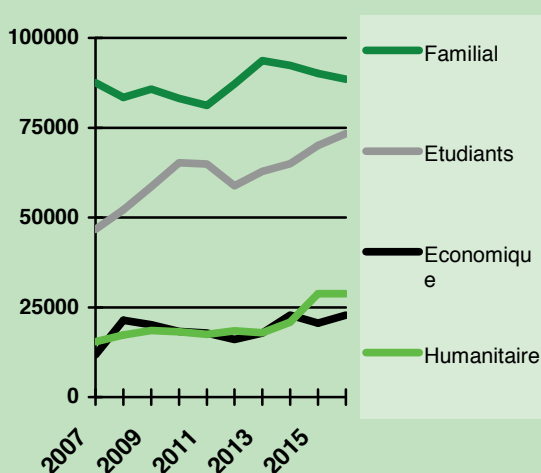
NB : aucune donnée disponible concernant le nombre de nouveaux demandeurs de carte de séjour pour raison médicale



violation de ces droits. Présentée par ses auteurs comme « humanitaire » (voir encadré ci-dessous), cette politique conduit non seulement à multiplier le nombre de refus de protection (voir infra pour les étrangers malades), mais également à fragiliser le statut administratif des demandeurs (voir Droit d'asile page 109). Dans leurs démarches d'accès aux droits et aux soins, les exilés ont ainsi été confrontés à une période de mise en œuvre de

### Délivrance des premiers titres de séjour par motif (métropole - Pays-Tiers)

Evolution 2007-2015, [www.immigration.interieur.gouv.fr](http://www.immigration.interieur.gouv.fr)



Depuis le transfert des compétences relatives aux étrangers et aux demandeurs d'asile vers le « Ministère de l'Intérieur, de l'Immigration et de l'Identité nationale » en 2007, le ministère de l'Intérieur publie l'évolution de la délivrance de premiers titres par catégorie de motif. La catégorie dénommée « humanitaire » (estimation 28 751 personnes en 2016) regroupe les personnes reconnues réfugiées ou apatrides (16 415), les personnes ayant obtenu la protection subsidiaire également auprès de l'Ofpra/la CNDA (5 380), les étrangers malades (6 835), les victimes de la traite des êtres humains (74) et les victimes de violence conjugale (47).

**Le « stock » de titres de séjour détenus par des ressortissants de pays tiers fin 2016** est de 2,8 millions, dont 51% de cartes de résident de longue durée, 20% de certificats de résidence algérien, 17% de cartes de séjour temporaire (CST) et 9% de documents provisoires de séjour (récépissés, APS, convocations et attestation de demande d'asile). Les motifs « humanitaires » correspondent à 8% des titres de 10 ans, 16% des titres inférieurs à 10 ans (dont CST), et leur proportion s'élève à 41% des documents provisoires.

plusieurs réformes importantes :

- réforme de l'asile, mise en œuvre fin 2015 ;
- réforme de l'assurance maladie (dite PUMa ; voir page 92), mise en œuvre début 2016 ;
- réforme de la protection des étrangers malades, mise en œuvre début 2017 ;
- réforme des dispositifs de domiciliation, mise en œuvre en 2016.

Ces différentes réformes impliquent un contrôle accru des dispositifs de protection par les autorités en charge de l'immigration (ministère de l'Immigration, de l'intégration et de l'Identité nationale en 2007, puis ministère de l'Intérieur depuis 2010) au détriment des ministères des Affaires étrangères (en charge de l'Asile jusqu'en 2007), des Affaires sociales (en charge de l'Intégration jusqu'en 2007) et de la Santé.

En matière de droit au séjour des étrangers malades (voir page 101), les restrictions observées rejaillissent ainsi sur l'ensemble du corps médical - médecins praticiens et médecins de l'Administration -, au-delà des associations et services sociaux qui aident aux démarches administratives. S'il revient aux services du ministère de l'Intérieur d'apprécier les conditions administratives (résidence habituelle, motifs d'ordre public) conduisant à déterminer le type de protection à accorder, le respect du secret médical leur interdit réglementairement toute intervention pour l'appréciation des conditions médicales. Le cadre juridique du dispositif d'évaluation médicale est celui de la protection de la santé, les médecins sollicités aux différentes étapes de l'évaluation médicale intervenant dans le respect du Code de la santé publique et particulièrement de sa section Code de la déontologie médicale. Ces principes ont été précisés à plusieurs reprises par le ministère de la Santé, mais dans le même temps, les médecins en charge des avis médicaux subissent des pressions croissantes de la part des services du ministère de l'Intérieur. La multiplication de refus de séjour, des placements en rétention et parfois d'expulsions de malades qui remplissaient pourtant les conditions médicales prévues par la loi sont régulièrement dénoncées par l'ODSE.

## DROIT AU SEJOUR POUR RAISON MEDICALE ET PROTECTION DES ETRANGERS MALADES

Pour les étrangers malades, la réforme de mars 2016 a ouvert la voie à une application de plus en plus restrictive du droit, avec le transfert de la charge de l'évaluation médicale depuis les services du ministère de la Santé (Médecins inspecteurs de santé publique puis Médecins des ARS) vers les services du ministère de l'Intérieur (OFII - Office de l'immigration et de l'intégration). Dans ce nouveau contexte, l'application du droit reposera sur la capacité des médecins de l'OFII à faire prévaloir leur mission de protection de la santé et de continuité des soins sur les logiques de la « maîtrise de l'Immigration ». Le bilan de la première année d'application de la réforme tend malheureusement à confirmer les craintes des associations.

Débutée en janvier 2017, la phase de transition se révèle très longue et désorganisée. Les dossiers encore à l'instruction auprès des ARS ont subi retards et pertes suite au retrait des moyens humains au sein des ARS (les services « étrangers malades » ont été fermés) et aux dysfonctionnements de transmission des avis médicaux entre les ARS et les préfectures. En pratique, de nombreux avis rendus par les ARS à cette période et transmis aux préfectures ont été perdus et/ou laissés sans suite par les préfectures. Après intervention, les préfectures ont souvent prescrit de réinitier l'ensemble de la procédure. Ces pratiques ont conduit à une absence ou rupture de droits pendant plus d'une année (temps de la perte du dossier + temps de la nouvelle instruction). Cette période transitoire a porté un large préjudice aux droits des étrangers malades résidant en France.

La mission d'évaluation médicale transférée au Pôle santé de l'OFII connaît également une période de mise en place longue et difficile pour les étrangers malades. Dans un grand nombre de délégations territoriales, les associations de l'ODSE constatent que les délais d'émission des avis par le collège de médecins de l'OFII

### Des demandes largement fondées dans l'observation du Comede

A la demande des étrangers malades, de leurs proches et/ou des professionnels et associations intervenant auprès d'eux, les médecins du Comede apprécient les conditions médicales des demandes de titre de séjour, et soutiennent les démarches des personnes remplissant les « critères médicaux » prévus par la loi. Entre 2012 et 2016, ces critères étaient remplis dans :

- 78% des cas dans les permanences téléphoniques nationales (sur 3262 appels documentés) ;
- 71% des cas au Centre de santé (261 personnes).
- 68% des cas à l'Espace santé droit (514 personnes),

excèdent largement les trois mois définis à l'article R.313-23 du CESEDA (plus de 6 mois en Ile-de-France et en PACA). Cette situation entretient une forte précarité pour les personnes concernées, alors qu'un grand nombre de préfectures persiste à refuser la délivrance du récépissé de première demande comme de renouvellement.

S'agissant du sens des avis médicaux rendus, l'observation de cette première année est également préoccupante. En dépit des promesses faites par les promoteurs de la réforme, on déplore l'absence de garanties du suivi des instructions du ministère de la Santé, et de transparence des sources de données utilisées par le Pôle santé de l'OFII pour évaluer le risque de défaut de soins dans le pays d'origine. La perte de protection qui en découle touche l'ensemble des malades concernés, y compris des personnes vivant avec le VIH (PVIH), en raison du non respect par des médecins de l'OFII de l'Arrêté (à valeur réglementaire) du 5 janvier 2017 du Ministère de la santé (annexe II), incluant le refus de réexamen d'avis négatifs (voir encadré page suivante). Egalement en contradiction avec les textes réglementaires, l'intervention régulière du « Conseiller Santé » du ministère de l'Intérieur dans les processus d'élaboration des avis médicaux, y compris lors de réunions de travail régulières avec les médecins de l'OFII et en vue d'une application restrictive du droit, est particulièrement inquiétante.

## Dégradation de la protection des personnes vivant avec le VIH entre 2012 et 2017

La dégradation de la protection des étrangers malades se manifeste depuis 2012-2013 par des avis médicaux défavorables rendus à l'égard des personnes vivant en France avec le VIH depuis souvent de très nombreuses années, (*voir aussi : La fin de l'exception VIH, Rapport de l'Observatoire malades étrangers, Aides, juin 2015, p.38*).

Ces nouvelles restrictions ont pourtant lieu dans un contexte où le nombre et la proportion des personnes vivant avec le VIH parmi les personnes demandant leur admission au séjour pour raison médicale ne cessent de diminuer (18% en 2008, 14% en 2013, voir encadré page 106). Plus grave, elles ont lieu à l'encontre des instructions spécifiques du Ministère de la santé (instructions nationales de 2005 renouvelées de manière stable en 2006, 2007, 2010, 2011 et 2017 pour les PVVIH originaires des pays en développement) et alors que les systèmes de santé et d'accès à une prise en charge médicale n'ont pas significativement évolué dans les pays d'origine concernés sur les périodes de référence, notamment selon les rapports de l'ONUSIDA.

Quelques avis médicaux défavorables sont d'abord documentés en 2010 dans le contexte particulier du département du Loiret dont l'un des médecins responsables, à l'époque au sein de l'ARS, sera par la suite recruté par le ministère de l'Intérieur en tant que « Conseiller santé » sur les questions d'immigration. Six nouveaux avis défavorables sont répertoriés en 2012 dans les départements de Seine Saint Denis (3), du Bas Rhin (2) et des Hauts de Seine (1). Mais, même si ces refus ont des conséquences graves pour les personnes concernées (notamment perte d'emploi, de ressources stables et de solutions de logement/hébergement), la plupart donnent lieu à des recours gracieux (correction/mise à jour de l'avis médical), rétablissant les personnes dans leurs droits en 2013.

C'est à partir de fin 2013 que les avis médicaux défavorables se multiplient : 2 fin 2013, 15 en 2014, et 6 de janvier à avril 2015. Les autorités médicales d'Ile de France (10) et de Midi Pyrénées (8) sont les principales concernées, mais aussi de manière plus marginale les ARS de Provence Alpes Côte d'Azur (2), d'Auvergne (1), de Bretagne (1) et des Pays de la Loire (1). De nombreuses nationalités, en procédure de première demande comme de renouvellement, font l'objet de ces refus : Algérie, Cameroun, Congo Brazzaville, Côte d'Ivoire, Egypte, Equateur, Géorgie, Guinée Conakry, Nigéria, Tunisie, Pérou, Russie, etc. Les recours gracieux, hiérarchiques et contentieux ne permettent pas de rétablir dans leurs droits une large majorité des personnes malades concernées, malgré une mobilisation longue et importante de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) auprès du Ministère de la santé et de nombreux avocats auprès des juridictions.

A partir d'avril 2015, date à laquelle le Ministère de la santé rappelle ses recommandations de protection aux autorités médicales, le nombre d'avis défavorables constatés diminue (6 d'avril à décembre 2015), sans que cela ne cesse complètement puisque, fin 2016 juste avant le transfert de cette compétence aux médecins de l'OFII, plusieurs nouveaux avis défavorables des médecins des ARS ont été de nouveau documentés (notamment en Midi Pyrénées). Malgré le renouvellement des instructions du Ministère de la Santé garantissant la protection de ces personnes, par l'arrêté ministériel du 5 janvier 2017 à valeur réglementaire, le service médical de l'Ofii émet dès début 2017 deux nouveaux avis défavorables concernant des personnes originaires d'Angola et de Guinée Conakry, et refusent jusqu'à nouvel ordre, fin octobre 2017, tout réexamen de situation.

Ainsi au cours des dernières années, et depuis la consécration en 1997/1998 du droit à la protection des étrangers gravement malades résidant en France, jamais les personnes vivant avec le VIH n'auront été autant victimes de refus de séjour, de placements en rétention et d'expulsions. A ces situations de déni des droits à la santé par les autorités médicales s'ajoutent depuis 2012/2013 tous les refus de protection malgré un avis médical favorable au maintien en France qui frappent tant les personnes (par dizaines) vivant avec le VIH que celles (par centaines) souffrant d'autres pathologies graves (voir page 104).

**Monsieur J.**, âgé de 42 ans et de nationalité péruvienne, vit en France depuis 2009 sous couvert de cartes de séjour temporaire délivrées en raison de son état de santé. Malgré sa séropositivité au VIH, il fait l'objet en janvier 2014 d'une obligation de quitter le territoire français après un avis médical défavorable de l'ARS d'Ile de France. Par suite, il perd l'emploi à durée indéterminée qu'il occupe depuis plusieurs années et se retrouve en procédure d'expulsion de son logement suite aux impayés de loyers qu'il ne peut plus acquitter. Début 2015, fortement précarisé, il connaît une dégradation très importante de son état de santé, qui rend très difficile ses démarches de recours pour faire rétablir son droit au séjour en France, d'autant que faute de ressources, il ne peut plus justifier des quittances de loyers exigées (illégalement) de la préfecture des Hauts de Seine pour réexaminer son dossier. Ce n'est que courant 2016 et après deux ans de très grande précarité qu'il obtient la régularisation de sa situation grâce à un accompagnement associatif très spécialisé.

Par ailleurs, au nom de la « lutte contre la fraude » qui ne concerne pourtant qu'une fraction minimale des demandes, la généralisation des convocations devant le service médical de l'OFII en vue de la réalisation d'examen complémentaires pour l'établissement du rapport médical témoigne d'une suspicion généralisée pouvant être maltraitante. Elle entraîne des conséquences néfastes pour l'ensemble des acteurs :

- pour les malades, des démarches supplémentaires à effectuer qui allongent encore la procédure, cette convocation conditionnant la délivrance des récépissés par les préfectures, et dont l'état de vulnérabilité peut être aggravé par les conditions de ce contrôle médical, notamment pour les mineurs et les personnes souffrant de psychotraumatisme grave ;
- pour les médecins rédacteurs du certificat médical destiné au pôle santé de l'OFII, le risque de démotivation lié au déficit de confiance et au mépris des règles de la confraternité par les médecins de l'OFII ;
- pour les médecins de l'OFII, aux prises avec les contradictions déontologiques (Art. 100 CDM) en devant pratiquer des actes de contrôle médical dans une mission de protection de la santé.

Le format imposé par le nouveau « certificat médical » complique encore la procédure de transmission des informations médicales :

- ce formulaire n'a pas été conçu pour que plusieurs spécialistes le remplissent, alors que les malades concernés sont souvent atteints de plusieurs affections graves ;
- il conduit les médecins rédacteurs à ne pas indiquer certains éléments importants d'appréciation des conditions médicales, notamment le risque « d'exceptionnelle gravité » du défaut de prise en charge, ou encore les informations permettant d'apprécier le risque de défaut de soins dans le pays d'origine (offre de soins et organisation du système de santé, éléments biographiques, environnement familial, parcours de soins antérieur, facteurs de vulnérabilité) ;
- ce formulaire oblige à une présentation « segmentée » du/des pathologies du patient,

au détriment d'un rapport global décrivant l'état de santé du patient, ce qui complique d'autant le travail d'élaboration de l'avis de la part des médecins de l'OFII ;

- enfin, ce format de « certificat médical » ne prend pas en compte les autres documents médicaux qu'il est souvent nécessaire de transmettre au service médical de l'OFII.

Les malades et leurs soutiens sont en outre confrontés à de grandes difficultés pour le suivi des dossiers individuels. Il est actuellement impossible de suivre l'état de la procédure enclenchée, faute d'interlocuteur joignable au sein de l'OFII. Cette situation est problématique compte-tenu des délais d'instruction (voir supra), mais aussi en cas de besoin de transmettre des informations médicales complémentaires, dans les situations d'aggravation de l'état de santé après l'envoi du certificat initial.

S'agissant de la communication des avis médicaux au patient, nécessaire pour engager des recours éventuels, la pratique favorable observée dans certains Centres de rétention administrative (CRA) de remettre à la personne copie de l'avis rendu par le médecin de l'OFII est encore loin d'être généralisée. Il est urgent de mettre en place dans toutes les procédures (droit au séjour et protection contre l'éloignement) une communication systématique de l'avis du service médical de l'OFII à l'intéressé.e. En cas de refus de communication de l'avis, les malades continuent de devoir enclencher une procédure de demande aboutissant *in fine* au même résultat (Art L.114-7 et L.311-2 du Code des relations entre le public et l'administration, Art L.1111-7 du Code de la santé publique).

Les étrangers malades privés de liberté et retenus dans les CRA n'ont pas connaissance du déroulement de la procédure de protection dont ils demandent la mise en œuvre. En dépit de la transmission à l'Unité médicale (UMCRA) des rapports élaborés par leurs médecins traitants et hospitaliers, ils ne savent ni si le médecin de l'OFII a été saisi, ni rien des suites qui ont été données à cette saisine. En outre,

les procédures issues de la réforme souffrent d'un manque de coordination qui peut entraver son effectivité, lorsqu'elles impliquent un délai de plusieurs mois incompatible avec une protection effective ; les UMCRA faisant état d'un déficit d'information de la part de l'OFII quant aux suites données à leurs saisines.

Enfin, les étrangers sont confrontés à des pratiques préfectorales toujours plus restrictives. Les conditions générales d'accueil en préfecture sont très dégradées, avec des délais de rendez-vous très longs. En Ile de France – hors Paris - des procédures de prise de rendez vous par internet conduisent à l'impossibilité de prise de RV pour les personnes n'y ayant pas accès ou n'étant pas dans la capacité de le faire, et à la saturation empêchant toute prise de RV en ligne (« veuillez réessayer plus tard »).

Les refus illégaux de délivrance des récépissés de dépôt des demandes, notamment de renouvellement, malgré les nombreuses censures par les juges de ces pratiques (préfectures de Seine-Saint-Denis, Seine-et-Marne, Haut-Rhin, Hérault, Vienne), conjugués aux durées d'instruction et aux pertes de dossiers, ont placé/maintenu les demandeurs en situation irrégulière entraînant la perte de l'emploi, des prestations sociales, et de l'accès à un logement/hébergement dans un contexte de remise en cause généralisée du principe de l'inconditionnalité de l'accueil notamment en CHRS. Dénoncées depuis des années, d'autres pratiques illégales sont toujours en cours : refus d'enregistrer ou d'instruire les demandes en cas de défaut de passeport ou d'acte de naissance récent et traduit en français, de défaut de preuves de présence en France depuis plus d'un an, de défaut d'hébergement pour les personnes sans domicile stable en possession d'une attestation de domiciliation en cours de validité (voir page 112) ; refus d'instruction pour les personnes sollicitant le réexamen de leur situation suite à une évolution de leur état de santé, ou encore pour les étrangers malades incarcérés.

## TAUX D'ACCORD ET DE REFUS POUR LE DROIT AU SEJOUR DES ETRANGERS MALADES

Depuis la chute de la protection apparue en 2003 et devant la carence de publication des données ministérielles (voir encadré page 106), le Comede a mis en place un programme d'observation des réponses administratives et juridictionnelles aux demandes de protection faites par les « étrangers malades ». L'objectif est double : informer les malades et les professionnels concernés sur les pratiques effectives et alerter l'opinion et les pouvoirs publics sur l'évolution restrictive dans l'application du droit au séjour pour raison médicale. Les données sont enregistrées en continu pour les patients soignés et soutenus par le Comede, au Centre de santé depuis 2002, à l'Espace santé droit avec la Cimade depuis 2007, avec la Case de santé à Toulouse et Médecins du monde à Marseille depuis 2011 ainsi qu'avec Arcat en 2011-2012 et le Catred en 2015. Les critères médicaux de demande retenus par le Comede sont stables sur la période <sup>1</sup>.

La méthode consiste à caractériser chaque réponse préfectorale – à l'exception des recours gracieux - et juridictionnelle à chaque demande d'admission au séjour « pour soins » (CST « Vie privée et familiale »), l'exhaustivité du recueil des réponses permettant d'éviter des biais de sélection. Les réponses documentées correspondent à :

- un accord : APS <sup>2</sup>, CST <sup>3</sup>, APAR <sup>4</sup>, accord TA/CAA/CE <sup>5</sup> ;
- ou un refus IQF/OQTF <sup>6</sup>, APRF <sup>7</sup>, rejet TA/CAA/CE. Les documents d'attente remis par

<sup>1</sup> Voir Guide Comede 2005, [www.comede.org](http://www.comede.org)

<sup>2</sup> Autorisation provisoire de séjour correspondant à un accord du MARS. Les APS délivrées « en attente » ne sont pas comptabilisées comme réponse effective.

<sup>3</sup> Carte de séjour temporaire, délivrée de plein droit aux étrangers qui résident depuis au moins un an en France

<sup>4</sup> Arrêté préfectoral d'assignation à résidence

<sup>5</sup> Tribunal administratif, Cour administrative d'appel, Conseil d'Etat

<sup>6</sup> Invitation à quitter la France, remplacée en 2007 par l'Obligation de quitter le territoire français

<sup>7</sup> Arrêté préfectoral de reconduite à la frontière



## COMPOSITION DU DISPOSITIF D'OBSERVATION 2004-2016

## Caractéristiques démographiques des demandeurs (préfectures et tribunaux)

2262 procédures	n	%	Sexe F	Age Moyen	Région d'origine							En France moyenne
					AFA	AFC	AFN	AFO	ASC	ASS	EUE	
Arcat	41	2%	42%	40 ans	-	35%	8%	35%	4%	4%	7,1 ans	
Case de santé	405	18%	41%	42 ans	2%	24%	26%	32%	3%	8%	5,5 ans	
Comede CDS	1266	56%	23%	39 ans	1%	31%	3%	49%	<1%	10%	3%	5,4 ans
ESD Cimade Comede	385	17%	27%	42 ans	1%	17%	22%	48%	<1%	5%	1%	6,7 ans
MDM-Comede 13	165	7%	44%	39 ans	5%	2%	19%	17%	8%	2%	46%	3,5 ans
<b>Total</b>	<b>2262</b>	<b>100%</b>	<b>28%</b>	<b>40 ans</b>	<b>1%</b>	<b>26%</b>	<b>9%</b>	<b>45%</b>	<b>1%</b>	<b>7%</b>	<b>6%</b>	<b>5,5 ans</b>

AFA Afrique australe, AFC Afrique centrale, AFN Afrique du Nord, AFO Afrique de l'Ouest, ASC Asie centrale, ASS Asie du Sud, EUE Europe de l'Est

## Pathologies en cause \* (préfectures et tribunaux)

3059 maladies	n	/dem	AST	CAN	DIA	HAN	IRC	MCV	PSY	VHB	VHC	VIH
Arcat	48	1,2			3%		3%		3%	19%	3%	50%
Case de santé	527	1,3	<1%	4%	7%	5%	3%	19%	26%	9%	2%	4%
Comede CDS	1771	1,4	9%	1%	10%	2%	1%	3%	9%	30%	6%	3%
ESD Cimade-Comede	501	1,3	4%	9%	12%	3%	2%	19%	13%	11%	4%	4%
MDM-Comede 13	212	1,4	1%	9%	1%	1%	2%	6%	49%	4%	7%	
<b>Total</b>	<b>3059</b>	<b>1,4</b>	<b>7%</b>	<b>3%</b>	<b>10%</b>	<b>3%</b>	<b>1%</b>	<b>17%</b>	<b>14%</b>	<b>23%</b>	<b>5%</b>	<b>3%</b>

\* Les % sont rapportés au nombre de demandes effectuées. AST Asthme, CAN Cancer, DIA Diabète, HAN Handicap, IRC Insuffisance rénale chronique, MCV Maladies cardiovasculaires, PSY pathologies psychiques, VHB hépatite et infection à VHB, VHC hépatite et infection à VHC

## Taux d'accord des préfectures et des tribunaux

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015/16
<b>Total préf/MARS</b>	51%	69%	63%	61%	70%	71%	81%	84%	83%	85%	64%	76%
1784 demandes	102	119	129	126	134	187	108	136	207	150	207	179
Arcat & Catred 38								13/15 15	6/8 8			10/15 15
Case de santé 379								8/10 10	93% 97	90% 88	45% 109	69% 75*
CDS Comede 1006	51% 102	69% 119	63% 129	62% 123	72% 108	70% 123	80% 81	83% 71	70% 44	10/16 16	84% 37	85% 53
ESD Cimade-Comede 214				1/3 3	16/26 26	73% 64	23/27 27	10/13 13	13/16 16	12/16 16	82% 39	13/15 10
MDM-Comede13 147								24/27 27	74% 42	90% 30	21/22 22	19/26 26*
<b>Total tribunaux</b>	4/5	56%	41%	54%	56%	46%	54%	55%	12/18	10/14	49%	46%
478 demandes	5	39	46	56	91	65	39	33	18	14	35	35
Arcat 3								1/3 3				
Case de santé 26									2/2 2		6/9 9	4/13 13*
CDS Comede 260	4/5 5	56% 39	41% 46	53% 55	54% 39	50% 30	7/17 17	6/12 12	1/2 2	4/5 5	1/5 5	4/5 5
ESD Cimade-Comede 171				1/1 1	58% 52	43% 35	14 22	11/17 17	7/9 9	5/8 8	7/16 16	5/11 11
MDM-Comede 13 18								0/1 1	2/5 5	1/1 1	4/5 5	3/6 6*

\* données 2015

## Des données publiques erratiques sur l'application du droit au séjour pour raison médicale en France

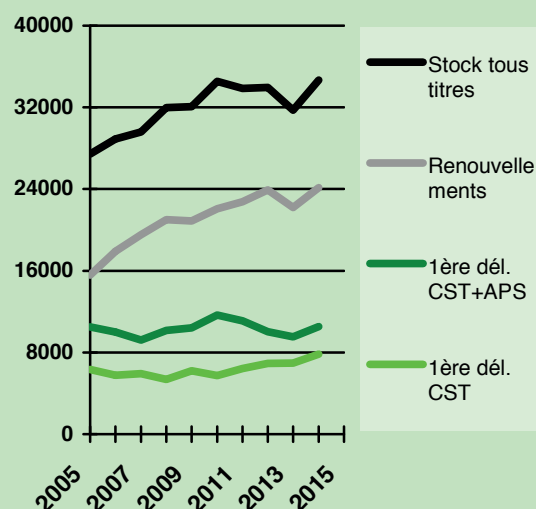
Contrairement au droit d'asile, il n'existe aucun document public permettant de mesurer l'application du droit au séjour pour raison médicale par nationalité, par département et par procédure. Depuis 2013, le ministère de l'intérieur publie sur son site internet des statistiques relatives aux titres de séjour, mais ces documents ne fournissent aucune information ni sur le nombre des demandes (de première délivrance ou de renouvellement de titre), ni sur la délivrance des Autorisations provisoires de séjour (APS) ou récépissés, ni sur le nombre de refus notifiés aux étrangers malades.

On dispose également de peu d'informations sur les avis médicaux des MARS, même si les rapports sur ces avis sont enfin publiés par le ministère de la Santé depuis 2013. Selon le **rapport de novembre 2016 relatif aux avis médicaux rendus en 2014**, ils concernaient principalement les régions Ile-de-France (37%), Outre-Mer (10% incluant Mayotte), Auvergne-Rhône-Alpes (9%), Grand-Est (8%), PACA (6%), Nouvelle-Aquitaine (6%) et Occitanie (5%). Les principales pathologies en cause étaient les troubles psychiatriques (23%), l'infection par le VIH (14%), les hépatites (9%), le diabète (7%), les cancers (6%) et les maladies cardiovasculaires (5%). Ainsi par comparaison avec l'observation épidémiologique du Comede (voir page 78), la proportion des maladies infectieuses est identique (24%) alors que les troubles psychiatriques sont sous-représentés parmi les « étrangers malades » (23% vs 36%) et les autres maladies chroniques sur-représentées (53% vs 40%).

Les demandeurs (hommes 56%) étaient principalement originaires d'Afrique (68%) et d'Europe (19%), les nationalités les plus représentées étant les deux Congo comptés ensemble (12%), l'Algérie (11%), l'Arménie (5%), le Cameroun (5%), les Comores (4%) et Haïti (4%). Aucune analyse croisée entre les pathologies, les nationalités et les départements n'a été effectuée dans ces rapports. La moyenne nationale du taux d'avis médicaux favorables était de 77%, avec d'importantes variations entre les régions (taux de 44% en Midi-Pyrénées) et les départements (41% en Saône-et-Loire). La contribution du ministère de l'Intérieur dans le rapport sur les avis médicaux indiquait également des données relatives aux titres de séjour (flux et stocks), reportés dans le tableau ci-dessous. NB : si elles sont globalement proches, ces données diffèrent toutefois de celles publiées sur le site du ministère de l'Intérieur. Fin 2014, le nombre total d'étrangers régularisés pour raison médicale était donc de 34 685 personnes, soit 0,9% des étrangers en France.

Rapport Avis médicaux 2014	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total avis médicaux rendus	40 940	43 337	40 129	39 295	40 220	?	38 751	?	42 329	43 666
Taux d'avis médicaux favorables	68%	67%	69%	74%	73%	?	75%	?	78%	77%
Total 1ère délivrance titres (CST)	6 334	5 753	5 917	5 375	6 211	5 731	6 414	6 936	6 947	7 835
Total 1ère délivrance dont APS	10 500	10 005	9 231	10 171	10 393	11 664	11 094	10 025	9 516	10 535
Total renouvellements de titres	15 569	17 894	19 536	20 992	20 893	22 074	22 772	23 914	22 196	24 150
Données de stock (tous doc.)	27 437	28 912	29 589	31 973	32 079	34 538	33 866	33 939	31 710	34 685

Selon ces données, le nombre de premières délivrances de titres (incluant les APS) oscille autour de 10 000 par an dont les deux tiers sont des CST. Dans la mesure où la plupart des pathologies concernées sont chroniques, et où les passages à la carte de résident sont rares même après plusieurs CST, le « stock » (ensemble des malades régularisés en fin d'année) et les renouvellements devraient augmenter annuellement. On observe pourtant depuis 2010 une stagnation du nombre total de personnes protégées autour de 35 000. Cette évolution dessine une politique de précarisation du statut des étrangers malades au moyen d'une gestion où les « entrées » (premières délivrances de titres) sont « compensées » par les « sorties » du dispositif (refus de renouvellement dans la majorité des cas, données non disponibles).



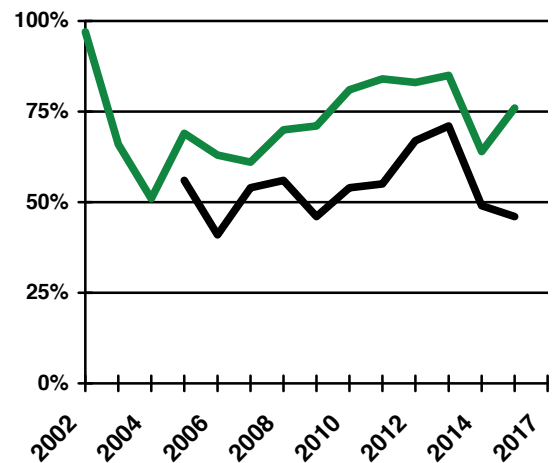
les préfectures (convocation/rendez-vous, récépissé, APS dans certains cas) ne sont pas pris en compte dans les résultats. Les variables renseignées concernent les caractéristiques du demandeur (année d'entrée en France, sexe, âge, nationalité) et de la demande effectuée (type de procédure, motif.s médic.al.aux, département). La saisie des fiches de recueil et l'analyse des données sont effectuées au moyen d'un programme informatique développé par le Comede.

Les données d'observation portent sur la période 2004-2016 (voir dispositif d'observation page 105) et concernent, d'une part, 1 784 réponses préfectorales aux demandes de première délivrance et de renouvellement de titre de séjour, et d'autre part 478 recours auprès des tribunaux administratifs. Les 2 262 procédures ainsi caractérisées concernent majoritairement des hommes (72%), jeunes (âge moyen 40 ans), principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (45%), d'Afrique centrale (26%), d'Afrique du Nord (9%), d'Asie du Sud (7%) et d'Europe de l'Est (6%). Les demandeurs résident en France depuis 5,5 ans en moyenne au moment de la réponse et 76% d'entre eux ont découvert leur maladie après l'arrivée en France (92% des personnes infectées par le VIH, le VHB ou le VHC).

Ils bénéficient d'une prise en charge médicale pour une ou plusieurs affections graves (3 059 au total, soit en moyenne 1,4 affection renseignée par procédure), dont les plus nombreuses sont l'infection par le VHB (23%), les maladies cardio-vasculaires (17%), les affections psychiatriques (14%), le diabète (10%), l'infection par le VHC (5%), l'infection par le VIH (3%), et les cancers (3%). Les 1 784 réponses préfectorales (52% premières délivrances et 48% renouvellements) ont été caractérisées dans 17 départements, principalement Paris (27%), le Val-de-Marne (15%), la Haute-Garonne (14%), la Seine-Saint-Denis (11%), les Bouches-du-Rhône (7%), le Val d'Oise (7%), l'Essonne (7%), et les Hauts-de-Seine (5%).

### Taux d'accords des préfectures et des tribunaux (TA et CAA)

Evolution 2002-2016, critères médicaux constants



Dans la mesure où la protection des malades repose sur des critères médicaux, l'évolution des taux d'accord préfectoraux correspond à celle des taux d'avis favorable des médecins de l'Administration. Jusqu'en 2012, les décisions préfectorales respectaient quasi-systématiquement ces avis médicaux, avant l'apparition en cours des dernières années de décisions préfectorales de refus en dépit d'un avis médical favorable (voir page 102). Proches de 100% jusqu'en 2002, les taux d'accord ont d'abord chuté de moitié en 2004 (voir ci-contre) suite aux pressions et mises en cause des médecins en charge de l'évaluation médicale, Médecins inspecteurs de santé publique puis Médecins des ARS jugés « complaisants » (voir rapports Comede précédents). Par la suite, la baisse des taux d'accord a été enrayerée suite à la publication par le ministère de la Santé de circulaires rappelant la nécessité de protéger les étrangers vivant avec le VIH contre le renvoi vers un pays où l'accès aux soins ne peut être garanti (2005, 2006, 2007), puis d'appliquer le même raisonnement médical à l'ensemble des maladies concernées (Instruction de novembre 2011 et Arrêté de janvier 2017). La relative stabilité des taux globaux d'accords observés depuis 2011 résulte pour partie de l'évolution du dispositif d'observation, avec les contributions de la Case de santé et de MDM.

Avec un taux d'accord moyen de 75% sur l'ensemble de la période, on peut ainsi estimer le défaut de protection à un quart des malades concernés, soit environ 2000 personnes par an compte-tenu du nombre de premiers titres délivrés (voir encadré page 106). Cette restriction d'application du droit repose en premier lieu sur les médecins en charge des avis, ceci en contradiction avec leurs obligations déontologiques sur l'organisation de la continuité des soins, et avec les instructions du ministère de la Santé. Il est toutefois à noter que, depuis 2012, une partie des refus procède de décisions préfectorales prises contre un avis médical favorable (3 dans notre observation), au moyen de contre-enquêtes médicales directement effectuées par les services du ministère de l'Intérieur et en violation du secret médical.

Il existe des différences significatives d'application du droit selon la maladie et la nationalité du demandeur, ainsi que, jusqu'en 2016, par département. L'analyse par préfecture indique en effet une différence significative des pratiques de Paris et des départements de la petite couronne (92, 93 et 94), plus restrictives que les autres départements sur l'ensemble de la période et particulièrement depuis 2012 (70% vs 87%,  $p < 0,001$ ). Ces différences devraient disparaître avec la réforme centralisant les avis médicaux au sein du Pôle santé de l'OFII au niveau national, en espérant que la nouvelle « homogénéité » des avis médicaux ne se produise pas au détriment de la protection. Les différences selon la maladie en cause (voir tableau ci-contre) sont observées alors même que les critères médicaux étaient présents pour l'ensemble des malades. Les taux d'accord les plus élevés sont réservés aux personnes vivant avec le VIH (94%, 4 refus étant survenus depuis 2012) et aux personnes atteintes d'un cancer (88%), et les plus bas touchent les personnes atteintes de diabète (73%) et surtout d'infection chronique par le VHB (63%), en dépit des instructions du ministère de la Santé. On observe enfin des différences selon la nationalité (voir tableau ci-dessous), qui ne correspondent pas au rang des pays concernés

en matière d'Indice de développement humain, pourtant décisif pour apprécier les ressources des systèmes de santé. Face aux pratiques restrictives des préfectures, les recours contentieux auprès du Tribunal administratif se sont multipliés depuis le milieu des années 2000. Ces juridictions de recours accordent une place de plus en plus importante à la protection des étrangers malades rejetés par les administrations en charge des procédures initiales. En annulant la moitié des décisions de refus des préfectures (voir page 105), elles permettent de corriger dans une certaine mesure ces différences de traitements.

#### Taux d'accord préfecture par maladie

2497 maladies recensées pour 1784 demandes  
2004-2016 dans 17 préfectures

Maladie	demandes	taux
Infection à VIH	89	94%
Cancer	92	88%
Infection à VHC	132	79%
Maladie cardio-vasc.	429	79%
Handicap	44	78%
Psychiatrie	361	76%
total / moyenne	2497	75%
Diabète	233	73%
Asthme persistant	155	71%
Infection à VHB	437	63%

#### Taux d'accord préfecture par nationalité

1784 demandes 2004-2016 dans 17 préfectures

Nationalité rang IDH*	Demandes	taux
Nigeria 152 <sup>ème</sup>	50	86%
Angola 150 <sup>ème</sup>	62	82%
Congo 135 <sup>ème</sup>	41	78%
Congo RD 176 <sup>ème</sup>	232	78%
total / moyenne	1398	73%
Guinée Con. 183 <sup>ème</sup>	67	72%
Algérie 83 <sup>ème</sup>	96	71%
Bangladesh 139 <sup>ème</sup>	51	69%
Mali 175 <sup>ème</sup>	181	69%
Cameroun 153 <sup>ème</sup>	44	68%
Mauritanie 157 <sup>ème</sup>	96	63%
Sénégal 162 <sup>ème</sup>	45	60%
Côte d'Ivoire 171 <sup>ème</sup>	50	50%

Classement 2016 des pays par l'Indice de développement humain (IDH) élaboré par le PNUD (Programme des Nations-Unies pour le développement). En 2016, la France est classée au 21<sup>ème</sup> rang sur 188 pays.

## DROIT D'ASILE ET CERTIFICATION MEDICALE

Le droit d'asile a connu des difficultés d'application accrues depuis 2015, avec la mise en œuvre de la réforme législative et dans un contexte de forte augmentation de la demande (voir page 99). Si le nombre et le taux de protections accordées sont en forte augmentation en 2016 (36 351 personnes nouvellement placées sous la protection de l'Ofpra, correspondant à un taux de protection de 43%, majoritairement dû aux progrès de l'Office dans la protection des réfugiés), on observe une forte dégradation des conditions d'accès à la procédure.

Les délais d'enregistrement à la Plateforme d'accès des demandeurs d'asile (PADA) puis au Guichet unique pour demandeurs d'asile (GUDA) dépassent souvent 2 mois et peuvent durer jusqu'à plus de 6 mois), retardant l'accès à l'ensemble des conditions matérielles d'accueil (hébergement, ressources, et prise en charge des frais de santé). En matière d'accès à une protection maladie permettant l'accès aux soins (voir page 87), cette situation est aggravée par la réforme PUMa qui, depuis mai 2017, impose la justification de l'attestation de demande d'asile délivrée par le GUDA pour l'ouverture des droits, ceci alors même que la Cour de justice de l'Union européenne a reconnu en juillet 2017 qu'une personne a la qualité de demandeur d'asile dès lors qu'un document administratif a enregistré sa demande (CJUE, 26 07 207, C-670-16).

La crise de l'hébergement des demandeurs d'asile s'est encore aggravée, l'accroissement des besoins en la matière dépassant largement l'accroissement de l'offre d'hébergement (voir les publications de la Coordination française pour le droit d'asile, <http://cfda.rezo.net/>). La mise en place de dispositifs d'accueil dégradés (CAO, CPA, PRADHA, CHUM) dépourvus d'accompagnement spécialisé, répond à une logique de « triage » en vue du renvoi des demandeurs d'asile rapidement déboutés ou placés sous procédure Dublin. Pour ces derniers, on déplore également des pratiques préfectorales d'assignation à résidence et

### Une enfant de 5 ans et son père demandeur d'asile à la rue

Originaire du Congo RD, Monsieur W et sa fille de 4 ans sont arrivés en France le 20/08/2017. Ils se présentent le 30/08/2017 à la CAFDA (Paris), qui leur donne rendez-vous à la PADA pour le 26/10/2017. Leur demande d'asile n'étant pas encore enregistrée, ils n'ont pas accès aux prestations prévues pour les demandeurs d'asile. Sur le plan de l'accès aux soins, ils ne peuvent obtenir ni CMUc AME durant les 3 premiers mois de leur séjour.

Ils dorment dans un parc au Lilas. Monsieur W appelle le 115 tous les jours. Son dossier est bien enregistré, ses appels notés, le Samu social a bien noté qu'il y avait un petite fille de 4 ans. « Des gens » leur portent à manger, « une dame » leur a donné une couverture, il commence à faire froid et il pleut beaucoup en ce moment.

Le 14/09/2017, ils se présentent au Centre de santé du Comede. Monsieur a très mal aux dents, il n'appelle plus le 115 depuis 3 jours, il n'arrive plus à parler. La fillette ne ne parle pas. Le service social et juridique signale la situation au SIAO Urgence de Paris/ pôle famille. Le médecin les reçoit en consultation du jour, monsieur repart avec un traitement. L'enfant est vaccinée en vue d'une scolarisation le plus tôt possible.

Ils reviennent le lendemain, sans nouvelle du SIAO. Ils ont passé la nuit aux urgences de l'hôpital, il faisait trop froid pour rester dehors. Dès le matin le SSJ insiste de nouveau auprès du pôle famille du Samu Social de Paris. « C'est la catastrophe, on ne trouve plus d'hôtel, on n'arrive pas à débloquent les situations, on ne vas pas arriver à trouver une solution pour ce week-end, et ça ne va pas en s'arrangeant ». Le Comede paie 3 nuits d'hôtel pour ce papa fatigué, à bout physiquement et émotionnellement. L'enfant commence à parler, à jouer. On a bien expliqué que c'était seulement 3 nuits.

d'interpellation au guichet en vue d'un placement en rétention, pourtant considéré illégal par la Cour de Cassation par un arrêt du 27 septembre 2017. S'agissant des personnes déboutées de leur demande d'asile, les pressions exercées par les services préfectoraux sur les CADA conduisent à la mise à la rue de personnes particulièrement vulnérables, sans perspective d'hébergement ni accompagnement social.

En outre, l'ensemble du parcours de la demande d'asile reste marquée par diverses sollicitations de « certificat médical » destinées à appuyer les demandes, souvent en dehors de tout cadre réglementaire.

## Une jeune femme de 19 ans, isolée, enceinte de 8 mois et demi, demandeuse d'asile, à la rue

Madame M. a 19 ans, elle est congolaise (RDC), arrivée en France par avion le 09/09/2017.

Elle est d'abord hébergée chez une copine, mais elle refuse les avances du mari de celle-ci, elle doit quitter cet hébergement. Elle trouve refuge dans une « Eglise », elle doit partir tôt le matin et ne peut se présenter que dans le soirée. Elle ne dort pas dans un lit.

Elle est allée à la PADA (Plateforme d'accueil pour demandeurs d'asiles) le 10/10/2017, elle est repartie avec un nouveau rendez-vous pour le 14/12/2017. Elle ne peut donc pas bénéficier de la prise en charge relative aux demandeurs d'asile. Nous avons tenté d'avancer le rendez-vous sans succès. Seule possibilité : le 115.

Elle se présente au Centre de santé du Comede le 11/10/2017, elle est enceinte et doit accoucher le 02/11/2017. Elle est sans nouvelle du père de l'enfant, a priori en RDC. Elle a déjà eu un premier contact avec la maternité d'une consultation avec une sage femme dans un service hospitalier. Elle a été inscrite et une date d'hospitalisation est programmée le 02/11 en prévision de l'accouchement. Aucun examen clinique n'a été réalisé.

Elle voit le médecin en consultation du jour qui diagnostique un diabète. Nous recommandons une hospitalisation devant la découverte de cette maladie, la grande précarité de sa situation et son jeune âge. Un courrier destiné à la sage-femme avec laquelle elle a rendez-vous le lendemain, lui est délivré en ce sens. Elle voit également l'assistante sociale. Le 115 et le SIAO (Service intégré d'accueil et d'orientation) urgence sont complètement saturés, il n'y a pas de place. Elle décide de repartir dans son « Eglise » avec la perspective d'une hospitalisation le lendemain.

Elle revient au Comede le 13/10/2017. Elle est bien allée à l'hôpital la veille, elle a eu plusieurs examens mais n'a pas compris qu'elle devait attendre le médecin. A 17h elle ne l'avait toujours pas vu, elle est partie. Elle n'a pas de solution d'hébergement, elle revoit le médecin en consultation du jour. Après contact avec la sage-femme de la maternité qui déplore l'absence de place en hospitalisation.

Elle est accompagnée par l'accueil du Centre de santé pour une orientation vers d'autres urgences maternité. Mais les médecins des urgences ont évalué qu'elle ne relevait pas d'une hospitalisation. Dans l'immédiat, le Comede paie 3 nuits d'hôtel. Différentes associations et dispositifs sont sollicités, sans succès. Soit Madame n'en relève pas, soit il n'y a pas de place. L'ADEMIE (Action départementale envers les mères isolées avec enfant) est également sollicitée en vue d'une intégration dans un centre maternel. Cette demande est en cours d'instruction.

Elle revient au Comede le 16/10/2017, toujours pas de place au 115 ni au SIAO urgence. Même évaluation, et une autre nuit d'hôtel. Elle revient le 17/10/2017, toujours pas de place au 115 ni au SIAO urgence. Elle est en larmes, paniquée par l'avenir, par l'accouchement. Elle voit le médecin du jour, elle a mal au ventre. Elle a 19 ans, c'est son premier enfant, elle n'a pas de famille ici, juste des « copines » qui sont dans des situations semblables à la sienne et avec qui elle est en lien par téléphone de temps en temps.

On contacte la sage femme de l'hôpital qui nous renvoie sur la cadre du service social. Ce n'est vraiment pas possible de l'hospitaliser, ils ont déjà 3 femmes dans cette situation dans le service dont une depuis le 30/08/2017, mère de 3 enfants, il n'y pas de place au 115 ils n'arrivent pas à trouver de solution alors ils la gardent en hospitalisation.

Madame M. a un rendez-vous le lendemain à l'hôpital pour une prise de sang, la cadre essaie d'avancer le rendez-vous avec l'assistante sociale hospitalière (fixé au 06/11, soit après l'accouchement). Madame M. repart avec un courrier d'orientation et de mise en lien pour l'assistante sociale de l'hôpital. Après deux autres nuits d'hôtel, elle reviendra jeudi 19/10/17 voir le service social si le 115, le SIAO urgence ou l'hôpital n'a pas trouvé de solution.

### Analyse de la situation

Cette jeune femme demandeuse d'asile est victime de tous les dysfonctionnements actuels :

- La PADA donne rendez-vous à la PADA, ce n'est pas prévu par le législateur ;
- Il y a plus de 2 mois d'attente entre le jour où elle manifeste son intention de demander l'asile et le jour où elle va pouvoir commencer officiellement les démarches ;
- Elle est à la rue, sans adresse de domiciliation, sans protection maladie. Elle ne peut pas solliciter un hébergement en CADA (centre d'accueil pour demandeur d'asile), elle ne peut pas bénéficier de la protection maladie à laquelle elle devrait avoir droit (l'accouchement va devoir être prise en charge par le DSUV, elle n'a pas 3 mois de présence en France donc ne relève pas de l'AME).

Elle accouche dans moins de 3 semaines. On a réussi à trouver quelques habits pour le bébé.

Fondé sur des craintes de persécutions et non sur des persécutions avérées, le droit d'asile n'est théoriquement pas corrélé aux éventuelles séquelles médico-psychologiques laissées par la torture ou les mauvais traitements (voir épidémiologie page 76), et les demandeurs ne devraient pas avoir à produire de *certificat de violence et torture*. Mais dans le contexte de crise du droit d'asile depuis 30 ans, l'exigence des « preuves » de persécutions entretient le mythe du « bon certificat de torture », selon l'expression d'un avocat sollicitant le Comede, susceptible d'influencer favorablement les Officiers de protection ou les juges de la CNDA. Cette « prime à la torture », qui constitue une dérive dans l'application de la convention de Genève, peut avoir des effets particulièrement néfastes sur la santé des personnes concernées. 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 », induite par la réduction des délais de recours, peut réveiller ou aggraver le traumatisme psychologique, en cas de prise en charge thérapeutique « accélérée » qui ne respecte pas le rythme du patient. Pour ces raisons, le recours à la certification doit être limité aux seules situations nécessitant l'intervention d'un professionnel du soin pour évoquer la difficulté à dire ; donc en premier lieu autour du lien à l'autre, c'est-à-dire des questions posées par la santé mentale en particulier et par le soin en général.

Depuis quelques années, les médecins intervenant auprès des demandeurs d'asile se voient également demander des *certificats médicaux attestant de l'intégrité de leurs empreintes digitales*. L'enjeu est de documenter la situation face à la suspicion des préfetures à l'égard des personnes dont les empreintes ne sont pas lisibles par la machine de saisie (destinée à alimenter le système Eurodac), ce qui débouche après 2 ou 3 tentatives infructueuses sur un « placement en procédure prioritaire » des demandeurs concernés,

procédure les maintenant en situation de grande vulnérabilité (voir supra). Pour les personnes qui souhaitent contester cette décision devant le tribunal administratif, un certificat médical peut-être utile. Le médecin y indique alors les observations dermatologiques et les facteurs évocateurs d'une altération des empreintes digitales (voir encadré). Les résultats d'une étude effectuée par le Comede en 2012 (voir encadré ci-dessous) ont contribué à la publication par la CFDA d'une note, *Le droit d'asile à l'épreuve des empreintes digitales* (<http://cfda.rezo.net/>), concluant que :

1. Les difficultés à effectuer un relevé d'empreintes de façon répétée ne permettent pas de conclure qu'une personne a volontairement altéré ses empreintes ;
2. un certain nombre de causes peuvent expliquer ces difficultés et la priorité doit être donnée à la parole du demandeur de façon à ce qu'il puisse déposer sa demande et qu'elle soit examinée dans de bonnes conditions.

#### Etude sur l'altération des empreintes digitales

*21 personnes suivies entre 2010 et 2012*

Les personnes sont essentiellement de jeunes hommes (âge moyen 30 ans) pour la moitié issus de l'Afrique de l'Est (10/21), mais également d'Afrique centrale, d'Afrique de l'Ouest et d'Europe de l'Est. La moitié des personnes rapportent des manipulations de produits, ou une activité susceptible de rendre difficile la lecture des empreintes. Six personnes présentent une pulpite et 2 des brûlures superficielles. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une lésion volontaire, notamment celles parfois décrites par le ministère de l'Intérieur (amputation, application de colles, brûlures multiples et conséquentes).

Il ressort de l'étude que plusieurs causes d'altération des empreintes peuvent en fait expliquer les difficultés de saisie :

- l'activité professionnelle (manipulation de produits chimiques, travaux de bâtiment...),
- un terrain allergique,
- la présence de plicatures qui provoquent la rupture de la continuité des dermatoglyphes (sillons),
- une dyshidrose,
- un défaut d'expression génétique des dermatoglyphes baptisé par les dermatologues la « maladie de l'immigration retardée » (adermatoglyphie),
- enfin, les conditions de saisie (erreur de la machine, temps consacré à la saisie par l'agent préfectoral...) peuvent également entraîner une non lisibilité des empreintes digitales.

L'exigence par l'Ofpra de *certificats d'absence de mutilation sexuelle féminine* (« non-excision ») est dénoncée depuis plusieurs années par le Comede et les associations de la CFDA (voir *De la protection à la suspicion : l'exigence annuelle du certificat de non-excision*, <http://cfda.rezo.net/>). Les parents d'enfants menacés de telles mutilations peuvent théoriquement obtenir le statut de réfugié, mais sont beaucoup plus souvent sous le régime plus précaire de la protection subsidiaire. Pour être maintenus dans ce statut, l'Ofpra leur imposait jusqu'en 2017 de fournir chaque année un certificat d'absence de mutilations sexuelles féminines, afin de prouver qu'ils n'ont pas fait subir ces mutilations à leur enfant depuis qu'un titre de séjour leur a été octroyé. Discutable sur le plan du droit d'asile, l'exigence annuelle de tels certificats est dangereuse sur le plan psychique en imposant de manière répétée un examen médical particulièrement intrusif à des petites filles, puis à des adolescentes, ceci sans bénéfice médical attendu. Elle témoigne d'une logique paradoxale et discriminante à l'égard des parents d'enfants menacés d'excision, ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire : soupçonnés de faillir dans leur rôle protecteur à l'égard de leur enfant en ce qui concerne les mutilations sexuelles, alors même qu'une protection leur a été octroyée, ainsi qu'à leur enfant, pour leur permettre de tenir ce rôle. Enfin, elle place les médecins soignant en situation de contradiction déontologique face à cette demande qui relève du contrôle médical (Art. 100 CDM).

Sur ce point, les alertes des associations ont été partiellement prises en compte dans la dernière réforme du droit d'asile (Art. L752-3 du Cesda). Bien que maintenue, l'exigence de produire de tels certificats est espacée (*L'office doit observer un délai minimal de trois ans entre deux examens*). Et, en accord avec le Code de déontologie médicale, cette mission de contrôle médical est désormais confiée aux praticiens et services de médecine légale (Arrêté du 23 août 2017), rémunérés par l'Ofpra pour ces prestations.

## AUTRES DIFFICULTES D'ACCES AUX DROITS

Les étrangers en séjour précaire subissent d'autres pratiques restrictives de l'administration, comme les refus répétés d'accès à la carte de résident de dix ans pour des personnes résidant en France depuis de nombreuses années, l'impossibilité de se faire rejoindre en France par sa/son conjoint.e faute de remplir les conditions légales de ressources et de logement prévues par la procédure de regroupement familial, l'incompatibilité de l'état de santé et du handicap avec la fréquence des démarches à accomplir et les conditions d'accueil dans les préfectures, l'augmentation des taxes relatives à la délivrance et au renouvellement des titres de séjour, etc. Si la loi du 7 mars 2016 a prévu la délivrance « de plein droit » des cartes de résident de 10 ans pour les personnes en remplissant les conditions, les annonces du gouvernement en octobre 2017 font craindre une nouvelle dégradation des droits des étrangers à l'occasion de la prochaine réforme de l'Immigration.

En matière d'hébergement, on déplore la remise en cause généralisée du principe légal (dispositions du CASF) de l'inconditionnalité de l'accueil, l'accès à un hébergement d'urgence ou en CHRS n'étant pas conditionné par la loi à la régularité du séjour. Pour les personnes étrangères en situation irrégulière et/ou administrative précaire, on constate un affaiblissement face à ces mesures de la protection par les juges contre l'esprit même des textes garantissant l'inconditionnalité de l'accueil. Le Conseil d'Etat tend ainsi à considérer depuis l'été 2016 que, sauf circonstances exceptionnelles, le refus de faire bénéficier du principe de l'inconditionnalité de l'accueil les demandeurs d'asile déboutés et les personnes sous le coup d'une mesure d'éloignement ne saurait être censuré. Dans ce contexte, un nombre croissant de personnes en situation de grande vulnérabilité (voir Etat de santé page 71) se retrouvent sans abri, incluant des familles, enfants, femmes isolées et/ou enceintes, personnes âgées ou handicapées... Il faut alors faire des recours juridictionnels dits DALO/DAHO pour faire valoir ses droits à un



hébergement ou un logement, mais la reconnaissance des droits par les juges ne permet pas leur effectivité, la personne demeurant à la rue ou en situation d'hébergement précaire.

d'origine ou leur ancien Etat de résidence au sein de l'Union européenne ■

En matière de domiciliation, le cadre légal et réglementaire a été amélioré (voir notamment l'instruction DGCS du 10 juin 2016), à l'exception d'un recul important avec le refus de faire bénéficier les demandeurs d'asile de l'accès au dispositif de domiciliation de droit commun (ils sont renvoyés de manière exclusive vers la domiciliation dite asile, dont l'accès ne leur est pourtant pas toujours garanti). En pratique, il existe toujours des obstacles majeurs à l'accès aux droits des personnes sans domicile stable :

- avec la persistance des difficultés à accéder à une domiciliation de droit commun auprès de nombreux CCAS ;
- et le refus, notamment des préfetures, de reconnaître la validité de ces attestations de domiciliation, ayant conduit à une réclamation inter-associative auprès du Défenseur des droits.

Parmi les nombreuses autres atteintes aux droits, on note en particulier :

- la sous-dotation des moyens de protection des Mineurs isolés étrangers (« Mineurs non accompagnés »), notamment par un engorgement de la procédure de « mise à l'abri » rendue obligatoire avant la mesure de placement à l'ASE, cette situation conduisant à maintenir les jeunes sans ressources, sans hébergement et sans protection (voir page 70) ;
- la multiplication des décisions d'interruption de versements des prestations (RSA, prestations familiales, AAH) en l'absence de réponses aux demandes, souvent abusives, de justifier des documents d'état-civil permettant l'attribution d'un numéro définitif d'immatriculation à la sécurité sociale (dit NIR) ;
- les entraves à l'accès aux droits sociaux des citoyens de l'Union européenne et des membres de leur famille, notamment par une appréciation restrictive des conditions de leur droit au séjour en France et/ou par un renvoi illégal de leur prise en charge par leur pays

## CONTACTER LE COMEDE

[www.comede.org](http://www.comede.org) - 01 45 21 39 32

*mise à jour 1<sup>er</sup> septembre 2017*

### PERMANENCES TELEPHONIQUES NATIONALES

- **Permanence téléphonique socio-juridique** : 01 45 21 63 12 du lundi au vendredi 9h30-12h30  
Soutien et expertise pour l'accès aux soins, aux procédures d'obtention d'une protection maladie, aux dispositifs de droit au séjour pour raison médicale, et aux autres prestations liées à l'état de santé des étrangers.
- **Permanence téléphonique médicale** : 01 45 21 38 93, du lundi au vendredi, 14h30 - 17h30  
Soutien et expertise relatifs aux soins médicaux, à la prévention, aux bilans de santé, et aux aspects médico-juridiques pour le droit des étrangers.
- **Permanence téléphonique santé mentale** : 01 45 21 39 31, mardi et jeudi, 14h30 - 17h30  
Soutien et expertise pour l'orientation et l'accès aux soins en santé mentale. Information et partage d'expérience sur les questions relatives à la clinique de l'exil et au droit au séjour pour raison médicale.

### CENTRE DE SANTE À L'HOPITAL BICETRE (94)

Consultations médicales, gynécologiques, infirmières, éducation thérapeutique, vaccinations, psychothérapeutiques, ostéopathiques et socio-juridiques, avec interprète, du lundi au vendredi (sauf le jeudi matin). Prise de rendez-vous à partir de 13h30, tél : 01 45 21 38 40. Et pour les personnes déjà suivies au Centre de santé, Suivi médical 01 45 21 39 59 lundi 14h30-17h30, mardi 9h30 12h30, mercredi 14h30-17h30, jeudi 14h30-17h30, vendredi 9h30-12h30

### ESPACE SANTE DROIT AVEC LA CIMADE A L'HOPITAL AVICENNE (93)

Soutien et expertise sur les questions de droit au séjour pour raison médicale, d'accès aux soins et de prestations sociales liées à l'état de santé des étrangers résidant en Ile de France. Permanence téléphonique et prise de rendez-vous pour des consultations socio-juridiques et évaluation médico-juridique : 01 43 52 69 55, mercredi 09h30 – 12h30 et 15h-17h30, vendredi 09h30 – 12h30.

### CENTRE DE FORMATION, 01 45 21 39 32 et [contact@comede.org](mailto:contact@comede.org)

Animées par les professionnels du Comede, les formations portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers. Stages nationaux et formations sur site à la demande.

**GUIDE COMEDE ET LIVRETS BILINGUES** Diffusion gratuite par l'Inpes, service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, par Fax 01 49 33 23 91, ou par mail [edif@inpes.sante.fr](mailto:edif@inpes.sante.fr)

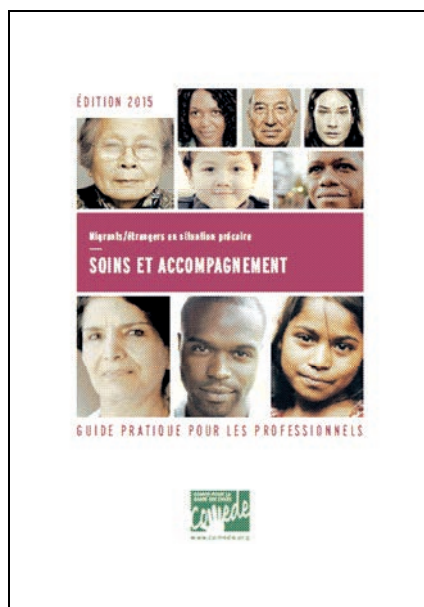
#### GUIDE COMEDE 2015 :

édition papier et informatique, 540 pages.

#### REVUE MAUX D'EXIL, 4 numéros par an.

Abonnement gratuit et frais de diffusion pris en charge par le Comede. Abonnement et annulation par mail à [contact@comede.org](mailto:contact@comede.org) indiquant vos noms, activités, et adresses.

**RAPPORTS ANNUELS D'OBSERVATION ET D'ACTIVITE**, disponibles en version papier et informatique, [contact@comede.org](mailto:contact@comede.org)



## Dispositifs d'intervention et d'observation



**Comede PACA à  
Marseille**  
300 personnes  
1500 appelants

**Centre de santé à Bicêtre**  
3 000 patients

**Centre-ressource  
et Observatoire**

**Espace santé droit  
à Avicenne**  
300 personnes  
1500 appelants

**Comede Loire  
à Saint-Etienne**

**Permanences téléphoniques  
nationales et régionales**  
5 000 appelants

**Comede Guyane  
à Cayenne**

## Notes méthodologiques

▪ **Recueil de données.** Les données présentées et analysées dans ce rapport (voir indicateurs d'observation page 28) sont saisies directement par les intervenants au moyen d'une base de données développée par le Comede. Après correction des erreurs de saisie et élimination des doublons, les résultats présentés dans ce rapport sont issus d'une analyse descriptive. Lorsque les différences observées sont statistiquement significatives (test du Chi 2), le degré de probabilité indiqué (p) correspond à la probabilité que la différence observée soit due au hasard (p=0,05 signifie qu'il y a 5% de « chances » que le hasard « seul » explique cette différence).

▪ **Présentation des résultats.** Les résultats en pourcentages indiqués dans le texte et les différents tableaux sont calculés par rapport aux seules situations caractérisées, puis rapportés à l'ensemble du groupe observé. Les pourcentages présentés dans le texte et les différents tableaux sont systématiquement arrondis aux nombres entiers correspondants. Pour cette raison, certains totaux peuvent varier de 99% à 101%.

▪ **Calcul des files actives des bénéficiaires.** Les personnes suivies dans les lieux d'accueil du Comede se voient attribuer un numéro unique de dossier, qui permet de déterminer la file active exacte du dispositif (nombre de personnes ayant été reçues au moins une fois sur la période). Ce n'est pas le cas pour les bénéficiaires des permanences téléphoniques, dont la file active doit être estimée. Les répondants téléphoniques notent pour chaque appel si la situation a déjà fait l'objet d'un précédent accompagnement (« suites d'appel » dans 20% des cas entre 2014 et 2017). L'année du premier appel n'étant pas connue (année en cours ou antérieure), la part de ces « suites d'appels » doit être estimée au sein de la file active globale des bénéficiaires. On évalue à la moitié d'entre eux ceux dont le 1<sup>er</sup> appel avait eu lieu avant l'année en cours, ce qui correspond par ailleurs au taux (10%) de réponses sans caractérisation d'un bénéficiaire direct (conseils aux professionnels dans tel ou tel type de situation). Ces deux évaluations se compensant, on peut estimer que la file active globale correspond au nombre de nouveaux appels sur l'année. Enfin, certains appels comportant au moins une donnée démographique manquante (sexe, âge ou nationalité), il faut recruter le nombre correspondant en fin d'année précédente pour avoir un échantillon entièrement caractérisé.

▪ **Répartition géopolitique des régions d'origine.** La répartition utilisée au Comede est fondée sur une catégorisation corrélée aux causes de l'exil et aux flux d'exilés vers l'Europe de l'Ouest et la France. Ainsi, au-delà des répartitions géographiques classiques :

- l'Afrique centrale inclut l'Angola (une majorité d'exilés sont originaires des régions frontalières du Congo RD et de l'enclave de Cabinda) ainsi que le Rwanda et le Burundi (compte-tenu des interactions géopolitiques avec le Congo RD) ;
- l'Afrique de l'Ouest inclut la Mauritanie, dont les exilés en France sont très majoritairement issus des populations frontalières du Sénégal et du Mali ;
- les Caraïbes sont individualisées au sein des Amériques compte-tenu de leur poids particulier dans les départements français d'Amérique et dans l'hexagone, elles incluent le Guyana, le Surinam et les Etats d'Amérique centrale également membres de l'Association des Etats de la Caraïbe ;
- l'Europe de l'Ouest comprend les 28 membres de l'Union Européenne, ainsi que l'Islande, la Norvège, le Liechtenstein (Espace économique européen), et la Suisse (Association européenne de libre échange), ses ressortissants bénéficiant d'une protection en matière de droit au séjour en France ;
- l'Europe de l'Est : les autres membres du Conseil de l'Europe (inclut la Fédération de Russie et la Turquie) et Biélorussie.









Hôpital de Bicêtre  
78 rue du Général Leclerc  
94270 Le Kremlin Bicêtre  
[www.comede.org](http://www.comede.org)

**Pour soutenir  
les actions du Comede :**

- Envoyez vos dons par **chèque** à l'ordre de *Association Le Comede*, Hôpital de Bicêtre, 78 rue du Général Leclerc 94270 Le Kremlin Bicêtre.  
Vous recevrez en retour un reçu fiscal pour l'année en cours.
- Ou utilisez le **télépaiement** sur le site **[www.comede.org](http://www.comede.org)**, pour un don **ponctuel ou régulier**.

**Les activités du Comede sont soutenues par des donateurs privés et par :**

- L'assistance publique des hôpitaux de Paris et les hôpitaux de Bicêtre et d'Avicenne
- Le ministère des Affaires sociales et de la Santé, Direction générale de la santé (DGS) et Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
- Le ministère de l'Intérieur, Service de l'Asile et Direction de l'accueil, de l'accompagnement des étrangers et de la nationalité (DAAEN)
- Le ministère de la Ville, de la Jeunesse et des sports, Fonds pour le développement de la vie associative
- L'Agence nationale de santé publique – Santé publique France
- Le Commissariat général à l'égalité des territoires
- Le Sénat et l'Assemblée nationale réserve parlementaire (voir liste sur le site du Comede)
- Le Fonds européen asile, migration et intégration
- Les Agences régionales de santé d'Île-de-France, de Provence-Alpes-Côte d'Azur et de Guyane
- La Direction régionale de la Jeunesse, des sports et de la cohésion sociale IDF
- Le Conseil régional d'Île-de-France, Fonds régional pour le développement de la vie associative
- Le Conseil départemental du Val-de-Marne, Direction départementale de la cohésion sociale
- La Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF)
- La Caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne
- La Caisse de Sécurité sociale de Guyane
- La ville du Kremlin Bicêtre
- Sidaction, Ensemble contre le Sida
- La Fondation de France, la Fondation Abbé Pierre, La Fondation Sanofi Espoir, le Fonds transmission et fraternité
- Aides, le Barreau de Paris, le Secours catholique