

# La Santé *des exilés*

**RAPPORT  
D'ACTIVITÉ ET  
D'OBSERVATION  
2005**

**COMITÉ MÉDICAL  
POUR LES EXILÉS**

*comede*

# Table des matières

Le Comede	2
Glossaire	4

## SYNTHESE

La santé des exilés et le Comede en 2005	5
------------------------------------------	---

## OBSERVATION

Population : les exilés usagers du Comede	9
Epidémiologie, bilan de santé et prévention	13
Accès aux soins et à la protection maladie	19
Droit de la santé et expertise médico-juridique	25

## ACTIVITE

Le Centre de santé : accueil et soins	31
Le Centre-ressources : information et formation	35
L'Association : gestion et perspectives	41

## ANNEXES

Patients	43
Consultations	45
Prévention	46
Information	47
Formation	48

## ENCADRES, FIGURES ET TABLEAUX

La demande d'asile dans les pays industrialisés	5
Principaux indicateurs d'activité du Comede	8
Domiciliation des exilés usagers du Comede	9
Origine géographique des étrangers et exilés en France	11
La demande d'asile en France	12
Antécédents de violence et de torture	13, 14
Bilan de santé proposé au Comede	15
Taux de prévalence observés au Comede par nationalité	17
Epidémiologie comparative dans le monde et en France	18
Typologie des obstacles à l'accès aux soins	21
Effectifs de la CMU.C et de l'AME en France	22
La délivrance de CST pour raison médicale en France	26
Evolution du taux d'accord entre 1999 et 2005	27
Taux d'accord par affection, selon la procédure et la nationalité	28, 29
Principaux partenariats associatifs du Comede	40
Compte de résultat	42
Evolution des produits sur les 7 dernières années	42

# Le Comede

## L'ÉQUIPE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

- **Président** : Didier Fassin (Médecin, Professeur d'Anthropologie et de Sociologie)
- **Vice-Présidents** : Patrick August (Direction de collectivités territoriales et d'associations), Patrick Lamour (Médecin de Santé publique)
- **Trésorier** : Jean-Claude Baboulaz (Ingénieur, Contrôleur de Gestion)
- **Secrétaire** : Christophe David (Journaliste)
- **Membres** : Yann Bourgueil (Médecin de Santé publique), Alain Bourguignat (Médecin praticien), Gabrielle Buisson-Touboul (Présidente d'honneur, Médecin praticien), Catherine Donnars (Ingénieur agronome), Jean-Yves Fatras (Président d'honneur, Médecin de Santé publique), Laurent Goislard (Infirmier de Santé publique), et José Polo Devoto (Médecin praticien)

## L'ÉQUIPE DU CENTRE

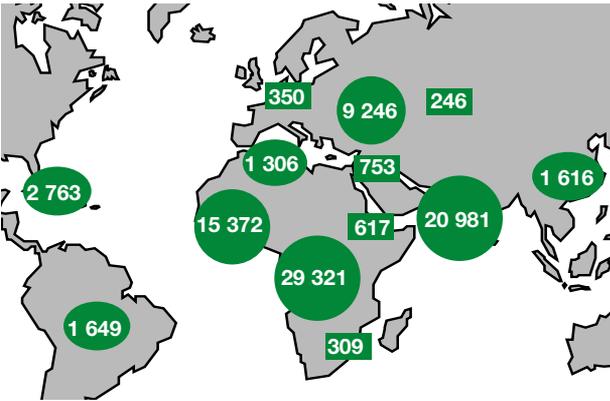
- **Directeur** : Arnaud Veïsse
- **Directeur adjoint** : Philip Aïdan
- **Responsable financière et administrative** : Catherine Jollet
- **Médecins chargés du Suivi médical** : Françoise Fleury, Olivier Lefebvre, Reem Mansour
- **Responsable du Service social et Chargé de la formation** : Didier Maille
- **Cadre infirmier** : Guy Delbecchi
- **Secrétaire de direction** : Claire Katembwe
- **Professionnels** : Rose Adu (*Personnel d'entretien*), Monique Aujay (*Assistante sociale*), Assane Aw (*Personnel d'accueil*), Serge Baux (*Chirurgien*), Carole Chazoule (*Personnel administratif*), Youri Courrège (*Assistant social*), Geneviève Cousin (*Pharmacienne*), Isabelle Erangah-Ipendo (*Psychologue*), Guy de Gontaut (*Personnel d'accueil*), Mustapha Haloui (*Médecin*), Annaïck Jibard (*Médecin*), Yona Jusid (*Personnel administratif*), Marie Koechlin (*Médecin*), Yacine Lamarche-Vadel (*Médecin*), Marie Larger (*Diététicienne*), Sandrine Lebreton (*Médecin*), Monili Lumoni (*Personnel d'entretien*), Veronica Lipinski (*Médecin*), Etsianat Ondongh-Essalt (*Psychologue*), Barbara Pellegrini-Guegnault (*Médecin*), Omega Rafiringa (*Médecin*), Florence Rouleau-Favre (*Infirmière*), Rosa Sadaoui (*Personnel d'accueil*), Vincent Souchier (*Médecin*), Pierre Szilagyi (*Médecin*), Marcel Ventura (*Psychologue*), Khaldia Vescovacci (*Médecin*)

**Depuis sa création en 1979, le Comede travaille à la promotion de la santé des exilés. En 27 ans, l'accueil et la prise en charge médico-psychosociale de 84 000 patients de 130 nationalités ont fait du Comede un poste d'observation unique de la santé des exilés en France. Les activités du Centre de santé (accueil, soins et soutien) et du Centre-ressources du Comede (information, formation et recherche) sont indissociables pour répondre aux objectifs de l'association.**

Lorsqu'ils fondent le Comede, les intervenants d'Amnesty International, de la Cimade et du Groupe accueil solidarité 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 pendant la longue période d'examen de leur demande d'asile. Les premières années, le travail de deuil et de reconstruction peut s'appuyer sur les perspectives d'une vie nouvelle offerte par l'application effective de la Convention de Genève. Avec 20 770 cartes de réfugiés délivrées en 1980, l'Oïpra atteint à l'époque un nombre record qui ne sera plus égalé jusqu'à nos jours, alors même que le nombre d'exilés dans le monde ne cesse de croître. Depuis 30 ans, dans un contexte économique difficile, la crise de l'hospitalité à l'égard des exilés a entraîné une succession de réforme du droit d'asile et du droit au séjour des étrangers conduisant à préciser toujours davantage leur statut administratif en France. Les demandeurs d'asile basculent dans la plus grande précarité en 1991, lors de la suppression de l'autorisation de travail par une circulaire gouvernementale. Depuis lors, les effets psychosociaux délétères 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 d'accueil et de soins gratuits : l'écoute, les soins médicaux, infirmiers, psychologiques et sociaux, permettent de soulager les maux des exilés dans les périodes les plus difficiles. Avec la réforme de l'aide médicale de 1992, le Comede a développé des activités d'expertise et d'intervention en matière d'accès aux soins et à la protection maladie, pour favoriser la continuité des soins et le libre choix de son médecin par le malade. Mais l'exclusion des soins a

# Comité médical pour les exilés

## Nationalité des Patients du Comede (1979-2005)



*continué de sévir parmi les déboutés et sans-papiers, exclus de la sécurité sociale en 1993, de la couverture maladie « universelle » en 1999, et enfin, pour certaines périodes, de l'Aide médicale Etat résiduelle en 2003, année où le droit au séjour pour raison médicale est entré à son tour en crise.*

*Devant la fermeture du droit d'asile et du droit au séjour, les exilés malades sont en effet amenés de plus en plus souvent à « faire valoir » leur état pathologique pour pouvoir vivre normalement. Et la perception médiatique croissante d'un exil « thérapeutique » tend à provoquer le même rejet que celle, déjà ancienne, d'un exil « économique ». Découverte dans la plupart des cas lors d'un bilan de santé pratiqué en France, la maladie chronique représente un nouveau traumatisme, surtout lorsqu'il peut s'agir d'une conséquence des violences subies au pays. Ces multiples facteurs de vulnérabilité des exilés, associés à une grande diversité d'origine et de langue, doivent être pris en compte dans la prise en charge médicale, psychologique, sociale ou juridique proposée par les intervenants sollicités. Dans ce contexte, les activités de Centre-ressources du Comede sont en progression constante. Le succès qu'a connu le Guide 2005, édité en partenariat avec l'Inpes et la DGS et commandé à 30 000 exemplaires en France, témoigne de l'attente et de la mobilisation des acteurs de la santé en faveur des exilés ■*

## LES SERVICES DU COMEDE

### ■ Consultations au Centre de santé, Hôpital de Bicêtre, Pavillon La Force, Porte n°7 :

Consultations en 20 langues, Médecine générale (sans-rendez-vous pour la première consultation), Service infirmier, Service social, Psychothérapie, Bilans de santé en partenariat avec les laboratoires de la Dases de Paris.

### ■ Guide Comede destiné aux professionnels, édité avec le concours de la DGS et de l'Inpes :

Consultable sur [www.comede.org](http://www.comede.org)

Commandes auprès de l'Inpes (diffusion gratuite) : Par Fax au 01 49 33 23 91

Par courrier : Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex

### ■ Formations ☎ 01 45 21 38 25 :

Animées par les consultants du Centre de santé, les formations du Comede portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers.

### ■ Permanence téléphonique du Suivi médical ☎ 01 45 21 39 59 :

Sur les questions relatives aux soins médico-psychologiques, prévention, bilans de santé et certification médicale pour la demande d'asile ou le droit au séjour.

### ■ Permanence téléphonique de l'Accès aux soins ☎ 01 45 21 63 12 :

Sur les questions relatives à l'accès aux soins, conditions d'accès aux dispositifs de santé et procédures d'obtention d'une protection maladie (sécurité sociale, CMU, AME).

### ■ Maux d'exil, la lettre du Comede aux membres du réseau (4 numéros par an) :

Consultable sur [www.comede.org](http://www.comede.org).

Abonnement par mail à [contact@comede.org](mailto:contact@comede.org)

L'abonnement est gratuit et les frais de diffusion sont pris en charge par le Comede.

### ■ Livret de santé bilingue en 23 langues, destiné aux migrants/étrangers, édité en partenariat avec la DGS et l'Inpes, à paraître.

Commandes auprès de l'Inpes (diffusion gratuite) :

Par Fax au 01 49 33 23 91

Par courrier : Inpes, Service diffusion,

42 bd de la Libération

93203 Saint-Denis Cedex

# Glossaire

AME	Aide médicale Etat
ANAEM	Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations
ANAFE	Assistance nationale aux frontières pour les étrangers
ANRS	Agence nationale de recherche pour le sida et les hépatites virales
APS	Autorisation provisoire de séjour
ASE	Aide sociale à l'enfance
CADA	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
CFDA	Coordination française du droit d'asile
CIMADE	Service oecuménique d'entraide
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	CMU Complémentaire
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CPAM	Caisse départementale de l'assurance maladie
CRR	Commission des recours des réfugiés
CSS	Centre de sécurité sociale
CST	Carte de séjour temporaire
DASES	Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de Paris
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGS	Direction générale de la santé
DFA	Départements français d'Amérique
DOM	Départements d'Outre-Mer
DPM	Direction de la population et des migrations
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EMDH	Enfants du monde - droits de l'homme
ETP	Equivalent temps plein
FTDA	France terre d'asile
GISTI	Groupe d'information et de soutien aux immigrés
GRAF	Groupe asile femmes
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
ISM	Inter service migrants Interprétariat
MDM	Médecins du monde
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
MSF	Médecins sans frontières
ODSE	Observatoire du droit à la santé des étrangers
OFPPRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
TRT5	Traitements et recherche thérapeutique
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine (Sida)
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
- File active : nombre de patients ayant consulté au moins une fois sur l'année
- Nouveaux patients : patients ayant consulté pour la première fois sur l'année
- PAS ou Patients à suivre : patients vulnérables et/ou atteints d'affection grave
- Prévalence : fréquence d'un phénomène dans une population donnée
- $p < 0,001$  ; différence très significative
- SAS : groupe du Comede destiné à l'accès aux soins et à la protection maladie
- Suivi médical : service du Comede destiné à la continuité des soins et à l'information médicale



## La santé des exilés et le Comede en 2005

**En 2005 comme les années précédentes, plusieurs milliers de personnes sont décédées sur les routes de l'exil.** Selon les différentes sources citées par Picum (Platform for international cooperation on undocumented migrants), on estime notamment que 2 000 personnes se sont noyées en Mer Méditerranée en essayant de rejoindre l'Europe depuis l'Afrique, alors que l'actualité a également rapporté des décès par balle à la frontière de Ceuta. Pour commenter le nombre de 3 600 morts depuis 1995 dans le désert frontalier entre les Etats-Unis et le Mexique, le politologue mexicain Sergio Agauyo propose cette comparaison : au cours des 28 ans d'existence du Mur de Berlin, 192 Allemands ont péri dans leur tentative de franchir le mur.

**Parmi ces exilés économiques prêts à perdre leur vie pour la gagner, les demandeurs d'asile furent également des conflits et des ruptures multiples.** Les exilés politiques n'ont pas choisi les conditions de leur départ, ils ignorent ce que sont devenus leurs proches dans la fuite, ils ressentent cette douloureuse culpabilité d'avoir sauvé leur vie quand d'autres sont restés. Associé à la perte de l'identité familiale, sociale,

professionnelle, et des repères culturels et affectifs, l'exil représente en lui-même le plus fréquent des traumatismes dont souffrent les demandeurs d'asile et les réfugiés, auquel s'ajoute souvent le traumatisme des violences et de la torture. En 2005, la moitié des patients du Comede ont eu à subir la violence politique dans leur pays d'origine, et un quart ont survécu à la torture.

**La torture constitue une pratique systématique dans la moitié des pays du monde.** Dans l'observation 2005 du Comede, les antécédents de torture sont plus fréquents parmi les Sri-Lankais (47%), Soudanais et Camerounais (37%), Guinéens et Indiens (33%), Mauritanais et Turcs (24%), et Congolais (RDC 22%, RC 20%). Pour ces patients, il est souvent difficile de relater dès la première consultation les persécutions et sévices qu'ils ont réussi à fuir. Accueillis parmi l'ensemble des patients du Centre, les survivants de la torture relèvent souvent d'une prise en charge pluridisciplinaire, pour laquelle le Comede est soutenu par le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture (ONU).

### La demande d'asile dans les pays industrialisés en 2005

(Source : Haut Commissariat aux Réfugiés, mars 2006)

Dans les 50 pays industrialisés, les demandes d'asile ont fait en 2005 une chute spectaculaire pour la quatrième année consécutive, atteignant leur niveau le plus bas depuis presque deux décennies. Depuis 2001, les demandes d'asile y ont baissé de 49%. En 2005, 336 000 demandes d'asile ont été déposées, soit 15% de moins qu'en 2004. Dans toute l'Europe, le nombre des demandeurs d'asile est au plus bas depuis 1988. Les demandeurs d'asile sont principalement originaires de Serbie-et-Monténégro/Kosovo, de Russie/Tchéquie, de Chine, d'Irak et de Turquie.

« Ces chiffres démontrent que le discours qui prévaut dans les pays industrialisés sur l'augmentation des problèmes liés à l'asile ne reflète pas la réalité », a déclaré le Haut Commissaire des Nations Unies pour les Réfugiés, António Guterres. « En effet, les pays industrialisés devraient se demander si, en imposant des restrictions encore plus sévères sur les demandeurs d'asile, ils ne ferment pas la porte à des hommes, des femmes et des enfants qui fuient les persécutions. Malgré la perception qu'en a l'opinion publique, la majorité des réfugiés du monde continuent d'être accueillis par des pays en voie de développement, comme la Tanzanie, l'Iran et le Pakistan ».

En dépit d'une diminution de 15% par rapport à 2004, la France reste le pays qui a reçu le plus de demandes d'asile en 2005, soit environ 50 000 nouveaux cas. Toutefois, lorsque l'on compare le nombre de demandeurs d'asile à la population totale des pays d'accueil, un tout autre tableau apparaît. Les premiers pays d'accueil sont Chypre (30 demandeurs d'asile pour 1000 habitants depuis 5 ans), l'Autriche (18), la Suède (14), la Norvège et la Suisse (13), alors que le Royaume-Uni (5,5), la France (4,7), et l'Allemagne (3,3) se révèlent nettement moins « accueillantes ».

### DE L'EXIL À L'EXCLUSION

**Outre l'exil et parfois la torture, les réfugiés doivent affronter l'exclusion qui résulte de la détérioration progressive du droit d'asile.** A la frontière, les multiples entraves à l'entrée des demandeurs d'asile sur le territoire sont régulièrement dénoncées par l'Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers (cf ANAFE page 40). Exclue du dispositif national d'accueil en raison de la limitation des places dans les CADA, la grande majorité des demandeurs d'asile vit dans la plus grande précarité, sans autorisation de travail pour subvenir à leurs propres besoins. Lorsque la solidarité provisoirement offerte par des compatriotes rencontrés au hasard des démarches vient à manquer, ces exilés « sans-domicile-fixe » deviennent des « sans-abris ». La détérioration des conditions d'accueil réservées aux demandeurs d'asile occupe une part importante des activités de la Coordination française pour le droit d'asile (cf CFDA page 40).

**Comme prévu, la dernière réforme de l'asile s'est traduite depuis 2 ans par la diminution de la protection juridique offerte aux réfugiés.** Sans ressources et le plus souvent sans hébergement, la réduction du délai de 1 mois à 21 jours pour rédiger puis traduire le récit des persécutions subies, et la suppression de la domiciliation administrative, ont les conséquences les plus graves pour de nombreux exilés exclus de la reconnaissance du statut de réfugié sans examen de leur demande. Avec la multiplication des procédures « prioritaires » sans titre de séjour, cette précarisation supplémentaire a pour conséquence une succession chaotique de périodes de séjour régulier et irrégulier, laquelle entraîne des blocages pour le versement de l'allocation d'insertion ou l'ouverture des droits à la sécurité sociale. En l'absence de soutien juridique pour les demandeurs d'asile isolés et exclus de l'aide juridictionnelle en raison d'une entrée « irrégulière » sur le territoire, le taux de reconnaissance du statut de réfugié est 5 fois plus faible que pour les demandeurs hébergés en CADA.

Pour ces exilés précarisés, l'exclusion des soins

s'est aggravée depuis 2 ans, suite à l'application de la dernière réforme de l'Aide médicale Etat. Votée en décembre 2003 en dépit de toute logique économique comme de santé publique, l'introduction d'un délai de 3 mois de résidence et la suppression de la procédure d'admission immédiate à l'Aide médicale s'est traduite par des périodes d'exclusion « légale » des soins médicaux pourtant nécessaires à prévenir l'aggravation de l'état de santé. Quant à la réforme législative de décembre 2002 instaurant un ticket modérateur (paiement des soins par les étrangers démunis en séjour irrégulier), elle reste heureusement suspendue par le gouvernement depuis maintenant trois ans, le décret d'application n'ayant pas été publié.

**Pour les demandeurs d'asile en cours de procédure « normale » et les autres étrangers en situation précaire, le droit systématique au régime de base de l'assurance maladie et à la complémentaire CMU devrait leur épargner l'exclusion des soins.** Mais, en raison de la complexité de la réglementation et à sa méconnaissance par de nombreux agents de la Sécurité sociale, il reste nécessaire d'intervenir fréquemment face à des refus illégaux à toutes les étapes de la procédure pour permettre la continuité des soins. Certaines circulaires illégales de la CNAM ont en outre nécessité plusieurs interventions institutionnelles du Comede pour permettre in fine l'application de la loi sur l'accès à la protection maladie. Mais l'accès aux soins ne se résume pas à l'accès aux droits, et notamment parce que la CMU et l'AME ne permettent pas d'obtenir des prestations aussi indispensables que l'interprétariat ou la psychothérapie. Il tient aussi à la qualité de l'accueil dans les lieux de soins.

### XÉNOPHOBIE ET SUSPICION

**Dans un climat d'inhospitalité croissante à l'égard des exilés, dont le concept « d'immigration subie » représente la figure de proue, la xénophobie et le racisme sont en pleine progression.** Pour 2005, la CNCDH (Commission nationale consultative des droits de l'Homme) s'inquiète de l'augmentation du

pourcentage de personnes qui s'avouent racistes [un tiers des personnes interrogées diraient d'elles-mêmes qu'elles sont racistes et deux tiers estiment personnellement que « certains comportements peuvent justifier des réactions racistes »], ainsi qu'une radicalisation des opinions hostiles aux étrangers. Dans l'enquête conduite par la CNCDH, 55% des personnes interrogées estiment que le nombre d'étrangers est « trop important », pourcentage en hausse de 9 points par rapport à 2004.

**L'exclusion des exilés prospère également dans un climat de suspicion généralisée à leur rencontre.** Déjà soupçonnés de rechercher dans l'exil un bénéfice économique indû, les ressortissants des pays les plus pauvres se trouvent désormais soupçonnés d'un exil « thérapeutique » dès lors qu'ils sont malades. La confusion croissante dans le discours public entre le droit au séjour pour raison médicale et une « immigration thérapeutique » qui reste exceptionnelle entraîne la restriction du droit au séjour après celle du droit d'asile pour de nombreux exilés, au premier rang desquels les Africains, moins souvent hébergés en CADA, moins souvent reconnus réfugiés, plus souvent exclus du droit au séjour pour raison médicale que les autres, dans des situations pourtant comparables.

**Après avoir chuté de moitié depuis 2003 dans l'observation du Comede,** le taux d'accord face aux demandes de cartes de séjour pour raison médicale s'est stabilisé en 2005. De nombreux avis négatifs émis par les médecins de l'Administration à l'encontre de personnes atteintes d'une affection grave et qui ne peuvent « effectivement » bénéficier des soins nécessaires dans leur pays, conduisent à la multiplication des recours contentieux qui restent majoritairement favorables aux malades en 2005. En outre, les pratiques illégales observées dans certaines préfectures nécessitent des interventions quotidiennes des associations membres de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (cf ODSE page 40). Un temps menacé d'abrogation par l'actuel projet de nouvelle réforme du Ceseda (Code de l'entrée, du séjour des étrangers et du droit d'asile), le droit au séjour pour raison

médicale risque de voir son application restreinte face à la progression prévisible des demandes, pour des étrangers malades de plus en plus souvent exclus des autres voies de reconnaissance du droit d'asile et du droit au séjour.

**Parmi les multiples causes d'altération de la santé des exilés, la maladie reste au premier plan pour ceux qui souffrent d'affection grave.**

Psycho-traumatismes, maladies infectieuses et maladies chroniques restent les trois principaux groupes pathologiques pour les exilés en 2005. Accessibles au dépistage précoce lorsqu'un bilan de santé adapté est pratiqué, ces affections sont rarement connues depuis le pays d'origine (Infection à VIH 5%, hépatite B 6%), même si certaines maladies chroniques le sont plus souvent (diabète 49%, asthme 64%). Sous-dépistés dans la pratique par de nombreux dispositifs de soins, les exilés concernés devront attendre les manifestations cliniques de la maladie pour consulter à nouveau, parfois plusieurs années plus tard, sans avoir pu bénéficier de la prise en charge médicale destinée à ralentir l'évolution et prévenir les complications graves.

## LE COMEDE EN 2005

**Dans ce contexte, la demande de soins de la part des exilés recouvre très souvent une demande de relation, de réparation et de reconnaissance.** La névrose traumatique représente l'affection la plus répandue parmi les nouveaux arrivants, alors qu'un syndrome dépressif est plus fréquent chez les personnes sans-papiers depuis plusieurs années. La plupart des autres maladies observées relèvent du domaine de la médecine générale, en dehors de certaines particularités épidémiologiques liées à la région d'origine. Le bilan de santé permet de faire le point sur le corps maltraité par les persécutions, et les patients sont alors rassurés par l'absence de maladie grave. Lorsque le traumatisme est important, il arrive que le patient accueille douloureusement l'annonce de résultats « normaux », ce qui ouvre généralement la voie à la psychothérapie. Mais le bilan de santé conduit

## SYNTHÈSE

aussi le médecin à annoncer de mauvaises nouvelles. En premier lieu, la maladie grave ou chronique : devoir prendre en charge un diabète ou une hépatite chronique complique encore les perspectives de survie, en France comme au pays d'origine. Et malgré les progrès thérapeutiques, la découverte du VIH reste un traumatisme majeur, surtout lorsqu'il peut s'agir d'une conséquence des violences subies.

**Dans ce contexte de violence et de vulnérabilité multiple, les intervenants en Santé/Social doivent faire preuve d'un grand professionnalisme**, associant compétence technique, repères déontologiques et connaissances juridiques, afin d'élaborer les compromis les moins nocifs, dans une relation d'aide qui suppose que l'aidé reste le sujet de sa demande et l'acteur principal de son évolution.

**Malgré un contexte financier délicat, le Comede a pu poursuivre en 2005 ses actions de promotion de la santé des exilés en France.**

Le succès du Guide Comede édité en partenariat avec l'Inpes et la DGS (27 043 utilisateurs début 2006), a entraîné le développement des actions d'information et de formation du Centre-ressources pour les professionnels en santé social exerçant dans les principales régions d'accueil des exilés. Pour le Centre de santé (5 027 patients de 88 nationalités accueillis en 2005), la priorité est restée au développement des services et prestations spécialisées pour les patients les plus vulnérables (interprétariat et service socio-juridique). Dans une période sombre pour l'accueil des exilés dans notre pays, le Comede doit continuer à conjuguer l'engagement militant et la rigueur professionnelle exigés par les statuts de l'association. ■

### Principaux indicateurs d'activité du Comede en 2005

#### ACTIVITÉS DU CENTRE-RESSOURCES

27 043 utilisateurs du Guide Comede 2005 et 4 142 lecteurs de Maux d'exil

- 2 472 appels traités dans les permanences du Suivi médical et du Suivi de l'accès aux soins
- 21 interventions publiques, 22 publications spécialisées et 19 211 nouveaux Guides diffusés
- 38 sessions de formation professionnelle et 5 séances d'enseignement universitaire

#### CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE

- 2 809 bilans de santé pour des nouveaux patients
- 1 594 patients à suivre pour affection grave
- 174 consultations d'éducation pour la santé

#### PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE

- 5 092 consultations médicales et infirmières gratuites
- 3 265 demandes de protection maladie
- 1 221 délivrances gratuites de médicaments

#### CENTRE D'EXPERTISE EN DROIT DE LA SANTE

- 653 certificats médicaux pour la demande d'asile
- 234 dossiers de séjour pour raison médicale
- 48 recours contentieux pour le droit au séjour

#### ACTIVITÉS DU CENTRE DE SANTE

Prise en charge médico-psycho-sociale pour 5 027 patients de 88 nationalités

- Accueil de 3 266 nouveaux patients
- 1 758 consultations de Service social
- 8 359 consultations de médecine générale
- 874 entretiens de psychothérapie
- 4 361 consultations infirmières et de santé publique
- 1 229 consultations avec interprète



## Population : les exilés usagers du Comede

(Indicateurs pages 43 et 44)

En 2005, les services du Comede ont profité directement à 6 353 exilés, par le biais des consultations pour les patients du Centre de santé ou des permanences téléphoniques pour les usagers du Centre-Ressources. La file active du Centre de santé est estimée à 5 027 patients pour 2005, dont 4 757 ont un dossier informatisé. Plus des deux tiers des patients ont consulté pour la première fois (3 266 nouveaux patients, dont 65% sont primo-arrivants en France). Le nombre des patients ayant consulté exclusivement le Service infirmier est estimé à 270 personnes pour le premier trimestre, l'enregistrement systématique d'un dossier infirmier n'ayant commencé qu'en avril 2005. S'agissant du Centre-ressources, les 2 472 appels traités dans le cadre des permanences téléphoniques du Comede ont concerné notamment 1 326 exilés qui n'ont pas consulté le Centre de santé.

### LIEUX DE RÉSIDENCE ET MODES DE RECOURS

La moitié des exilés sont orientés vers le Centre de santé par des relations personnelles (51%, le plus souvent des compatriotes). Ce mode de recours est toutefois en diminution depuis 2 ans (67% en 2003) en raison du fort accroissement de l'orientation vers le Comede effectué par les associations spécialisées (27%, dont FTDA 8% et la Cimade 6%), et dispositifs sociaux (9%) pour des personnes particulièrement vulnérables qui requièrent une prise en charge spécialisée (cf Epidémiologie page 13). La part des autres structures dans l'orientation initiale des patients est restée stable (services de l'Etat 7%, avocats 4%, services médicaux 2%). Les caractéristiques des appelants de la permanence téléphonique sont détaillées page 35, 62% des appels étant effectués par des professionnels (Social 35%, Santé 14%, Droit 7%, et Administration dont sécurité sociale 4%), au bénéfice des exilés qui s'adressent à eux.

### Domiciliation des patients du Centre de santé et des exilés du Centre-ressources

Régions et Département > 1 %	Centre de santé	Centre-ressources
Ile-de-France	96%	87%
75 Paris	32%	39%
93-Seine-Saint-Denis	23%	13%
94-Val-de-Marne	18%	13%
95-Val d'Oise	8%	5%
92-Hauts de Seine	6%	7%
91-Essonnes	5%	5%
78-Yvelines	3%	2%
77-Seine-et-Marne	2%	3%
Picardie	1%	1%
60-Oise	1%	1%
Centre	1%	1%
45-Loiret	1%	<1%
Haute-Normandie	1%	1%
76 Seine-Maritime	1%	1%
Rhône-Alpes	<1%	2%
69-Rhône	<1%	1%
PACA	<1%	1%
13-Bouches-du-Rhône	<1%	1%
Bourgogne	<1%	1%
Aquitaine	<1%	1%
33-Gironde	<1%	1%
Champagne-Ardennes	<1%	1%
Midi-Pyrénées	<1%	1%
Bretagne	<1%	1%
Pays-de-la-Loire	<1%	1%
Languedoc-Roussillon	<1%	1%
autres régions	<1%	<1%

Les patients du Centre de santé résident principalement en région Ile-de-France. Sur un plan administratif, 96% d'entre eux y ont leur adresse, dont un tiers à Paris, un quart en Seine-Saint-Denis, et un cinquième dans le Val-de-Marne. Les autres patients sont principalement domiciliés en Picardie, dans le Centre, ou en Haute-Normandie. Au total, les patients du Centre de santé étaient domiciliés en 2005 dans 301 communes et 44 départements. Toutefois, un nombre important d'entre eux ne résident pas dans le département où ils ont leur domiciliation

## OBSERVATION

administrative, les communes du Nord de l'Île-de-France étant globalement les plus accueillantes pour cette population. Enfin, 6% des patients sont sans domicile fixe. Les exilés appelant le Centre-ressources, résident également plus souvent en Île-de-France (87%, dont 39% à Paris, 13% en Seine-Saint-Denis et 13% dans le Val-de-Marne), mais les autres régions sont davantage représentées (13% au total, dont 2% Rhône-Alpes) que pour les patients du Centre de santé.

### CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

**Plus souvent des hommes (74%), les patients du Centre de santé sont jeunes (âge médian 31 ans), et récemment arrivés en France (médiane 12 mois).** Par rapport à l'année précédente, la proportion de femmes a augmenté (26% vs 23% en 2004), particulièrement parmi les patients originaires d'Europe de l'Est (24% en 2005) et d'Afrique de l'Ouest (21%), même si les femmes restent relativement plus nombreuses pour l'Afrique Centrale (43%) et Haïti (38%). Conséquence de l'enregistrement systématique des patients reçus au service infirmier lors du premier contact avec le Comede, l'ancienneté de résidence en France lors de la première consultation a diminué (12 mois vs 15 mois en 2004). Les patients d'Asie du Sud et d'Afrique de l'Est s'adressent au Comede plus tôt après l'arrivée en France, ceux d'Afrique du Nord, d'Asie de l'Est et d'Afrique de l'Ouest plus tard que les autres ( $p < 0,001$ ). Parmi les nouveaux patients, 42% sont ressortissants de pays de l'espace francophone, alors qu'ils étaient 47% en 2004.

**On a constaté en 2005 une diversification importante de l'origine géographique des patients du Centre de santé.** Avec 88 nationalités différentes (79 en 2004), ils sont originaires de 11 régions principales :

- ❶ Afrique Centrale (1 311 patients, dont 834 Congolais/RD, 144 Camerounais, 145 Angolais/Cabindais, et 130 Congolais) ;
- ❷ Afrique de l'Ouest (1 289, dont 333 Mauritaniens, 254 Maliens, 215 Guinéens, 168 Ivoiriens, 102 Nigériens, 74 Sénégalais, 40 Sierra Léonais et 30 Togolais) ;

- ❸ Asie du Sud (1 223, dont 670 Sri-Lankais [Tamouls], 371 Bangladais, 104 Indiens et 77 Pakistanais) ;
- ❹ Europe de l'Est (464, dont 285 Turcs [Kurdes], 47 Russes/Tchéchènes et 33 Géorgiens) ;
- ❺ Afrique du Nord (117 dont 88 Algériens) ;
- ❻ Amérique du Nord (98, dont 97 Haïtiens) ;
- ❼ Asie Centrale (80, dont 49 Mongols) ;
- ❽ Afrique de l'Est (54, dont 28 Soudanais) ;
- ❾ Afrique Australe (40, dont 28 Malgaches) ;
- ❿ Asie de l'Est (37, dont 21 Chinois) ;
- ⓫ Moyen-Orient (31, dont 10 Égyptiens).

**Onze nationalités ont connu une forte augmentation par rapport à 2004 :** Georgie (+175%), Russie (+161%), Mongolie (+133%), Nigeria (+82%), Guinée Conakry (+81%), Togo (+76%), Côte d'Ivoire (+60%), Mali (+43%), Cameroun (+35%), Algérie (+31%) et Haïti (+24%). Les diminutions les plus notables concernent la Mauritanie (-20%), le Sri Lanka (-15%), l'Inde (-11%) et la Turquie (-10%). Sur les 7 dernières années, le Centre de santé du Comede a accueilli plus de 5 000 Congolais/Zairois, plus de 4 000 Sri-lankais (Tamouls), plus de 2 000 Bangladais et Mauritaniens, plus de 1 000 Turcs et Maliens.

**D'âge comparable (médiane 31 ans), les exilés appelant le Centre-ressources sont également plus souvent des hommes,** mais les femmes y sont davantage représentées (38%) que parmi les patients du Centre de santé (26%). La proportion de mineurs (10%) et de personnes âgées de plus de 60 ans (6%), groupes particulièrement vulnérables (cf page suivante), est également plus importante. L'origine géographique diffère sensiblement de celle des patients du Centre de santé, les exilés concernés par les permanences téléphoniques étant principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (34%, dont Mali 10%, Mauritanie 6%, Côte d'Ivoire 5%, Guinée et Sénégal 3%), Afrique Centrale (31%, dont Congo RD 19%, Cameroun 5% et Congo 3%), Afrique du Nord (11%, dont Algérie 7% et Maroc 3%), Europe de l'Est (8%), et Asie du Sud (7%, dont Sri Lanka 3%).

## GROUPES VULNÉRABLES

L'origine géographique des usagers du Comede est comparable à celle des exilés en France, qui se singularise nettement par rapport à l'ensemble d'une population étrangère (cf tableau ci-dessous) qui comptait 37% de ressortissants d'Europe de l'Ouest (Espace économique européen) en 2002. Alors qu'elle est relativement faible dans l'ensemble de la population étrangère, on retrouve ainsi une proportion importante de personnes originaires d'Afrique Centrale et d'Afrique de l'Ouest parmi les demandeurs d'asile et les « étrangers malades » (régularisés pour raison médicale), et d'Asie du Sud parmi les réfugiés et les demandeurs d'asile. Les demandeurs d'asile d'Europe de l'Est sont relativement moins représentés au Comede, en raison de leur accès plus fréquent dans le Dispositif national d'accueil, les CADA étant répartis sur l'ensemble du territoire. Enfin, les nombreux réfugiés d'Asie de l'Est, principalement les « Boat-People » du Cambodge, Laos et Vietnam, accueillis par la France il y a 25 ans, sollicitent peu le Comede en 2005.

**La population accueillie au Comede est ainsi représentative des exilés les plus vulnérables.**

Ce sont pour la plupart des demandeurs d'asile « isolés », séparés des membres de la famille (parmi les patients du Centre de santé, seuls 26% des parents sont accompagnés de leurs enfants) dont ils ignorent souvent le destin, qui doivent en outre survivre en situation de très grande précarité administrative et sociale. La pathologie observée à l'occasion des bilans de santé est plus fréquente dans certains groupes : femmes, mineurs, personnes âgées, ainsi que chez les personnes originaires d'Afrique Sub-Saharienne, et à un degré moindre d'Afrique du Nord. En raison des conditions de survie que les exilés isolés doivent affronter faute de place dans les CADA, certaines femmes se trouvent dans une situation de dépendance dont abusent en outre certains « hébergeants ».

**Quarante enfants de moins de 10 ans ont été soignés en 2005, accompagnés le plus souvent de leur mère (19 en 2004). Ils sont récemment exilés (médiane 5 mois), principalement originaires d'Afrique Centrale (60%). Deux**

## Origine géographique des étrangers et exilés en France

Définition des régions page 43

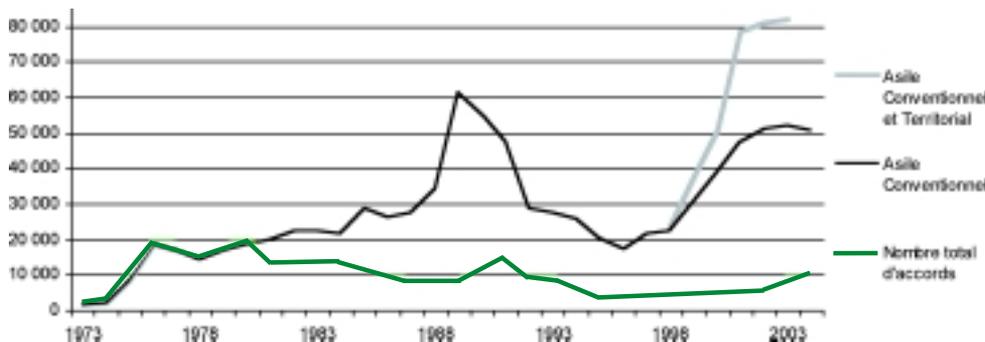
Région d'origine	Centre de santé	Centre ressources	Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	Etrangers malades <sup>2</sup>	Réfugiés statutaires <sup>2</sup>	Tous séjours réguliers <sup>1</sup>
Afrique Centrale	28%	31%	15%	22%	14%	3%
Afrique de l'Ouest	27%	34%	12%	36%	7%	5%
Asie du Sud	26%	7%	9%	6%	15%	2%
Europe de l'Est	10%	8%	41%	6%	25%	9%
Afrique du Nord	2%	11%	7%	10%	1%	35%
Amérique du Nord	2%	2%	5%	2%	2%	2%
Asie Centrale	2%	1%	2%	1%	2%	1%
Asie de l'Est	1%	2%	7%	9%	29%	4%
Afrique de l'Est	1%	1%	1%	<1%	1%	<1%
Afrique Australe	1%	1%	1%	2%	<1%	1%
Moyen-Orient	1%	1%	1%	3%	3%	1%
Amérique du Sud	<1%	1%	<1%	2%	1%	1%
Europe de l'Ouest	<1%	1%	<1%	1%	<1%	37%
Effectifs	5 027	2 472	65 309	3 437	108 992	3 347 398

1 Ofpra 2004, nouveaux demandeurs d'asile et étrangers titulaires d'un certificat de réfugié.

2 Ministère de l'Intérieur 2002, étrangers régularisés pour raison médicale (sauf Algériens) et tous étrangers titulaires d'un titre de séjour (ces données ne sont pas publiées depuis 2002).

## La demande d'asile en France (Ofpra 1973-2004)

En 2004, la France a enregistré 50 547 premières demandes (65 600 en comptant les réexamens et mineurs accompagnants). Il s'agit donc d'un recul important compte tenu de la disparition de la procédure d'asile territorial en 2004.



d'entre eux présentaient une affection grave (colobome, hépatite B chronique). Le faible nombre d'enfants pris en charge au Comede témoigne du meilleur accueil qui leur est réservé tant dans les dispositifs sociaux (hébergement des familles de demandeurs d'asile) que médicaux (PMI, services hospitaliers de pédiatrie).

**Le nombre de mineurs étrangers âgés de 10 à 17 ans a connu une forte augmentation pour la troisième année consécutive** (172 en 2005, dont 116 mineurs étrangers isolés, +54%). Exilés en France depuis seulement 3 mois (médiane), ils sont le plus souvent adressés pour un bilan de santé par les services de l'Aide sociale à l'enfance (Paris, Val-de-Marne) ou certaines associations spécialisées comme EMDH ou FTDA. Principalement originaires d'Afrique Centrale (30%), d'Afrique de l'Ouest (30%), et d'Europe de l'Est (17%), ils souffrent en particulier de psychotraumatisme grave (58 pour 1000), d'hépatite B chronique (58), et de parasitoses intestinales, dont la bilharziose urinaire pour les jeunes originaires d'Afrique de l'Ouest. Les autres maladies graves sont rares (1 cas d'asthme persistant, 1 cas de tuberculose). Particulièrement vulnérables sur le plan psycho-social, les mineurs étrangers isolés sont systématiquement « Patients à suivre » depuis juin 2005 au Comede, avec rendez-vous dès la

première consultation et désignation d'un médecin référent (cf Centre de santé page 31).

**Les patients âgés de plus de 60 ans, en majorité des femmes (59%), sont plus nombreux que l'année précédente (80, +8%).** Plus souvent originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique Centrale que les autres patients, tout aussi récemment exilés, ils sont 6 fois plus souvent atteints d'hépatite C chronique, d'hypertension artérielle, et 4 fois plus souvent diabétiques.

**Les personnes d'Afrique Sub-Saharienne payent le plus lourd tribut à la maladie parmi l'ensemble des exilés.** Parmi ceux d'Afrique Centrale, le psycho-traumatisme grave (79 pour 1000), l'hypertension artérielle (59), l'infection à VIH (37), l'hépatite B (37), et l'hépatite C (21) sont particulièrement fréquents. Parmi ceux d'Afrique de l'Ouest, c'est le cas de l'hépatite B (90), la bilharziose urinaire (55) et l'infection à VIH (19). Parmi les exilés originaires des autres continents, on observe la prévalence particulièrement élevée de l'infection à VIH (16) et de la tuberculose (12) pour Haïti ; de l'hépatite C pour la Mongolie (180), et l'Europe de l'Est (14) ; du psycho-traumatisme grave pour l'Afrique du Nord (99) ; du diabète (46) et de l'anguillulose (37) pour l'Asie du Sud ; et enfin de l'hépatite B (40) pour la Chine. ■



# Epidémiologie, bilan de santé et prévention

(Indicateurs pages 45 à 48)

L'expérience de l'exil et des persécutions modifie la perception des risques de santé et peut diminuer la réceptivité aux messages de prévention, ce d'autant plus que l'information est délivrée dans une langue qui n'est pas familière, et trop souvent en l'absence d'interprète dans les dispositifs de santé de droit commun. En outre, cette expérience est vécue par les étrangers en séjour précaire dans un contexte d'exclusion juridique et sociale qui donne un rôle prioritaire à la gestion des risques immédiats par rapport aux dangers situés dans l'avenir. Cette situation n'empêche pourtant pas l'attention et la prévention relatives aux risques ultérieurs. Dans l'expérience du Comede, dès lors que la prise en charge proposée intègre le contexte socio-juridique et que la survie est assurée au quotidien, on constate que les patients sont demandeurs de conseils de prévention et de dépistage, conseils mis en pratique de manière souvent plus importante que dans la population générale.

## VIOLENCE ET TORTURE CHEZ LES PATIENTS DU CENTRE DE SANTÉ EN 2005

La moitié des 5 027 patients du Comede en 2005 ont eu à subir la violence politique dans leur pays d'origine, et un quart présentent des séquelles traumatiques. La violence est plus fréquemment évoquée par les exilés originaires d'Afrique de l'Est (95%, principalement Soudan), d'Asie du

Sud (68%, par taux décroissant Sri Lanka, Bangladesh et Inde), d'Europe de l'Est (58%, Turquie, Russie), des Antilles (54%, Haïti) et d'Afrique Centrale (48%, Cameroun, Congo, Congo RD). Les victimes de torture sont proportionnellement plus nombreuses parmi les personnes d'Afrique de l'Est (37%, Soudan), d'Asie du Sud (34%, Sri Lanka, Inde), et d'Afrique Centrale (Cameroun, Congo RD). Un certificat médical destiné à la procédure d'asile a été délivré dans 18% des cas, ce qui représente un tiers des patients du Comede ayant des antécédents de violence. La plupart de ces certificats attestent de séquelles physiques sans gravité sur le plan physiologique, mais 2% de ces demandeurs d'asile relèvent d'une chirurgie de réparation.

Le risque de psycho-traumatisme grave est 2,3 fois plus élevé lorsqu'il existe un antécédent de violence, et 2,8 fois plus lorsqu'il existe cette violence a pu être qualifiée de torture ( $p < 0,001$ ). Parmi les survivants de la violence et de la torture, il apparaît que la fréquence du psycho-traumatisme grave est significativement plus faible chez les patients originaires d'Asie du Sud et d'Europe de l'Est ( $p < 0,001$ ), c'est à dire ceux dont la demande de certificat médical est la plus forte et la pratique de la langue française la moins répandue. Si les difficultés linguistiques contribuent sans doute à masquer le diagnostic médical et à limiter l'orientation sur le psychologue, l'importance prêtée au certificat

## Fréquence des antécédents de violence, de torture, de la délivrance des certificats médicaux et des psycho-traumatismes graves

Indicateurs	Total	Principales régions d'origine							
		AFC	AFE	AFN	AFO	AMN	ASC	ASS	EUE
ATCD Violence	52%	48%	95%	11%	35%	54%	46%	68%	58%
ATCD Torture	23%	22%	37%	2%	16%	9%	7%	34%	20%
Certificat asile	18%	12%	33%	1%	14%	11%	12%	26%	24%
Psycho-trauma	10%	16%	11%	13%	9%	15%	1%	5%	10%
effectifs	3 612	956	45	77	959	66	74	1 007	347

ATCD Antécédent, AFC Afrique Centrale, AFE Afrique de l'Est, AFN Afrique du Nord, AMN Amérique du Nord/Antilles, AFO Afrique de l'Ouest, ASC Asie Centrale, ASS Asie du Sud, EUE Europe de l'Est

## OBSERVATION

### Antécédents de violence et de torture parmi les 20 principales nationalités

Nationalité	effectif	Violence	Torture
Soudan	25	89%	37%
Sri Lanka	563	84%	47%
Guinée Conakry	170	71%	33%
Turquie	219	65%	24%
Haïti	65	63%	9%
Nigeria	81	60%	9%
Cameroun	105	58%	37%
Russie	35	58%	17%
Bangladesh	307	54%	7%
Inde	84	54%	33%
Mauritanie	245	50%	24%
Congo	87	48%	20%
Congo RD	599	45%	22%
Côte d'Ivoire	126	35%	7%
Pakistan	53	34%	7%
Angola	106	32%	15%
Mongolie	46	31%	13%
Sierra Leone	31	24%	6%
Algérie	56	7%	4%
Sénégal	56	9%	4%

médical dans les stratégies de demande d'asile pour certaines nationalités, comme le Sri-Lanka ou la Turquie, peut expliquer en partie cette observation, en raison de la prééminence du temps juridique sur le temps thérapeutique (cf Droit de la santé page 25).

### PRÉVENTION ET BILAN DE SANTÉ AU COMEDE

**Au Centre de santé, les activités de prévention médicale sont portées par les médecins et infirmier/es dans le cadre des consultations,** et coordonnées par le Service du Suivi médical (cf Centre de santé page 31). A l'exception des ateliers animés par la diététicienne, les réunions d'information collective au Centre ne sont pas adaptées à ce public très hétérogène, sur le plan de la langue et de la culture, mais aussi sur le plan géographique, en raison de l'éloignement du lieu d'hébergement de nombreux patients. Le Livret de santé remis à tous les patients du Comede traite de plusieurs thèmes de prévention jugés prioritaires par les patients et les soignants : l'accès aux soins, la contraception, la

nutrition, l'infection à VIH/sida et la vaccination. Une version bilingue existe en Russe, Tamoul et Turc, dans l'attente de l'édition prochaine d'un livret en 23 langues, fruit d'un partenariat entre le Comede, la DGS et l'Inpes en 2005, avec le concours de l'Anaem, la Cimade, la DPM, Médecins du Monde et le Secours catholique (cf Glossaire page 4). La mise à jour et l'édition de ce livret de santé bilingue participe ainsi aux activités du Centre-ressources du Comede dans le domaine de la prévention médicale, avec l'ensemble des actions d'information et de formation destinées aux professionnels. Pour les activités de Prévention menées par le Centre de santé et le Centre-ressources, le Comede bénéficie du soutien de la CNAM, de l'Inpes et de Sidaction.

**Le bilan de santé recommandé selon le pays d'origine a été effectué chez 86% des patients du Centre** (2 809 bilans, dont 6% avaient été réalisés au cours de l'année dans un autre dispositif médical). La sérologie VIH, dont la proposition requiert des garanties plus grandes de compréhension, a été pratiquée par 71% des patients (2 315 tests), plus fréquemment chez les patients d'Afrique Centrale (79%). Ce bilan est régulièrement réévalué pour s'adapter à l'épidémiologie des régions d'origine et complété, le cas échéant, par d'autres examens indiqués au terme de l'examen clinique. Un bilan bucco-dentaire est également recommandé. Au terme de ce bilan, un quart des patients du Centre ont été signalés « Patients à suivre » par le médecin ou le psychologue, pour affection/s grave/s ou facteur de vulnérabilité importante. En comptant les anciens patients toujours suivis en 2005, les 1 584 Patients à suivre représentent 31% de la File active du Centre de santé et utilisent 51% des consultations. Ils requièrent la vigilance quotidienne du Suivi médical du Comede pour permettre la continuité des soins.

**Pour pallier les carences en interprétariat dans la plupart des services hospitaliers spécialisés** auxquels les patients du Centre de santé ont conjointement recours, le Comede développe depuis 4 ans des consultations d'éducation thérapeutique avec interprète pour

## Bilan de santé proposé au Comede

Examen	AFA	AFC	AFE	AFN	ASS	AUT
	ANT	ASE	AFO			
Examen clinique	✓		✓	✓	✓	✓
NFS	✓		✓	✓	✓	✓
Glycémie				✓	✓	
Sérologie VHB	✓		✓	✓	✓	✓
Sérologie VHC	✓		✓	✓	✓	✓
Sérologie VIH	✓		✓	✓	✓	✓
Rx thorax face	✓		✓	✓	✓	✓
EPS ou TTT	✓		✓		✓	
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 43)

NFS Numération-formule sanguine, EPS Examen parasitologique des selles, TTT Traitement systématique proposé par Albendazole, EPU Examen parasitologique des urines

des patients non francophones ni anglophones atteints de diabète, d'hypertension artérielle, ou d'asthme persistant (141 en 2005, +38%). Au total, 174 consultations d'Education pour la santé ont été effectuées, incluant 33 consultations de diététique. La diététicienne a également animé 12 ateliers pour 10 patients en moyenne à qui la proposition est faite dans la salle d'attente. Les consultations permettent de renforcer les informations données lors de la consultation médicale et de motiver le patient en tant qu'acteur de la prise en charge de sa pathologie chronique, ceci en dépit des conditions socio-économiques très difficiles. Le travail de contact téléphonique ou postal, effectué avant et après la consultation par le médecin et l'infirmière, permet d'améliorer considérablement la motivation du patient. Le recours à l'interprétariat professionnel, essentiel à la relation thérapeutique, doit être préparé par l'information et l'implication préalable de l'interprète sur les objectifs de la consultation.

**Les consultations d'éducation thérapeutique sont effectuées par un médecin et une infirmière de santé publique**, dans le cadre d'un projet soutenu par la CNAM. Les consultations sont dispensées en 10 langues : Français, Anglais, Russe, Arabe, ainsi qu'avec un interprète professionnel en Bangali, Hindi, Pullar, Ourdou, Soninke, et Tamoul. Le recrutement des patients s'effectue par le biais des consultations médicale, infirmière, et du Suivi médical. Pour le diabète de type 2 et l'hypertension, la première consultation permet une évaluation des connaissances théoriques et du comportement de la personne par rapport à sa maladie, assortie de conseils pour la prise du traitement, l'équilibre nutritionnel et l'activité physique. Les consultations suivantes sont prévues à 1 mois en cas de difficulté, à 3 mois et à 6 mois. Pour l'asthme, la première consultation comporte un diagnostic éducationnel, puis une ou deux semaines plus tard une information sur la pathologie, la technique de prise de traitement, le contrôle du Débit expiratoire de pointe et la conduite à tenir en fonction du résultat. Une troisième séance d'évaluation voire une quatrième peuvent être utiles pour le renforcement des connaissances.

## PRINCIPALES AFFECTIONS DIAGNOSTIQUÉES

**Les informations relatives aux bilans de santé et à la continuité des soins des Patients à suivre sont enregistrées et quotidiennement mises à jour par le Suivi médical** au moyen d'un programme informatique développé par le Comede sous le logiciel Access. On observe trois grands groupes pathologiques, qui pour ces personnes récemment exilées tiennent à la fois aux persécutions et à l'épidémiologie des pays d'origine : pathologies traumatiques graves (30%, essentiellement des psycho-traumatismes), maladies infectieuses et parasitaires (36%), autres affections chroniques et facteurs de vulnérabilité (34%). La prévalence des affections considérées est ici sous-estimée en raison de l'absence d'exhaustivité de la pratique des bilans de santé par les patients et du signalement des affections par les médecins, mais les indicateurs disponibles sont significatifs de la diversité pathologique et de l'évolution épidémiologique (cf Annexes page 46 et tableau page 17).

## OBSERVATION

**Dix affections représentent 78% des motifs de suivi au Comede en 2005. Elles sont présentées ici par nombre décroissant de cas :**

■ **Hépatite B chronique** : 400 patients, 6% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les mineurs (58 pour 1000), et parmi les adultes d'Afrique de l'Ouest, d'Asie de l'Est et d'Afrique Centrale. Prévalence stable chez les nouveaux patients.

■ **Psycho-traumatisme** : 374 patients, 6% des diagnostics étaient connus au pays. Plus fréquent parmi les femmes, et parmi les exilés d'Afrique de l'Est, d'Afrique du Nord, et d'Afrique Centrale. La diminution de la prévalence chez les nouveaux patients (-13%,  $p=0,005$ ) pourrait s'expliquer par la moindre fréquence des antécédents de violence et de torture au pays d'origine (52% de la File active vs 59% en 2004), mais incite à poursuivre l'amélioration du dépistage lors des consultations de médecine générale entrepris il y a un an.

■ **Maladies cardio-vasculaires** : 230 patients, 38% des diagnostics connus au pays. L'hypertension artérielle est plus fréquente et plus sévère parmi les exilés d'Afrique Centrale. La diminution globale de la prévalence (-13%,  $p=0,06$ ), qui ne semble pas corrélée à l'évolution du profil démographique des nouveaux patients, incite à renforcer les actions de dépistage dans les consultations de médecine.

■ **Diabète** : 158 patients, 49% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les femmes, et parmi les exilés d'Asie du Sud et d'Afrique du Nord. La diminution globale de la prévalence (-27%,  $p=0,006$ ), accompagne celle des nouveaux patients d'Asie du Sud.

■ **Asthme persistant** : 101 patients, 64% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord, d'Afrique de l'Ouest, et d'Asie du Sud. Diminution non significative de la prévalence.

■ **Hépatite C chronique** : 83 patients, 6% des

diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique Centrale, d'Europe de l'Est, et d'Asie Centrale. Prévalence stable.

■ **Anguillulose intestinale** : 70 patients, moins de 1% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Asie du Sud et d'Afrique centrale. Prévalence stable parmi les examens réalisés au laboratoire Eastman de la DASES.

■ **Infection à VIH-sida** : 51 patients, 5% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique Centrale (taux de 46 pour 1000 chez les femmes vs 17 pour les hommes), d'Afrique de l'Ouest (femmes 30, hommes 13) et de Haïti (femmes 18, hommes 10). Diminution non significative de la prévalence.

■ **Tuberculose** : 41 patients, 5% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique Centrale, d'Afrique de l'Ouest et de Haïti. Prévalence stable. Seuls sont comptés ici les cas de tuberculose-maladie, et non les cas de radiographies pulmonaires évocatrices mais non confirmées au cours de la surveillance (dans la moitié des cas).

■ **Bilharziose urinaire** : 30 patients, moins de 1% des diagnostics connus au pays. Très fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest. Diminution non significative de la prévalence. Comme pour l'anguillulose, tous les cas ont été dépistés par le laboratoire Eastman.

■ **Parmi les autres affections graves**, on observe la fréquence particulière de la bilharziose intestinale (5 pour 1000), des maladies cardio-vasculaires (5), des pathologies thyroïdiennes (3), de l'épilepsie (2), et des traumatismes locomoteurs (2). Les autres parasitoses graves, le paludisme ou la drépanocytose sont rares parmi ces exilés adultes.

**La prise en charge de ces patients au Comede s'inscrit dans un moyen terme**, avant le plus souvent un relais médical au sein du système de santé de droit commun. La durée médiane de suivi au Comede se situe entre 9 mois pour

## Taux de prévalence observés au Comede par nationalité

Taux pour 1000 patients, nouveaux patients 1999-2005, nationalités &gt; 30 patients

Taux les plus élevés

	ANG	AST	BIL	DIA	MCV	PSY	TUB	VIH	VHB	VHC	Patients
Afghanistan	-	-	-	39	-	29	-	-	-	20	51
Algérie	-	18	-	40	25	95	2	-	-	4	445
Angola/Cabinda	41	2	2	17	57	79	30	25	41	28	826
Arménie	-	-	-	-	14	51	-	-	-	35	85
Azerbaïdjan	-	-	-	-	55	70	24	-	24	-	42
Bangladesh	72	19	-	48	16	16	1	-	22	3	2115
Birmanie	78	20	-	20	-	57	-	-	59	-	51
Cameroun	12	6	3	9	50	95	6	68	59	21	340
Centrafrique	36	-	-	-	41	53	-	55	109	-	55
Chine	2	4	-	8	9	18	6	-	39	-	519
Congo	12	4	7	29	53	63	11	34	36	16	854
Congo RD	28	8	1	20	66	72	10	31	32	18	4359
Côte d'Ivoire	8	11	6	25	45	48	-	55	132	11	363
Gambie	-	32	32	-	-	95	32	-	129	-	31
Géorgie	-	-	-	-	-	25	-	-	15	119	94
Ghana	-	-	21	106	121	93	-	128	64	-	47
Guinée Bissau	72	21	21	10	47	15	10	21	72	21	97
Guinée Conakry	24	6	10	12	30	96	10	20	102	8	499
Haïti	11	7	-	19	21	48	12	16	16	4	568
Inde	7	14	-	27	37	39	15	-	5	7	592
Irak	-	-	-	32	-	95	-	-	-	-	31
Iran	-	-	-	24	-	107	-	-	31	-	41
Liberia	21	21	-	42	24	213	-	104	63	-	48
Madagascar	-	-	-	-	61	77	-	-	-	-	38
Mali	1	25	117	12	21	15	10	12	100	4	1157
Maroc	-	-	-	53	30	153	-	-	-	-	38
Mauritanie	3	19	62	7	29	28	12	13	85	1	1871
Moldavie	-	6	-	12	14	26	12	-	35	35	170
Mongolie	-	-	-	16	18	23	16	-	148	180	61
Nigeria	37	19	4	11	39	110	-	19	45	7	268
Pakistan	11	27	-	37	14	18	25	-	9	60	563
Roumanie	15	-	-	15	42	44	30	-	37	37	134
Russie/Tchétchénie	-	10	-	10	18	61	-	-	16	47	191
Rwanda	17	8	8	17	68	74	8	119	8	25	118
Sénégal	24	41	41	24	42	39	3	14	102	10	295
Serbie-M./Ex-Youg.	-	-	-	-	21	-	-	-	-	-	57
Sierra Leone	37	7	19	7	34	70	7	22	71	-	269
Soudan	34	17	17	-	19	50	17	17	17	-	59
Sri Lanka	26	16	-	49	30	44	6	-	1	2	3727
Tchad	-	26	-	26	-	38	-	51	77	-	39
Togo	-	52	-	39	74	76	-	-	26	-	77
Turquie	-	2	-	7	6	40	5	-	29	1	1775
Ukraine	-	-	-	10	-	-	-	-	20	20	102

ANG Anguillulose intestinale, AST Asthme persistant, BIL Bilharziose Urinaire, DIA Diabète, HTA Hypertension artérielle, PSY Psycho-traumatisme sévère, TUB Tuberculose-maladie, VIH Infection à VIH-sida, VHB Hépatite B chronique, VHC Hépatite C chronique.

## OBSERVATION

l'hépatite B et 4 mois pour le diabète. Les Patients à suivre consultent 6,6 fois en moyenne sur la période, au cours de laquelle 42% d'entre eux bénéficient d'un suivi conjoint par un médecin spécialiste.

**En 2005, la prise en charge de 986 Patients à suivre s'est terminée au Comede. La continuité des soins a été assurée pour 81% d'entre eux :** 644 patients ont bénéficié d'un relais médico-social proche de leur nouveau lieu de résidence (le plus souvent auprès d'un service hospitalier), 154 ont guéri (parasitose, dépression, tuberculose...) et 4 patients sont retournés librement au pays d'origine (un Sri-Lankais hypertendu de 38 ans, un Algérien diabétique de 33 ans, ainsi que deux mineurs isolés en France, un Roumain et une Russe). Les échecs concernent 184 patients perdus de vue malgré les relances téléphoniques et postales du Suivi médical (19% des cas, plus fréquent parmi les patients suivis pour hépatite, diabète ou psychotraumatisme, ce qui justifie de renforcer la prévention secondaire pour ces patients en 2006). La prise en charge psychologique s'est achevée en 2005 pour 194 patients. La thérapie

était considérée comme terminée pour 53% et suspendue pour 15% d'entre eux, de l'avis commun du psychologue et du patient, jusqu'à stabilisation d'une situation sociale et juridique trop incertaine et précaire. Nous n'avons eu connaissance d'aucun cas de décès ni d'aucune mesure d'éloignement du territoire exécutée à l'encontre d'un Patient à suivre en 2005.

**L'accès et la prise en charge de ces patients dans les dispositifs de droit commun se heurtent à de nombreux obstacles**, notamment linguistiques, que les restrictions législatives de l'accès à l'Aide médicale Etat ont aggravés (cf Accès aux soins page 19). Les exilés porteurs du VIH restent les mieux accueillis dans les services spécialisés au sein des hôpitaux de service public, alors que les délais de rendez-vous en vue d'un traitement d'hépatite virale chronique active (C ou B) sont souvent de plusieurs mois. Le développement du réseau de médecine générale doit favoriser l'accès et la prise en charge des patients souffrant d'affections chroniques courantes. ■

### Epidémiologie comparative dans le monde et en France (OMS, InVS 2003)

(En gras, taux de prévalence pour 1 000 personnes)

Pathologie	Dans le monde	En France	Comede
Hépatite B	<b>58</b> - 350 millions de porteurs chroniques 600 000 décès	<b>7</b> - 300 000 personnes <i>Hommes 12, Femmes 2</i> 1500 décès	<b>37</b>
Maladies cardio-vasculaires (sauf diabète)	<b>107</b> - 650 millions de personnes <i>Hommes 120, Femmes 95</i> <i>Europe de l'Est 185</i> 14 millions de décès et 6 millions d'AVC	<b>167</b> - 10 millions de personnes 180 000 décès	<b>35</b>
Diabète	<b>35</b> - 210 millions de personnes 4 millions de décès et 1,5 millions d'AVC	<b>33</b> - 2 millions de personnes	<b>25</b>
Infection à VIH	<b>7</b> - 40 millions de personnes <i>Afrique Sub-Saharienne 72</i> 3,1 millions de décès	<b>2</b> - 100 000 personnes <i>Femmes 43% des nouveaux cas</i> 385 décès	<b>15</b>
Asthme	<b>21</b> - 150 millions de personnes 200 000 décès	<b>58</b> - 3,5 millions de personnes 2 000 décès	<b>12</b>
Hépatite C	<b>31</b> - 170 millions de personnes <i>Afrique 53, Moyen-Orient 46, Asie 22</i>	<b>13</b> - 780 000 porteurs chroniques 3 500 décès	<b>11</b>
Tuberculose	<b>2,4</b> - 9 millions de nouveaux cas 1,7 millions de décès	<b>0,1</b> - 6098 nouveaux cas Français 0,05 Etrangers 0,7	<b>9</b>



## Accès au soins et à la protection maladie

(Indicateurs pages 45, 47 et 48)

« La réforme de l'AME [Aide médicale Etat], en supprimant l'accès immédiat et en exigeant des malades de faire la preuve d'une présence ininterrompue de plus de trois mois sur le territoire, a des conséquences directes sur l'accès aux soins des plus démunis : les malades n'ont, de fait, pas accès au dispositif de médecine générale, sauf à acquitter d'eux-mêmes le coût des consultations ; ils sont renvoyés dans les hôpitaux, déjà surchargés, même pour des soins qui ne nécessitent pas de plateau technique hospitalier, ou sont admis en urgence pour des pathologies sévères qui n'ont pas été soignées à temps. Ils sont également confrontés à un durcissement des pratiques administratives pour la constitution de leur dossier. Pour certains, ces difficultés mènent tout simplement à l'abandon de toute démarche de soins. »

**Les termes de cette conférence de presse, organisée en juin 2004 par le Comede, Médecins du Monde, Médecins sans frontières et le Samu social, sont toujours d'actualité.** Suite à leur exclusion législative d'abord de la sécurité sociale (1993), puis de la Couverture maladie « universelle » (1999), les déboutés et sans-papiers peuvent désormais se trouver juridiquement exclus des soins médicaux nécessaires à prévenir l'urgence hospitalière. Les Lois de finances rectificatives de décembre 2002 (suppression de la gratuité des soins pour les bénéficiaires de l'AME, mesure suspendue à l'édition d'un décret non paru) et de décembre 2003 (création d'un délai de résidence de 3 mois avant de pouvoir bénéficier de l'AME et suppression de la procédure d'admission immédiate) restent en vigueur, même si la circulaire d'application des décrets publiés au cours de l'été 2005 a permis de « limiter les dégâts », en favorisant notamment l'Instruction prioritaire des demandes d'AME lorsque des soins médicaux doivent être délivrés rapidement. Avec la promotion du droit au séjour pour raison médicale (cf Droit de la santé page 25), celle du

droit aux soins est l'un des axes majeurs des travaux de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (cf ODSE page 40).

**Au delà des sans-papiers visés par ces lois, de nombreux exilés en séjour régulier ont vu leurs conditions d'accès aux soins se dégrader en 2005**, dans un climat de suspicion et de restriction accrue de l'application du droit résiduel à la CMU et à l'AME. De plus, avec la nouvelle réglementation sur les procédures d'asile à garantie diminuée, de nombreux demandeurs d'asile se trouvent dépourvus de titre de séjour sans que l'Ofpra n'ait encore statué sur leur situation, et relèvent au mieux de l'AME. Dans ce contexte, les activités du Comede, en particulier celles du groupe de Suivi de l'accès aux soins, ont connu une augmentation, alors qu'elles avaient diminué l'année précédente. Pour ses actions en faveur de l'accès aux soins des exilés, le Comede bénéficie en particulier de subventions de la DGAS, de la DRASS et du Conseil Régional d'Île-de-France.

### ACTIONS DU COMEDE

**Sur l'ensemble de l'année 2005, 59% des consultants du Centre de santé bénéficiaient d'une protection maladie intégrale**, par la CMU complémentaire (CMU-C, 49%), l'Aide médicale Etat (AME, 9%), ou l'exonération du ticket modérateur pour les assurés souffrant de maladie grave (ALD, 1%). Quarante-et-un pour cent des consultations médicales et infirmières (5 092 consultations sur l'année) sont effectuées gratuitement, en totalité (36% des consultants sont également dépourvus de protection de base) ou pour la part complémentaire (7% base sans Complémentaire). La délivrance gratuite de médicaments (1 221 fois) et les demandes de protection maladie décrites ci-après complètent ces actions de Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) du Comede.

## OBSERVATION

**Pour tous les patients du Centre de santé dépourvus de protection complémentaire, le Service d'accueil délivre une information et un formulaire-Comede personnalisé à l'attention du Centre de sécurité sociale (CSS) de secteur (3 265 fois en 2005). Conséquence des restrictions de l'Aide médicale, la proportion des demandeurs d'AME parmi les interventions des professionnels du Comede est nettement supérieure à la proportion de bénéficiaires (17% vs 9%), écart significatif des difficultés comparatives d'accès à l'AME par rapport à la CMU. Le livret de santé remis à chaque patient traite des droits et procédures d'obtention de l'assurance maladie, CMU et AME. Le courrier destiné au CSS est complété dans 17% des cas par le médecin ou l'infirmier/e en cas de demande d'admission immédiate en CMU ou d'instruction prioritaire en AME pour des soins spécialisés (555 fois en 2005). En cas de blocage, les médecins, infirmier/es et assistant/es social/es doivent intervenir par téléphone auprès du CSS, des « plateformes » et, en cas de blocage persistant, de la direction de la CPAM concernée.**

**Ces activités sont coordonnées par le groupe de Suivi de l'accès aux soins du Comede (SAS),** composé du Service social, du Cadre infirmier, d'un Médecin chargé du Suivi médical et de la Responsable administrative. En consultation, les interventions en matière d'accès aux soins ont été nécessaires pour 11% des patients dépourvus de protection maladie (500 obstacles documentés pour 227 patients). Au total, l'expertise des consultants du Centre de santé a été requise lors de 7% des consultations, plus souvent en consultations infirmières (9%), sans compter le travail occasionné pour le Suivi du dossier après la consultation en cas d'obstacle. Les intervenants du SAS assurent également la permanence téléphonique destinée aux professionnels et aux particuliers (cf Centre-ressources page 35), et se consacrent en outre aux activités de formation, recherche et publication sur l'accès aux soins.

**En 2005, deux CPAM ont notamment produit des circulaires internes illégales qui ont donné**

**lieu à une intervention institutionnelle du Comede ainsi qu'un soutien pour des recours individuels.** La CPAM de Paris a ainsi empêché pendant 6 mois l'accès à l'AME des étrangers bénéficiaires d'un maintien des droits à l'assurance maladie. Il a fallu une décision de justice ainsi qu'une interpellation de la DASS Etat et de la CNAM pour que la CPAM reconnaisse son erreur et annule la circulaire incriminée (F24 du 27 juillet 2004) par une décision du 12 janvier 2005. La CPAM de l'Essonne a limité la durée de validité de la CMU-complémentaire des demandeurs d'asile à une durée de six mois. Faute de terrain amiable avec la Caisse (refus de communication de la circulaire incriminée, 5 recours gracieux sans réponse), le Comede a dû notamment saisir la Commission d'accès aux documents administratifs, et soutenir 4 recours contentieux. Suite à l'intervention du Comede, le Ministère et la CNAM, par lettres du 21 décembre 2005 et 16 mars 2006, ont finalement contraint la Caisse à annuler la circulaire illégale. Par ailleurs, un contentieux a été engagé contre une décision refusant le maintien des droits à un étranger bénéficiaire de la CMU de base et ayant perdu son droit au séjour. Le refus étant fondé sur des instructions ministérielles, le processus judiciaire sera long.

**Au moment de la publication de ce rapport, l'ODSE (cf page 40) doit encore intervenir pour faire annuler une circulaire illégale de la CNAM.** Par lettre-réseau datée du 27 février 2006, la CNAM a donné pour instruction aux caisses d'écarter de la CMU complémentaire les étrangers malades titulaires d'une APS (Autorisation provisoire de séjour) délivrée pour raison médicale dans la mesure où ils ne seraient pas considérés comme « remplissant la condition de stabilité de résidence » au prétexte que « l'APS n'a pas vocation à leur ouvrir un droit de séjour de longue durée ». Cette confusion récurrente de la part de la CNAM entre la condition de résidence requise pour l'accès à la sécurité sociale (3 mois) et celle requise pour la délivrance de la Carte de séjour pour raison médicale (1 an) menace d'exclure de la CMU-Complémentaire plusieurs milliers d'étrangers démunis et atteints d'affection grave.

## LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS

Dans l'observation du Comede, les difficultés d'accès aux soins des exilés restent très majoritairement des difficultés d'accès aux droits. Or si la délivrance « gratuite » des soins préventifs et des premiers soins curatifs est accessible dans certains dispositifs « à bas seuil », la continuité des soins n'est possible qu'en cas de protection maladie avec dispense d'avance des frais (Base Sécu/CMU/AME + Complémentaire CMU/AME). Pour des personnes très démunies sur le plan financier, la répétition des soins ou la nécessité de soins spécialisés sont incompatibles avec la « gratuité » : hospitalisation non urgente, thérapeutiques coûteuses, bilans réguliers et traitements quotidiens pour les affections chroniques. Sans protection complémentaire, l'interruption des soins est la règle, immédiate ou consécutive à la réception à domicile de la facture relative aux premiers soins délivrés. Considérés comme « perdus de vue » par les dispositifs de droit commun, une partie de ces malades retardent alors le recours aux soins jusqu'à l'aggravation de leur état de santé.

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

## Typologie des obstacles à l'accès aux soins pour les patients du Comede en 2005

500 obstacles documentés pour 227 patients

Type d'obstacle	%
Erreurs de droit CSS	38%
<i>Pour la Sécu-CMU</i>	32%
CMU-C refus d'admission immédiate	9%
Régularité du séjour	5%
Exigence d'extrait d'acte de naissance	4%
Durée d'ouverture des droits	3%
Stabilité du séjour	3%
Exigence de relevé d'identité bancaire	3%
Attente des Assedic	2%
Refus de maintien des droits à la base	2%
Evaluation des ressources	1%
<i>Pour l'Aide médicale Etat</i>	7%
Résidence en France	3%
AME Complémentaire	2%
« Preuve » d'irrégularité du séjour	1%
AME Instruction prioritaire	1%
Erreurs de procédure CSS	32%
Absence de reçu	11%
Délais non réglementaires	9%
CSS injoignable par téléphone	7%
Dossier « perdu » par le CSS	4%
Accord non notifié	2%
Refus Guichet AME	1%
Difficultés d'accès CSS	23%
Langue	13%
Domiciliation	5%
Besoin d'aide à la demande	4%
Abandon de la demande	1%
Dysfonctionnements dispositifs de soins	7%
Facture hôpital	2%
Autre dysfonctionnement hôpital	2%
Autre dysfonctionnement PASS	1%
Dysfonctionnement soins de ville	1%
Refus de soins sans carte Vitale	1%

*CMU-C Admission immédiate et AME Instruction prioritaire : procédures réglementaires d'admission rapide à la protection maladie, CMU-C : CMU-Complémentaire, CSS : Centre de sécurité sociale, PASS : Permanence d'accès aux soins de santé.*

*Pour les recours pratiques et juridiques contre les obstacles ici repertoriés, voir le Guide Comede ([www.comede.org](http://www.comede.org)) ou s'adresser à la permanence téléphonique de l'Accès aux soins 01 45 21 63 12.*

## OBSERVATION

**En 2005, 93% des obstacles à l'accès aux soins pour les patients du Comede relevaient de la sécurité sociale :** ces obstacles réclament l'intervention d'un professionnel averti pour permettre la continuité des soins. Les erreurs de droit restent les plus fréquentes (38%, dont 32% pour la sécu/CMU et 7% pour l'AME), principalement les refus illégaux d'admission immédiate à la CMU-Complémentaire, les interprétations erronées de la régularité de séjour, ou encore l'exigence abusive d'un extrait d'acte de naissance pour les demandeurs d'asile. Un tiers des obstacles sont liés à des erreurs de procédure, le plus souvent absence de délivrance du reçu de demande, délais non réglementaires, ou encore impossibilité de joindre par téléphone le Centre de sécurité sociale (CSS) responsable. Un quart des obstacles tiennent aux difficultés d'accès au CSS, essentiellement en raison de l'absence d'interprète ou de domiciliation. Enfin, 7% des erreurs sont le fait des dysfonctionnements des dispositifs de soins, principalement l'hôpital public sollicité en priorité par ces patients démunis.

**Les obstacles à l'accès aux soins des patients du Comede sont plus fréquents dans les départements de Seine-Saint-Denis, Hauts-de-Seine, Val-de-Marne et Essonne.** En Seine-Saint-Denis, les demandeurs d'asile restent confrontés à des difficultés fréquentes d'immatriculation et d'affiliation à la Sécurité sociale, en raison de l'exigence abusive d'un Extrait d'acte de naissance et/ou d'un Relevé d'identité bancaire, alors que les délais de procédures sont souvent anormalement longs. La CPAM des Hauts-de-Seine présente des taux records de « Dossiers perdus », qui obligent le demandeur à recommencer toute la procédure 3 mois plus tard. La CPAM du Val-de-Marne reste particulièrement rétive à l'application de la procédure d'admission immédiate à la CMU-C, ainsi qu'à la délivrance des reçus de dépôt de demande prévus par la réglementation. Enfin la CPAM de l'Essonne a réduit la durée de validité de la CMU-C à 6 mois pour les demandeurs d'asile, à l'instar des CPAM des Alpes-Maritimes et du Nord, alors que la loi fixe cette durée à 1 an sans exception. A Paris, bien que des progrès

notables y aient été enregistrés depuis 2 ans, deux difficultés restent très importantes : le refus d'instruction des demandes d'AME-Complémentaire par certains CSS, mais également les difficultés liées à la domiciliation postale.

**Parmi ces obstacles qui relèvent de dysfonctionnements des services de protection maladie et de soins, les plus néfastes pour la santé des patients sont les refus d'admission immédiate à la CMU-C ou d'instruction prioritaire à l'AME,** malgré un courrier argumenté d'un professionnel de santé. Ces refus peuvent avoir les plus graves conséquences sur la santé des patients, puisque les soins spécialisés justifiant une telle demande ne peuvent être délivrés « avant 3 mois », durée légale maximale de la procédure normale en CMU-C, ou dans le cadre des Permanences d'accès aux soins de santé de l'Hôpital public, alors que de très nombreuses PASS ne remplissent toujours pas le cahier des charges prévu par la loi contre les exclusions de 1999. La fréquence et la diversité des obstacles à l'accès aux droits nécessitent de pouvoir contacter par téléphone le service concerné du CSS de secteur, ce qui est compliqué par la mise en place de « plateformes téléphoniques spécialisées » qui allongent les délais d'intervention de la part de l'utilisateur et du professionnel. En dépit de l'objectif de « guichet unique » par la réforme CMU, la survivance de guichets « spécifiques » et/ou des agents « spécialisés » pour les exclus étrangers entretiennent en outre les CSS de secteur dans leur méconnaissance du droit.

### Effectifs de la CMU.C et de l'AME en France

Année	Bénéficiaires de la CMU-Complémentaire		Bénéficiaires de l'AME	
	n	%	n	%
2000	5 000 000		73 337	
2001	4 693 454	-6%	125 376	+71%
2002	4 503 572	-4%	145 394	+16%
2003	4 650 271	+3%	164 569	+13%
2004	4 961 396	+7%	146 000	-11%
2005	4 833 000	-3%	170 000	+16%

Sources : Fonds CMU, Sénat, IGAS, Ministère.

## BESOINS ET RECOMMANDATIONS

**Dans la plupart des cas, les interventions du Comede auprès du CSS / de la direction de la CPAM ont permis en 2005 l'application du droit.** Toutefois, il reste très difficile pour un demandeur de lever un obstacle sans l'intervention d'un professionnel averti. Pour les étrangers démunis et non francophones, l'intervention d'un interprète professionnel est évidemment essentielle à l'accès aux soins et à la qualité des soins médico-psychologiques requis. Cette prestation de santé n'étant pas prise en charge par la sécurité sociale, seule la mise en place d'un service public d'interprétariat pour les étrangers démunis et non francophones leur permettrait de solliciter les services de droit commun. Dans l'attente, l'interprétariat proposé par quelques rares dispositifs de santé constitue un motif de sollicitation croissant (+13% au Comede en 2005).

**L'absence de délivrance de la carte Vitale pour les exilés dépourvus d'acte de naissance** dont le numéro d'immatriculation reste « provisoire »

entraîne des difficultés spécifiques d'accès à certains professionnels de santé qui craignent pour le remboursement. Pour les bénéficiaires de l'AME, ce problème se conjugue avec le caractère stigmatisant de la « notification AME », qui se traduit par des refus de soins dans un certain nombre de dispositifs (cabinets libéraux, cliniques privées et pharmacies principalement). Après l'occasion manquée de 1999, seule la création d'une Couverture maladie véritablement « universelle » permettrait de résoudre ces difficultés d'accès aux soins.

**Outre l'accès à la CMU, certaines carences des dispositifs publics contrarient également la continuité des soins.** Des prestations essentielles à la prise en charge globale de nombreux patients ne sont pas toujours proposées par les PASS et autres dispositifs d'accueil et de santé fréquentés par ce public, comme le bilan de santé, la psychothérapie, ou encore le conseil juridique, ces deux dernières prestations restant, à l'instar de l'interprétariat, en dehors du champ de la protection maladie. ■





# Droit de la santé et expertise médico-juridique

(Indicateurs pages 45, 47 et 48)

**En 2005, les consultations du Centre de santé ont relevé d'une expertise médico-juridique dans 45% des cas, en matière de droit d'asile (20%), de droit au séjour (18%) et d'accès aux soins (7%),** les problèmes de santé étant souvent associés à une situation de grande précarité administrative et sociale. Si la demande de certificat médical destiné à l'Ofpra ou à la Commission des recours des réfugiés (CRR) reste la plus importante numériquement dans les consultations du Comede, la demande de rapport pour la préfecture a continué de progresser en 2005. L'expertise du Comede a également été requise pour les activités d'information et de formation, notamment dans le cadre des permanences téléphoniques (cf Centre-ressources page 35). Pour ses actions en faveur du droit à la santé des exilés, le Comede bénéficie du soutien de la Direction générale de la santé et de Sidaction.

## CERTIFICAT MÉDICAL ET DEMANDE D'ASILE

**Les médecins du Comede ont délivré 653 certificats destinés à la demande d'asile en 2005, soient pour 18% des patients reçus en Médecine.** La forte diminution de cette activité (-28% par rapport à l'année précédente), consécutive à la diminution des consultations de médecine (cf Centre de santé page 31), s'explique par la priorité donnée au Comede aux activités de soins par rapport à l'expertise pour les demandeurs d'asile en cours de procédure. La limitation du nombre de certificats délivrés dans ce cadre a été mise en place en 2002, pour éviter les effets les plus néfastes de l'épidémie de demandes observée depuis quelques années, demandes le plus souvent à l'initiative de l'OFPRA, de la CRR et/ou de l'avocat. L'évaluation initiale lors d'une consultation de médecine, si besoin avec un interprète, conduit dans la plupart des cas à la délivrance d'un rendez-vous destiné à la rédaction du certificat.

Le certificat n'est pas indiqué dans un quart des cas, soit en l'absence d'élément médico-psychologique objectif, soit parce que ces éléments sont clairement accessibles au juge, soit enfin parce qu'un certificat a déjà été délivré par un autre médecin. Si elle a globalement baissé pour toutes les nationalités, la délivrance de certificat pour l'asile reste particulièrement fréquente parmi les exilés originaires du Soudan (36% d'entre eux ont obtenu un certificat en 2005), du Sri Lanka et de Turquie (24%), du Bangladesh (22%), de Mauritanie et du Cameroun (18%), du Togo (17%), et de l'Inde (16%), nationalités corrélées à des antécédents de violence et torture plus fréquents (cf Epidémiologie page 13).

**Dans un contexte de crise du droit d'asile, l'exigence de « preuves » de persécutions entretient le mythe du « bon certificat de torture ».** Avec le psychodrame que constitue actuellement l'examen de la demande du statut de réfugié, tout se passe comme si certains Officiers de protection ou Juges de la Commission attendaient du certificat qu'il valide la parole de l'exilé par la seule constatation de séquelles traumatiques. Cette « prime à la torture » témoigne d'une dérive dans l'application de la convention de Genève - qui évoque des craintes de persécutions et non des persécutions avérées - et peut avoir des effets secondaires particulièrement néfastes sur la santé des patients. Au delà de quelques semaines après les faits, la preuve médico-psychologique de torture est un mythe. La torture ne laisse le plus souvent pas de trace physique, et le traumatisme psychologique observable a de multiples causes possibles dans ce contexte d'exil et d'exclusion. En outre, la demande de certification « en urgence », 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.

## OBSERVATION

### RAPPORT MÉDICO-SOCIAL ET DROIT AU SÉJOUR

**Au contraire de la demande de statut de réfugié où elle ne devrait pas être requise, c'est l'expertise médicale qui fonde le droit au séjour des étrangers malades.** Les sollicitations dont le Comede fait l'objet dans ce domaine sont en forte progression, tant dans le cadre du Centre de santé que dans celui du Centre-ressources. En consultation, la demande est faite par des déboutés du droit d'asile résignés à « faire valoir » leur condition de malade pour être régularisés, ainsi que des malades sans-papiers orientés vers le Comede par les permanences juridiques de la Cimade Ile-de-France, et par d'autres associations, services médicaux et sociaux partenaires du Comede. Les consultants les plus souvent sollicités sont les assistants sociaux (49% des consultations relèvent d'une expertise en matière de droit au séjour) et les médecins (19%). Les permanences téléphoniques du Comede sont particulièrement sollicitées sur cette question par les professionnels du Droit (70% de leurs motifs d'appel), du Social (48%), ou des particuliers (54%).

**En 2005, les médecins et les assistants sociaux ont appuyé les demandes de carte de séjour pour 234 déboutés et sans-papiers malades (+13%), pour une première demande (145), un renouvellement (41), un recours**

gracieux (68) ou un recours contentieux (48). Le Service social et le Suivi médical ont développé une expertise juridique conjointe en matière de droit au séjour pour raison médicale. L'évaluation par le médecin consultant de la demande de rapport médical « pour la préfecture » a conduit dans la moitié des cas à la délivrance d'un rapport ou d'un certificat médical, en dehors de la procédure d'asile et lorsqu'il existe à la fois un risque « d'exceptionnelle gravité » du défaut de prise en charge médicale et un risque d'exclusion des soins nécessaires « dans le pays d'origine » (art. L313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile). C'est chez les Maliens (19%), Sénégalais (16%), Mauritaniens et Pakistanais (8%), Congolais RD et Angolais (7%), Ivoiriens et Algériens (6%) que les demandes sont les plus fréquentes, soit pour des nationalités dont les taux d'accord de la demande d'asile sont les plus bas.

**L'accord du médecin conduit à l'intervention du Service social.** Au terme d'une évaluation des autres motifs et des conditions de régularisation, les assistants sociaux aident le demandeur à constituer son dossier, rédigent le courrier destiné au préfet et interviennent auprès de la préfecture en cas d'obstacle. Avec les certificats et rapports médicaux appropriés, le Service social du Comede suit en particulier les recours contre les refus fondés sur les avis

### La délivrance des Cartes de séjour temporaire (CST) pour raison médicale en France

En mars 2006, les données exhaustives les plus récentes publiées par le Ministère de l'intérieur datent de 2002 (Titres de séjour), et ne comprennent qu'une partie des délivrances effectives de titre : en sont notamment exclus les ressortissants algériens, ainsi que l'ensemble des étrangers qui reçoivent une Autorisation provisoire de séjour (APS dans un tiers des cas dans l'observation du Comede) au lieu de la CST prévue par la Loi. La somme des indicateurs publiés pour la métropole et pour les Départements d'Outre-Mer a été effectuée par le Comede jusqu'en 2002.

Pour 2003 et 2004, le rapport fait par la Commission des finances à l'Assemblée nationale en octobre 2005 indique des nombres de délivrance de CST, pour la seule métropole et sans les Algériens qui représenteraient un quart des avis rendus par les Médecins inspecteurs de santé publique. En mars 2006, le rapport d'évaluation de la première loi Sarkozy réalisé par le député du Vaucluse Thierry Mariani cite un nombre total de 16 164 CST en circulation en 2004 (premières demandes et renouvellements), ce qui représente 0,5% des 3 500 000 étrangers en France.

Données publiées	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total avis médicaux rendus	1 500	3 827	5 678	23 090	33 133	36 008	?
Taux d'accord selon la DPM	76%	75%	76%	63%	72%	65%	?
Total CST premières délivrances	1 497	1 755	2 948	3 437	4 540	6 232	?
Total CST avec renouvellements	3 715	4 941	7 259	9 149	12 109	16 164	?

défavorable des Médecins inspecteurs. Depuis 2 ans, l'augmentation du niveau d'exigence de pièces à fournir et la généralisation des obstacles opposés par les préfetures dans la mise en œuvre de la procédure ont conduit à une augmentation sensible du temps de travail consacré au suivi des demandes.

**Les illégalités manifestes comme les refus de délivrance de « récépissés de renouvellement » entraînent des situations d'urgence comme la perte d'emploi.** Ces situations de crises et l'impossibilité de dialoguer avec les bureaux des étrangers induisent un recours étendu aux procédures contentieuses contre l'administration au prix d'une augmentation du niveau technique des interventions du Service social et d'un allongement de la durée de consultation. En outre, l'avis favorable du Médecin inspecteur de santé publique ne garantit pas l'accès effectif à la Carte de séjour temporaire (CST) prévue par la Loi. Alors même que la condition de résidence habituelle en France est remplie (1 an d'ancienneté de résidence sur le territoire), certaines préfetures continuent de délivrer des Autorisations provisoires de séjour dans un tiers des cas (APS, 1 fois sur 2 sans autorisation de travail.

**Sur le plan de la procédure, les pratiques non réglementaires par les bureaux des étrangers en préfeture se sont accentuées tant pour accéder aux guichets que pour joindre un interlocuteur :**

- Refus d'enregistrement d'une demande en cas d'absence de passeport, situation fréquente chez les déboutés de l'asile en conflit avec leurs autorités nationales (Mauritanie, Cabinda, Inde) ;
- Refus d'enregistrement d'une demande de carte en cas de demande d'asile en cours ;
- Refus d'enregistrement d'une demande sans présentation de l'IQF asile et refus du service asile de délivrer ce document (Val-de-Marne) ;
- Refus d'enregistrement d'une demande faute de preuve suffisante de présence en France (Seine-et-Marne) ;
- Absence de récépissé de demande et parfois de tout reçu, perte de dossier, classement sans

suite sans motif (Val-de-Marne) ;

- Absence de notification des refus et impossibilité d'exercer un recours (Paris) ;
- Refus de délivrance des « récépissés de renouvellement » entraînant la perte de l'emploi (Seine-Saint-Denis) ;
- Délais de traitement déraisonnablement longs (12 mois à Nanterre, 8 mois à Paris, 7 mois à Bobigny) et délivrance de titres de séjour dont la durée est sur le point d'expirer ;
- Absence de copie de l'avis du MISP ayant fondé la décision ;
- Demande de paiement de taxe de chancellerie au delà du tarif prévu par la circulaire ministérielle du 22 mai 2003 (jusqu'à 198) ;
- Délivrance d'autorisation de séjour sans droit au travail en lieu et place de la carte de séjour.

### OBSERVATION DES ACCORDS ET DES REFUS

**Depuis 2003, le Comede a mis en place un programme d'observation des réponses préfectorales fondées sur l'avis des Médecins inspecteurs et du Médecin-Chef à Paris.** En 2005, nous avons pu ainsi documenter les réponses données par les préfetures à 234 exilés parmi les 258 patients ayant effectué une demande sur la période (soient 91% de situations connues). Majoritairement des hommes (76%), jeunes (âge médian 38 ans), ils sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (55%), d'Afrique Centrale (25%), et d'Asie du Sud (9%).

### Taux d'accords en 2005 par département

Département	2005	2004	APS	Délais
60-Oise	5/6	1/7	0/5	4 mois
75-Paris	53%	54%	35%	4 mois
77-Seine-et-M.	6/7	100%	0/6	7 mois
91-Essonne	63%	3/3	60%	4 mois
92-Hauts-de-S.	73%	80%	6%	5 mois
93-Seine-St-D.	48%	51%	45%	4 mois
94-Val-de-M.	57%	53%	32%	4 mois
95-Val-d'Oise	69%	23%	18%	3 mois
<b>Total</b>	<b>57%</b>	<b>55%</b>	<b>32%</b>	<b>4 mois</b>

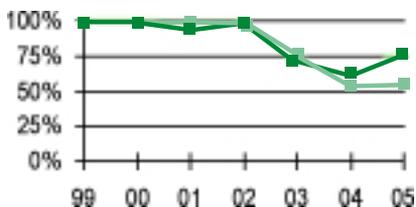
APS Autorisation provisoire de séjour  
Délai médian entre la demande et la réponse

## OBSERVATION

### Evolution du Taux d'accord entre 1999 et 2005

Taux d'accord	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Effectif global	21	28	94	192	335	438	435
Global	21/21	28/28	98%	98%	76%	55%	57%
1 <sup>re</sup> dem. Com.*	12/12	12/12	94%	98%	72%	63%	77%

\* Premières demandes soutenues par un médecin du Comede



Ils bénéficient d'une prise en charge médicale pour une ou plusieurs affections graves (296 au total, soit en moyenne 1,3 par patient), dont les plus nombreuses sont l'hépatite B chronique (30%), le diabète (15%), les maladies cardio-vasculaires (13%) et l'asthme (11%). Selon la situation, les procédures engagées ont été une première demande de carte de séjour (37% des 435 enregistrements), une demande de renouvellement (34%), un recours gracieux auprès du Préfet et du Médecin (20%) ou un recours contentieux auprès du Tribunal administratif (14%). Un cinquième des demandes (96 sur 435) ont été effectuées avant la première consultation au Comede. Les démarches ont eu lieu dans 12 départements de la région parisienne, principalement Paris (60%), la Seine-Saint-Denis (12%), et le Val-de-Marne (10%).

**L'analyse statistique repose croisée des réponses de l'administration avec les affections en cause conduit à la constitution d'un échantillon de 1543 enregistrements documentés au cours des 7 dernières années.**

Pour l'année 2005, 435 nouveaux enregistrements ont été documentés concernant 234 patients, soit en moyenne 1,9 séquences demandes-réponses par patient et par affection. Le taux d'accord (délivrance d'un titre de séjour et/ou décision judiciaire favorable au demandeur) est globalement stabilisé à 57% (55% en 2004) après avoir connu une diminution par 2 entre 2002 et 2004 (cf tableau et figure ci-dessus). Pour les seules premières demandes de carte soutenues par un médecin du Comede, le taux d'accord a réaugmenté à 77% après avoir chuté à 63% en 2004 (p<0,001).

**Le taux d'accord varie fortement selon l'affection et la nationalité, mais aussi la procédure et le département considérés.** Sur l'ensemble des réponses documentées entre 1999 et 2005, les accords sont plus fréquents en cas d'infection à VIH (92%, cf tableau ci-dessus) et d'hépatite C chronique (79%), que de maladies non transmissibles (asthme 70%, maladies cardio-vasculaire 69%, diabète 65%) ou d'hépatite B chronique (63%). Les malades

### Taux d'accord par affection, selon la procédure et le département (1999-2005)

% si n>10	Taux et effectifs		Procédure				Département				
	2005	n	99/05	1 <sup>ère</sup>	Ren	Rec G	Rec C	75	93	94	autre
Asthme	44%	207	70%	71%	81%	14%	60%	61%	81%	77%	83%
Diabète	47%	206	65%	63%	81%	14%	1/4	64%	38%	73%	75%
MCV	61%	255	69%	70%	80%	14%	67%	68%	65%	68%	76%
PSY	64%	72	72%	71%	79%	0/4	1/1	77%	73%	0/2	3/6
VHB	56%	374	63%	60%	80%	21%	59%	63%	50%	62%	70%
VHC	58%	66	79%	76%	85%	1/5	2/2	82%	5/5	1/3	67%
VIH	80%	53	92%	89%	100%	2/2	-	81%	7/7	100%	8/8
autres	61%	254	76%	81%	81%	26%	5/7	76%	73%	68%	80%
<b>Total</b>	<b>57%</b>	<b>1543</b>	<b>69%</b>	<b>70%</b>	<b>81%</b>	<b>19%</b>	<b>62%</b>	<b>68%</b>	<b>66%</b>	<b>71%</b>	<b>76%</b>
effectifs	<b>441</b>	1543	1543	525	790	175	53	969	169	174	231

HTA Hypertension artérielle, PSY Psycho-traumatisme grave, VHB Hépatite B chronique, VHC Hépatite C chronique, VIH Infection à VIH-sida.

Procédures : 1<sup>ère</sup> demande, demande de renouvellement, recours gracieux, recours contentieux (TA).

d'Asie du Sud (82%) et d'Afrique Centrale (73%) font l'objet d'une décision plus souvent positive que ceux d'Afrique de l'Ouest (64%, cf tableau ci-dessous) ou d'Afrique du Nord (56%,  $p < 0,001$ ). Les taux les plus défavorables concernent les ressortissants d'Algérie (59%) et de Côte d'Ivoire (56%), malgré l'impact dans ce dernier pays de la situation politico-militaire sur l'accès aux soins. Les patients souffrant d'autres affections graves, moins nombreux, sont plus favorablement traités (76%).

**Signe de la précarité du séjour pour ces étrangers malades, les demandes de renouvellement sont à peine plus souvent acceptées que les premières demandes de cartes** (81% vs 70% entre 1999 et 2005). Les recours gracieux donnent rarement lieu à la délivrance d'un titre (19%, la majorité des refus étant des décisions implicites de rejet), ce qui conduit à la multiplication des recours contentieux devant la juridiction administrative (62% de décisions favorables au malade). Le taux d'accord est fortement corrélé à la nationalité. C'est dans les départements où la demande est la plus forte que le taux d'accord est le plus bas. Pour des dossiers comparables, les taux d'accord sont significativement plus faibles en Seine-Saint-Denis (66% sur la période, et 48% en 2005), à Paris (68% et 53%), et dans le Val-de-Marne (71% et 57%) que dans les 9 autres départements concernés (76% et 72%,

$p < 0,001$ ). On observe entre les départements des différences importantes selon l'affection en cause. L'asthme persistant est considéré moins souvent grave à Paris (61% vs 81% dans les autres départements). En Seine-Saint-Denis, c'est le cas du diabète (38% vs 67%), et de l'hépatite B chronique (50% vs 64%). Ainsi, comme on a pu l'observer en matière de droit d'asile depuis une quinzaine d'année, l'augmentation de la demande entraîne la diminution du taux d'accord. Tout se passe comme si le climat de forte suspicion à l'égard des exilés, et par suite des médecins traitants et associations de soutien soupçonnés de « complaisance », conduisait certains Médecins inspecteurs à des excès en matière d'auto-contrôle, le « durcissement » des critères médicaux de régularisation étant observé en l'absence de toute modification réglementaire.

**En mai 2006, un nouveau projet de réforme du Code de l'entrée et du séjour des étrangers (Ceseda) sera présenté à l'Assemblée.** Un temps menacé d'abrogation, le droit au séjour pour raison médicale devrait finalement être préservé, sous réserve d'amendements parlementaires face auxquels le Comede et ses partenaires associatifs de l'ODSE (page 40) devront se montrer particulièrement vigilants. Toutefois, dans un contexte de restriction d'application depuis 2003, l'exercice de ce droit pourrait être fortement influencé par les pratiques

### Taux d'accord par affection, selon les principales régions et pays d'origine (1999-2005)

% si n>10	Régions				Nationalités							
	AFC	AFN	AFO	ASS	ALG	BAN	CRD	CIV	MAL	MAU	PAK	SEN
Asthme	93%	3/5	63%	83%	3/4	78%	90%	56%	61%	69%	88%	68%
Diabète	65%	61%	51%	78%	61%	68%	67%	31%	64%	-	80%	47%
MCV	70%	56%	67%	73%	56%	67%	88%	50%	65%	71%	75%	5/8
PSY	65%	0/3	5/7	90%	0/2	90%	55%	-	0/2	1/1	-	-
VIH	92%	-	93%	-	-	-	86%	6/7	4/4	3/4	-	1/1
VHB	71%	0/1	59%	85%	-	86%	81%	34%	64%	58%	5/5	54%
VHC	53%	-	93%	94%	-	4/4	56%	8/8	1/2	-	92%	5/5
autres	76%	63%	69%	92%	63%	-	75%	76%	61%	67%	0/1	75%
<b>Total</b>	<b>73%</b>	<b>56%</b>	<b>64%</b>	<b>82%</b>	<b>59%</b>	<b>76%</b>	<b>78%</b>	<b>56%</b>	<b>64%</b>	<b>64%</b>	<b>84%</b>	<b>61%</b>
effectifs	269	64	785	275	59	118	148	113	345	118	61	97

AFC Afrique centrale, AFN Afrique du Nord, AFO Afrique de l'Ouest, ASS Asie du Sud, ALG Algérie, BAN Bangladesh, CRD Congo RD, MAL Mali, MAU Mauritanie, PAK Pakistan, SEN Sénégal

## OBSERVATION

des Commissions médicales régionales récemment mises en place suite à la parution en février 2006 du décret prévu par la loi de novembre 2003. De plus, s'il était voté en l'état, le projet actuel de réforme de l'immigration conduirait à restreindre encore davantage le droit au séjour des étrangers en France. Il est alors à craindre que, pour les malades, la demande de carte de séjour pour raison médicale continue de progresser, et entraîne de nouvelles restrictions d'application pratique, comme on peut déjà l'observer dans certains des départements les plus sollicités.

**Pour toutes ces raisons, la vigilance des associations de soutien aux étrangers et aux malades reste plus que jamais nécessaire, tout comme l'évaluation des pratiques et des réponses de l'Administration.** Dans cette optique et faute de données détaillées publiées par les autorités, le Comede a proposé fin 2005 aux associations partenaires de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers de s'associer à ce programme d'observation, ce qui sera progressivement mis en place au cours de l'année 2006. ■



## Le Centre de santé : accueil et soins

(Indicateurs page 44 à 46)

**Le Comede a délivré 15 352 consultations en 2005, soient 66 consultations par jour en moyenne** pour 231 jours d'ouverture du Centre de santé aux patients. Si l'activité du Service social a augmenté pour la quatrième année consécutive (+8% par rapport à 2004), les 3 autres services ont reçu moins de consultants que l'année précédente. La baisse des consultations de Médecine (-9%) est principalement liée à une diminution de l'offre, en raison du retard au recrutement de nouveaux médecins en 2005, retard imposé par des délais de versement des subventions exceptionnellement longs. Elle tient également à l'allongement de la durée moyenne de consultation face à la part croissante des prestations spécialisées, phénomène qui devrait continuer sa progression en 2006. En raison de la réorganisation du Service infirmier en avril 2005 pour une action renforcée de santé publique, le nombre global des consultations infirmières et de santé publique a diminué (-8%). Enfin, à moyens constants, la diminution des entretiens de Psychothérapie (-10%) tient à une forte augmentation de l'absentéisme aux rendez-vous par rapport aux années précédentes, particulièrement dans les périodes où le plan Vigipirate est activé.

**Les patients ont consulté en moyenne 3,1 fois (6,6 pour les Patients à suivre) pour une médiane de suivi de 2 mois (6 mois).** Pour les patients dépourvus de protection maladie complémentaire (cf Accès aux soins page 19) et pour les consultations non médicales qui ne sont pas remboursées par la CMU, le Comede bénéficie d'un important financement par la Direction de la population et des migrations et du Fonds européen pour les réfugiés.

**La part de l'interprétariat professionnel dans les consultations du Centre de santé a progressé en 2005.** Les interprètes ont effectué 1 229 consultations en appui des intervenants du Comede (+13% par rapport à 2004, et 8% du

total des consultations) en 10 langues : 410 en Tamoul, 302 en Turc/Kurde, 224 en Bangali/Hindi/Ourdou, 150 en Pullar/Soninke/Bambara et 143 en Russe. Avec la mise en place de 2 nouvelles permanences fin 2005, leur nombre a été porté à 7 demi-journées par semaine pour l'ensemble des services, alors que des permanences dédiées à la psychothérapie ont lieu chaque mois en Turc/Kurde (2 demi-journées), en Tamoul et en Russe. Si les moyens financiers du Comede le permettent, la progression des vacations d'interprétariat professionnel devrait se poursuivre en 2006, notamment en psychothérapie. De plus, nous allons mettre en place prochainement une évaluation systématique de l'utilisation des autres langues par les professionnels du Comede selon les besoins : Anglais, Arabe, Chinois/Mandarin, Créole haïtien, Espagnol, Langue des signes, Lingala, Malgache, Portugais et Wolof.

**Près de la moitié des consultations du Comede requièrent une expertise juridique et administrative (45% en 2005).** Les informations et interventions relatives à la procédure d'asile, et tout particulièrement la certification médicale, restent les plus fréquentes (20% du total, et 30% en Médecine). C'est dans le domaine du droit au séjour pour raison médicale que l'expertise a le plus progressé (18%, vs 11% l'année en 2004), particulièrement au Service social (49%) et en Médecine (19%). Enfin, 7% des consultations nécessitent une information spécialisée et souvent une intervention en matière d'accès aux soins, plus souvent au cours des Consultations infirmières (9%).

**Comme les années précédentes, le Centre de santé du Comede n'a pas pu répondre à tous les exilés qui s'y sont présentés.** Devant le manque quotidien de places disponibles en médecine générale, le Service infirmier a dû sélectionner les patients à recevoir en priorité par le médecin (37% des Consultations infirmières en

## ACTIVITÉ

2005). C'est ainsi que de nombreux patients continuent de se présenter chaque matin plusieurs heures avant l'ouverture du Centre, ce qui ne peut pas être satisfaisant lorsqu'il s'agit d'accueillir des personnes particulièrement fragilisées, et de garantir la plus grande équité entre les situations.

**La réorganisation des procédures d'accès au Comede, en avril 2005, a permis d'améliorer le repérage des patients les plus vulnérables,** mais seul le recrutement de médecins supplémentaires permettrait de stabiliser le nombre total de consultations de plus en plus complexes. La part importante des patients suivis pour affection grave (31% de Patients à suivre en 2005, qui utilisent 51% des consultations), la progression de l'interprétariat, et celle de l'expertise requise, conduisent en effet à allonger la durée moyenne des consultations de Médecine, de Service infirmier et de Service social. Ces deux derniers services fonctionnent déjà à 100% d'occupation des locaux actuels du Comede, alors que les consultations de Médecine (80%) et de Psychothérapie (70%) pourraient encore être renforcées.

### SERVICE D'ACCUEIL

**Le Service d'accueil est le lieu où s'établit le premier contact avec les patients.** Deux agents y assurent la permanence de l'accueil du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30. Dès 6h00, la porte extérieure du Pavillon La Force est ouverte par un agent de sécurité de l'hôpital de Bicêtre pour que les premiers arrivants puissent pénétrer dans une salle d'attente chauffée où ils inscrivent leur nom sur une liste destinée à la consultation de Médecine générale. Lorsque cette liste est remplie, les patients utilisent une seconde liste destinée à la consultation infirmière, qui sera complétée au cours de la journée par les agents d'accueil.

**L'ouverture du centre a lieu à 8h30 par les deux agents d'accueil,** ce qui permet d'accéder à la seconde salle d'attente située au 2ème étage du bâtiment. Les patients ayant un rendez-vous

(50% des places en médecine, à quoi s'ajoutent les rendez-vous systématiques pour les mineurs étrangers et ceux destinés à la rédaction des certificats médicaux « pour l'asile », 100% dans les consultations infirmières, sociales et psychothérapeutiques) viennent directement à l'heure prévue.

**Les agents d'accueil doivent faire preuve de calme, de patience et d'une grande disponibilité** afin de rassurer des personnes fragilisées par les conditions de leur exil, anxieuses dans l'attente de la consultation et fréquemment non francophones. Chaque nouveau patient est reçu dans un bureau pour un entretien d'un quart d'heure. L'agent d'accueil y établit le dossier médical, remet au patient son livret de santé du Comede (versions bilingues en Russe, Tamoul et Turc en 2005 et jusqu'à l'utilisation prochaine des livrets édités en 23 langues en partenariat avec la DGS et l'Inpes), et donne les premiers éléments d'information et d'orientation sur les droits sociaux et les démarches à accomplir. Pour tous les patients dépourvus de protection maladie, l'agent d'accueil complète et délivre un formulaire-Comede de demande à l'attention du Centre de sécurité sociale de secteur (cf Accès aux soins page 19).

**Le Service d'accueil traite également les appels téléphoniques reçus par le standard du Comede** (hors appels directs dans les permanences du Suivi médical et du Suivi de l'accès aux soins, ainsi que par les membres de la coordination du Comede), assurant de ce fait une fonction essentielle du Centre-ressources destiné aux professionnels. Connaissant depuis plusieurs mois une forte augmentation du fait de la diffusion du Guide Comede 2005, les appels traités par le standard téléphonique du Comede seront précisément évalués au cours de l'année 2006.

## CONSULTATION DE MÉDECINE

**Les médecins généralistes ont effectué 8 359 consultations, dont 10% avec interprète, pour 3 612 patients** (-9% par rapport à 2004). Outre les permanences assurées par les interprètes professionnels en 10 langues, les médecins du Comede peuvent consulter en Français, Anglais, Arabe, Espagnol, Malgache, Portugais ainsi qu'en langue des signes pour les exilés sourds. Avec 15 professionnels pour un équivalent temps plein (ETP) de 2,7 consultations simultanées, la Consultation de médecine générale constitue le pivot de la prise en charge initiale et peut orienter vers le Service social, le psychologue et/ou le Service infirmier. Si l'écoute et le soutien restent essentiels dans la réponse proposée à l'ensemble des patients, les médecins sont les plus sollicités des consultants du Centre de santé en matière d'expertise relative à l'asile (28%), et consacrent 11% des consultations à la rédaction des certificats et rapports médicaux destinés à la demande d'asile ou de carte de séjour pour raison médicale. Par rapport au total des consultations, les médecins reçoivent davantage de Patients à suivre (45%), de patients d'Asie du sud (32%), d'Europe de l'Est (8%) et de mineurs (3%).

**Le bilan de santé recommandé a été effectué chez 81% des exilés.** Au terme de la première consultation et avec l'accord du patient, les médecins du Comede ont complété l'examen clinique dans 74% des cas par la réalisation d'examens complémentaires ciblés, alors que 7% des nouveaux patients avaient déjà pratiqué un tel bilan de santé depuis l'arrivée en France. Ces examens sont réalisés gratuitement par les laboratoires de la DASES, partenaire conventionnel du Comede depuis 1984. Adressés au Centre de santé, les résultats du bilan sont remis au patient et commentés lors de la deuxième consultation. Ils permettent le dépistage précoce et la prise en charge de diverses affections graves ou potentiellement graves pour les « Patients à suivre ».

**Les prescriptions médicales sont honorées dans les pharmacies et laboratoires de ville**

**pour 59% des consultants,** qui détiennent une protection maladie intégrale (cf Accès aux soins page 19). Les premières consultations de médecine conduisent à la délivrance de médicaments par la pharmacie du Comede (14% de l'ensemble, 35% pour les patients dépourvus de Complémentaire), dans l'attente de l'ouverture des droits à la protection complémentaire. La demande d'admission immédiate à la CMU Complémentaire est indiquée dans 17% des cas, lorsqu'il est nécessaire de recourir sans délai à un examen spécialisé, au médecin spécialiste, à l'hôpital de jour ou au dentiste. Les patients consultent alors soit au plus près de leur domicile, soit pour les situations plus complexes auprès de l'un des partenaires du Comede sur l'ensemble de la région Ile-de-France (cf Répertoire IdF du Guide Comede). En 2005, 41 consultations ont conduit à une hospitalisation en urgence à l'hôpital du secteur, ou directement à l'hôpital de Bicêtre en cas d'urgence vitale.

**La consultation de médecine relève d'une expertise médico-juridique dans 53% des cas,** en matière de droit d'asile (28%), de droit au séjour (19%) et de protection maladie (6%). La demande de certificat médical « constatant » la violence et la torture ne faiblit pas, la pression exercée sur les demandeurs d'asile par l'Ofpra, la CRR et les avocats restant très forte. Incompatible avec une procédure « d'urgence », la délivrance d'un tel certificat nécessite au minimum une première consultation destinée à l'évaluation médico-psychologique, et, si le certificat est indiqué, un rendez-vous ultérieur consacré à la rédaction. La forte diminution des « certificats pour l'asile » délivrés en 2005 (653, -28%) est due à la diminution des rendez-vous réservés par le Comede à cette expertise, en raison de la priorité donnée aux consultations destinées aux soins dans un contexte de diminution globale de l'offre. L'évaluation des demandes de carte de séjour pour raison médicale, effectuée en coordination avec le Service social, a conduit à la rédaction de 254 rapports médicaux (+22%, dont 145 premières demandes de carte, 68 recours gracieux contre un refus médical de la préfecture, et 41 demandes de renouvellement), et 48 certificats

## ACTIVITÉ

destinés à un recours contentieux auprès du Tribunal administratif (+66%). Ces rapports et certificats concernaient 234 malades déboutés et sans-papiers (+13%).

### SERVICE INFIRMIER

**Suite à sa réorganisation en 2005, le Service infirmier a effectué 4 361 consultations pour 2 255 patients (-8%),** dont 174 consultations spécialisées d'éducation pour la santé effectuées par un médecin et une infirmière de santé publique, ainsi qu'une diététicienne (cf Prévention page 13). L'interprète a été sollicité pour 5% des consultations infirmières, et 31% des consultations d'éducation thérapeutique, outre les consultations conduites directement en Anglais, Arabe et Russe. La permanence du Service infirmier est assurée par 2 professionnels pour un équivalent de 1,2 plein-temps auprès des patients. Depuis le mois d'avril 2005, des rendez-vous de Service infirmier sont accessibles entre 8h45 et 17h00 à raison de deux patients par demi-heure en moyenne, et la proportion des places de médecine générale dédiées aux situations prioritaires a été augmentée. Par rapport au total des consultations, le Service infirmier reçoit davantage de patients d'Afrique de l'Ouest (30%).

**Sur un plan médico-juridique, l'expertise du Service infirmier est sollicitée dans 29% des cas,** en matière de demande d'asile (12%), d'accès aux soins (9%, proportion la plus importante parmi l'ensemble des services du Comede), et de droit au séjour (8%). Outre les consultations dédiées à l'éducation thérapeutique (3%, cf supra), les infirmiers effectuent sur prescription médicale des vaccinations (3%, principalement contre l'hépatite B), et délivrent quelquefois des médicaments (1%). Le Service infirmier est également très impliqué dans les actions du Suivi de l'accès aux soins (SAS, cf Accès aux soins page 19), notamment à la permanence téléphonique, et intervient dans le domaine de la formation.

**Les infirmier/es du Comede sont en première ligne face aux demandes des patients accueillis en plus des places disponibles en médecine.** Pour ces patients, sur des critères médico-psycho-sociaux, l'infirmier/e a pu proposer un rendez-vous au centre dans 43% des cas, dont 37% en médecine, et orienter vers un autre dispositif de santé dans 12% des cas, dont 4% vers la Sécurité sociale. Faute de place et hors urgence, les médecins du Comede n'ont pu répondre à la demande de 45% des consultants du Service infirmier en 2005.

**Le Service infirmier a également en charge la gestion de la pharmacie du Comede,** sous la supervision d'une pharmacienne et d'un médecin. Les infirmier/es consacrent une part importante de leur travail à la récupération et au tri continu des médicaments, ainsi qu'aux commandes de ceux qui doivent être achetés, comme certains anti-parasitaires. Dans le cadre des partenariats du Comede avec un grossiste-répartiteur (Alliance Santé), Pharmacie Humanitaire Internationale, et l'Ordre de Malte, le volume des médicaments à trier a diminué en 2005.

### SERVICE SOCIAL

**Le Service social a effectué 1 758 consultations pour 697 patients (+8%).** L'interprète a été sollicité pour 1% des consultations, outre celles effectuées directement en Anglais. La permanence du Service social du Comede est assurée par 3 professionnels pour un équivalent de 1,4 plein-temps auprès des patients. L'orientation vers le Service social est proposée par le médecin ou l'infirmier/e pour des interventions relatives au droit de la santé, ainsi que pour des activités de soutien social pour les personnes les plus vulnérables. Par rapport au total des consultations, le Service social reçoit ainsi davantage de femmes (33%), de personnes âgées de plus de 60 ans (4%), ainsi que de patients d'Afrique de l'Ouest (42%), d'Afrique Centrale (40%), et de Patients à suivre (72%).

**Compte-tenu de la précarité des conditions de vie des exilés accueillis au Comede, les consultations sociales sont très souvent l'occasion d'aide à la vie quotidienne** - hébergement excepté -, directement ou avec une orientation vers les partenaires publics ou associatifs. Les assistants sociaux sont proportionnellement plus souvent sollicités que les autres consultants en matière de droit au séjour pour raison médicale, et ont notamment aidé 234 exilés à constituer leurs dossiers de demande de carte de séjour pour raison médicale (145 premières demandes, 68 recours gracieux, et 48 recours contentieux auprès du Tribunal administratif, cf Droit de la santé page 25).

**En 2005, 66% des consultations du Service social du Comede relevaient d'une expertise juridique**, en matière de droit au séjour (49%), de droit d'asile (10%), et d'accès aux soins (7%). Les bilans socio-juridiques consacrés aux personnes qui viennent d'obtenir le statut de réfugié ont concerné 5% des consultations sociales en 2005. Le Service social tient par ailleurs un rôle majeur dans les activités du Centre-ressources du Comede, en matière d'accès aux soins, d'information et de formation des professionnels sur le droit d'asile, le droit à la santé, et la prise en charge socio-juridique des exilés.

### ENTRETIENS DE PSYCHOTHÉRAPIE

**Les psychothérapeutes ont effectué 874 entretiens pour 329 patients** (-10%), dont 13% en présence d'interprètes en Kurde, Russe, Tamoul et Turc, outre les entretiens conduits directement en Anglais et Lingala. En mars 2006, de nouvelles vacations d'interprètes en Bangali et Hindi sont mises en place afin de favoriser la prise en charge psychothérapeutique des patients d'Asie du Sud, qui présentent très fréquemment des antécédents de violence et torture au pays d'origine. Trois psychologues assurent des consultations pendant 7 demi-journées par semaine au centre. Par rapport au total des consultations, on observe une présence plus importante des femmes (41%), des patients

d'Afrique Centrale (47%), d'Europe de l'Est (11%), alors que tous les patients suivis en psychothérapie sont « Patients à suivre ».

**L'orientation initiale vers le psychologue est proposée par le médecin**, généralement après les résultats du bilan de santé. Par réticence à consulter un psychologue - observée dans toutes les cultures - ou plus rarement faute d'interprétariat adéquat, 10% des patients souffrant de psycho-traumatisme poursuivent une prise en charge exclusivement médico-sociale. La durée médiane de suivi au Comede est de 6 mois, et recouvre des modes de prise en charge qui diffèrent selon le retentissement du traumatisme psychique et la précarité de la situation sociale : thérapies d'inspiration analytique et/ou thérapies de soutien.

**Face à un tableau clinique de névrose traumatique et/ou de dépression réactionnelle**, les psychologues et les médecins peuvent conduire l'essentiel des prises en charge requises. Les médecins généralistes sont formés à l'utilisation des traitements antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques, mais l'avis d'un psychiatre reste nécessaire en cas de tableau psychotique (3% des affections psychologiques graves en 2005). En région parisienne, la sollicitation du Centre médico-psychologique de secteur se heurte à de fortes résistances pour ce public, les CMP étant déjà aux prises avec de grandes difficultés de prise en charge d'autres populations en situation précaire, ainsi que largement ignorants du contexte de l'exil. Souvent invoqué, l'argument d'absence d'interprète peut masquer un déficit de motivation de la part des intervenants de ces structures.

### SUIVI MÉDICAL

**La permanence quotidienne du Suivi médical du Comede est assurée par 4 médecins** (1,4 ETP), au service de l'équipe du Centre, ainsi que des professionnels et particuliers du réseau, notamment dans le cadre de la permanence téléphonique (cf Centre-ressources page 35). Ce

## ACTIVITÉ

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

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

**L'organisation de la continuité des soins dépend en grande partie de la coordination entre les soignants impliqués et la permanence du Suivi médical.** Pour chaque Patient à suivre, un Thérapeute référent, médecin

et/ou psychologue, est identifié à la fois par le patient et les partenaires de la prise en charge, au moyen du dossier médical et du livret de santé du patient. Les Patients à suivre bénéficient d'un accueil prioritaire au Comede, sur rendez-vous en médecine lors des premières consultations et systématiquement sur rendez-vous en psychothérapie. A partir du Dossier à suivre, fiche de liaison entre le Thérapeute référent et le Suivi médical, ainsi que d'un programme informatique développé sous le logiciel Access, les médecins du Suivi médical assurent une veille médico-sociale continue des Patients à suivre, afin de contacter par téléphone et/ou par courrier celui qui n'a pas consulté dans les délais préconisés dans le dossier. Compte-tenu de la grande précarité socio-administrative de ces patients, la précocité du contact est essentielle pour prévenir les ruptures dans la continuité des soins.

**Le Suivi médical du Comede occupe un poste d'observation détaillée sur la pathologie et la prise en charge médico-psychologique des exilés.** A partir des activités quotidiennes du Suivi médical, le Comede peut dresser une carte épidémiologique permettant de cerner les besoins, d'évaluer les actions de santé en cours et de cibler les actions prioritaires à mettre en place, comme l'amélioration du suivi des patients atteints de psycho-traumatisme grave, ou encore la supervision de l'application des protocoles de prise en charge des patients par les médecins et les psychologues du Centre de santé en 2006. Le Suivi médical participe en outre activement aux actions du Centre-ressources du Comede, en matière d'accès aux soins, d'information et de formation des professionnels sur les aspects préventifs, thérapeutiques et juridiques de la prise en charge médico-psychologique des exilés. ■



## Le Centre-ressources : information et formation

(Indicateurs pages 47 et 48)

**L'année 2005 a été marquée par le succès du Guide Comede auprès des acteurs de la santé des exilés en France.** Edité fin 2004 en partenariat avec l'Inpes et la DGS, récompensé notamment par le prix Prescrire du Livre médical et pharmaceutique 2005, le Guide compte 27 043 utilisateurs début 2006, en métropole et dans les départements d'Outre-Mer. La diffusion de Maux d'exil, la lettre du Comede aux membres du réseau, a également été multipliée par 2 par rapport à l'année précédente, 47% des 4 142 destinataires résidant en région Ile-de-France. Les activités de permanence téléphonique et de formation se sont stabilisées, alors que les activités de partenariat et de recherche ont encore progressé en 2005. Destinées à la promotion de la santé des exilés, les activités du Centre-ressources représentent la moitié de l'activité globale du Comede, incluant un investissement particulièrement important des membres de la Direction, de la Coordination et du Suivi médical. Elles sont principalement financées par la Direction générale de la santé, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, le Fonds d'action sociale, d'intégration et de lutte contre les discriminations, et la Direction générale de l'action sociale.

**A partir de son poste d'observatoire de la santé des exilés, le Comede a ainsi poursuivi le développement des activités de recherche, information et formation constitutives du Centre-ressources.** L'importance et la variabilité de la file active du Centre de santé, ainsi que la diversité des problèmes de santé pour lesquels l'équipe est sollicitée, permettent en effet une mise à jour régulière des informations utiles à la qualité de la prise en charge médico-psycho-sociale. La lutte contre l'exclusion et les discriminations que connaissent les exilés passe par un accueil et une prise en charge facilitée dans les dispositifs « de droit commun ». Les problèmes de santé des exilés réclament certes

des conditions particulières de prise en charge, en premier lieu avoir le temps d'écouter les patients, et si besoin avec un interprète. Il est également nécessaire de disposer d'une information sur les aspects psychologiques et juridiques de l'exil et de la demande d'asile, qui jouent un rôle de premier plan sur les doléances et les attentes des exilés. Ces conditions peuvent toutefois être réunies dans les structures de droit commun, notamment lorsqu'un travail pluridisciplinaire y est déjà pratiqué, comme c'est déjà le cas dans certains réseaux de soins. Régulièrement mis à jour dans le cadre des activités quotidiennes de l'équipe professionnelle, le réseau du Comede compte 1 000 professionnels, associations et dispositifs publics pour la région Ile-de-France.

### INFORMATION, PUBLICATIONS ET INTERVENTIONS

**Les permanences téléphoniques du Comede ont traité 2 472 appels en 2005 (-1%),** dont 1 573 ont été caractérisés par les relevés détaillant l'origine et le motif des sollicitations. Les appelants sont des professionnels du Social (35%), de la Santé (14%), du Droit (7%), ou de l'Administration (4%), ainsi que des patients du Centre de santé (20%) et d'autres particuliers, qui appellent pour eux-mêmes ou un proche (20%). Les professionnels exercent le plus souvent dans un dispositif de soins (23%), une association spécialisée (18%), ou un dispositif social (12%). En 2005, 13% des appels provenaient d'une autre région que l'Ile-de-France (22% parmi les appelants de métier social). Les appels traités par le Comede portent principalement sur le droit au séjour des étrangers malades (40%, et 70% parmi les juristes et avocats) ; des questions de prise en charge médico-psychologique (30%, et 58% parmi les soignants) ; des questions d'accès aux soins (23%, et 40% parmi les professionnels de l'Administration) ; et la procédure d'asile (7%). Les caractéristiques des

## ACTIVITÉ

exilés concernés par ces appels sont détaillées au chapitre Population, page 9. Les appels ont été traités en majorité par les Permanences du Suivi médical (61%), et du SAS (9%, cf Accès aux soins page 19). En 2005, 30% des appels ont été pris par les autres services du Comede. Très sollicité sur les questions du droit au séjour et du droit d'asile, le Service social du Comede n'est pas doté actuellement des moyens nécessaires pour assurer simultanément une permanence pour les consultants et les appelants du Comede. En complément de ces permanences téléphoniques et en partenariat avec l'Inpes, la restructuration et le développement du site internet du Comede constitue la priorité de développement du Centre-ressources en 2006.

**Trois numéros de Maux d'exil, la lettre du Comede aux membres du réseau, ont été publiés en 2005.** Face à l'augmentation des sollicitations, le tirage est passé de 2 000 à 5 000 exemplaires entre mars 2005 (n°11) et mars 2006 (n°14). Les destinataires de Maux d'exil sont pour près des trois-quarts des professionnels et dispositifs de santé, social et droit, et pour un quart les décideurs et administrateurs de la santé, de l'asile et du séjour des étrangers. Ils résident principalement en région Ile-de-France (47%), Rhône-Alpes (7%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (6%), Centre (5%), Départements d'Outre-Mer, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon, Bretagne et Pays-de-la-Loire (3%). L'intérêt suscité par le dossier consacré à « La raison médicale et le droit au séjour » à l'occasion du nouveau format de Maux d'exil (n°12, septembre 2005), nous a conduit à renouveler les dossiers proposant 4 points de vue croisés sur le même thème. Le numéro 13 (décembre 2005) a ainsi été consacré à la « Mobilisation des acteurs de la santé en faveur des exilés », et le numéro 14 (mars 2006) aux conséquences des persécutions subies par les exilés : « Violence et torture, survivants et soignants ». Si nos moyens financiers le permettent, la parution de Maux d'exil devrait être trimestrielle en 2006 (mars, juin, septembre et décembre).

**Au total, les membres du Comede ont réalisé 22 publications et effectué 21 interventions publiques en 2005.** Outre les articles parus dans Maux d'exil, les professionnels du Comede ont notamment publié dans la Revue de droit sanitaire et social, La santé de l'homme, et Plein droit. Par ailleurs, la suite du partenariat éditorial entre le Comede, l'Inpes et la DGS a conduit à la réalisation d'une version mise à jour et élargie du Livret de santé bilingue remis aux patients du Comede, à paraître en mai 2006. Destiné aux migrants/étrangers en situation précaire et usagers des dispositifs de santé/social, ce livret de santé en 23 langues a bénéficié du concours de l'Anaem, de la Cimade, de la DPM, de Médecins du monde et du Secours catholique. Les membres du Comede ont également assuré des interventions publiques sur la santé des exilés, notamment à l'occasion du colloque Prévention VIH migrants (Inpes, OMI et Sida info service), de la Journée du réfugié (CFDA), des séminaires DDASS DRASS VIH migrants (DGS) ou Migrants et VIH (Glaxo), ou encore du Colloque Exil et VIH (EPS Ville-Evrard).

## FORMATION, ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

**La version 2005 du Guide Comede a été commandée à 19 211 nouveaux exemplaires au cours de l'année,** ce qui porte le nombre total d'utilisateurs à 27 043 début 2006, alors que l'Inpes effectue un nouveau tirage de 15 000 exemplaires supplémentaires pour faire face à la demande. La version informatique du Guide 2005 a également été chargée sur le site internet du Comede à 3 858 reprises, en totalité (44%), ou en partie (Accès aux soins 24%, Droits et soutien 15%, Soins et prévention 8%, Répertoire Ile-de-France 6%). Les nouveaux utilisateurs du Guide Comede résident principalement en région Ile-de-France (51%), Départements d'Outre-Mer (8%), PACA (7%), Rhône-Alpes (6%), et Centre (4%). Professionnels et intervenants en santé/social auprès des exilés, ils exercent principalement dans les dispositifs médicaux et hospitaliers (25%), associations spécialisées (19%), dispositifs de soutien social et d'hébergement (16%), services administratifs et

de protection maladie (13%), services spécialisés de santé publique (7%), alors que 20% des commandes émanent de dispositifs d'enseignement et de particuliers.

**Le caractère pluridisciplinaire du travail au 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 juridique, transformation épidémiologique et diversification de l'origine géographique. L'information des partenaires de la prise en charge est d'autant plus nécessaire que, dans un contexte de pénurie de ressources, les associations spécialisées sont débordées et une part croissante des demandes sont reportées sur les professionnels et services « du droit commun ». 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. Devant l'intérêt suscité par le Guide, et en raison des modifications substantielles des aspects juridiques de la santé des exilés, le Comede, l'Inpes et la DGS poursuivent leur partenariat en vue de réaliser une édition mise à jour en 2006-2007.

**Les activités de formation et d'enseignement menées par le Comede se sont stabilisées en 2005.** Les professionnels du Comede ont animé 38 demi-journées de formation sur l'année, pour 570 stagiaires. Les sessions ont principalement eu lieu à Paris (11), Cayenne (7), Montreuil et Rennes (3), Lyon, Toulon et Toulouse (2). Outre les

formations réalisées sur site à la demande de nos partenaires, le Comede propose depuis fin 2005 des modules-types de formation réalisables dans les locaux mis à disposition du Comede par le Centre hospitalo-universitaire de Bicêtre. Les membres du Comede ont également assuré des séances d'enseignement pour l'IFSI de la Faculté Necker et les Masters des facultés Bichat et Bicêtre (Santé publique), ainsi que Bobigny (Administration économique et sociale). Le Centre de santé a également accueilli en formation 27 stagiaires en 2005, infirmier/es (17), médecins (4), agents d'accueil (2), conseillère en économie sociale et familiale (1), médiateur en santé (1), psychologue (1) et documentation (1). Par ailleurs, le Comede a été un terrain de recherche pour des thèses de doctorat en médecine, en pharmacie, ainsi qu'un master de psychopathologie.

**La participation du Comede à des partenariats de recherche opérationnelle a encore progressé en 2005.** L'expertise du Centre-ressources a été sollicitée dans le cadre de 16 groupes de partenariats (cf page 48), principalement sur les questions de l'épidémie VIH (Aids & mobility, ANRS, Inpes, TRT5), de santé-précarité (DGAS, DRASS, DRESS), de la tuberculose (DASES, DGS), du droit d'asile (ANAFE, CFDA, GRAF), ou encore du droit à la santé des étrangers (Gisti, ODSE, Picum). La participation active du Comede à différents groupes et programmes de recherche sur la santé des exilés est l'une des missions fondamentales de l'association. Si la progression de cette activité a été rendue possible par le renforcement de la direction du Comede à l'été 2005, tout développement ultérieur suppose davantage de moyens en personnel que nous n'en comptons actuellement. ■

## PRINCIPAUX PARTENARIATS ASSOCIATIFS DU COMEDE EN 2005

■ **L'ANAFE (Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers), dont l'objet est de fournir une aide à caractère juridique et humanitaire aux étrangers en difficulté aux frontières**, réunit 21 organisations ([www.anafe.org](http://www.anafe.org)). Le Comede est membre du Conseil d'Administration. Si le nombre d'étrangers maintenus en zone d'attente a diminué depuis 2003, de nombreux dysfonctionnements nécessitent l'intervention quotidienne de l'ANAFE (manque d'information sur les procédures, maintien de mineurs isolés, examen expéditif des demandes d'asile, non respect du jour franc avant refoulement, obstruction au droit d'accès des associations). L'ANAFE, ainsi que certaines associations membres, disposent d'un droit de visite contingenté pour l'accès aux zones d'attente (huit visites par zone et par association), mais revendique depuis l'origine un accès permanent. La convention expérimentale de six mois avec le Ministère de l'intérieur signée en mars 2004, a été reconduite afin d'exercer une assistance auprès des étrangers non admis à l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle. Par ailleurs, une permanence téléphonique est accessible aux étrangers en difficulté à la frontière, et à leurs proches. L'ANAFE n'a pas publié de rapport en 2005, mais a communiqué à de nombreuses reprises pour dénoncer les refus d'admissions au titre de l'asile ou les violences policières.

■ **La CFDA (Coordination française pour le droit d'asile), regroupant les associations de défense du droit d'asile et associant le HCR, s'est particulièrement intéressée aux conditions d'accueil des demandeurs d'asile en France, ainsi qu'aux projets européens d'externalisation de la procédure d'asile.** Le Comede participe aux travaux de la réunion plénière mensuelle et au groupe de travail sur l'Europe. La date limite de transposition par la France de la directive européenne sur les normes minimales d'accueil des demandeurs d'asile étant fixée au 6 février 2005, la CFDA a développé l'analyse complète de cette directive et dénoncé la non-conformité de la réglementation française notamment parce qu'elle prive les demandeurs en « procédure prioritaire » de toute assistance. La création de l'allocation temporaire d'attente a également été dénoncée pour son approche strictement comptable des conditions d'accueil. La CFDA a organisé les 19 et 20 juin 2005, la 4ème rencontre nationale pour le droit d'asile, à l'occasion de la Journée mondiale du réfugié au FIAP à Paris. La rencontre avec l'ensemble des coordinations en région a permis de resserrer les liens et d'améliorer la diffusion des informations sur la réforme. Enfin, la CFDA a été auditionnée en novembre 2005 par la Commission nationale consultative des droits de l'Homme. Le site internet a été mis en ligne ([www.cfda.rezo.net](http://www.cfda.rezo.net)).

■ **L'ODSE (Observatoire du droit à la santé des étrangers) a pour objectif la surveillance de l'application des textes ouvrant droit à l'assurance maladie et à l'Aide médicale État (AME), ainsi que des textes régissant le droit au séjour des étrangers atteints d'affections graves.** Le Comede est particulièrement investi dans l'animation du secrétariat. Concernant la protection maladie, l'ODSE a poursuivi son action contre les conséquences de la double réforme de l'AME (2002-2003) par deux interpellations publiques et sept rencontres techniques avec le cabinet du ministre de la santé et les administrations concernées (DGAS et DSS). C'est dans ce contexte qu'ont été publiés les deux décrets d'applications prévus depuis décembre 2002, complétés par une circulaire d'application. Parmi les points positifs de cette circulaire figurent le rétablissement d'une procédure d'instruction prioritaire et la limitation des restrictions sur l'usage des déclarations sur l'honneur. En revanche, la suppression par décret de la rétroactivité sera source de problèmes nouveaux. En matière de droit au séjour pour raison médicale, l'ODSE est intervenu sur les refus de régularisation pour des personnes touchées par le VIH-sida à Paris (80 cas) et à Lyon (10 cas). Une circulaire ministérielle est venue rappeler opportunément l'impossibilité de trouver un suivi adéquat du VIH-sida dans les pays en développement. Par ailleurs, trois groupes de travail se sont constitués sur les questions de jurisprudence, information sur l'accès aux soins dans les pays d'origine et relevés des dysfonctionnements en préfecture. La participation de l'ODSE aux manifestations dans le cadre de « Sida grande cause nationale 2005 » a permis de donner une visibilité aux questions concernant les migrants. Au niveau européen, l'ODSE est intervenu dans les réseaux Aids and Mobility et Picum pour promouvoir les concepts de droit français concernant la non-expulsion et la régularisation des étrangers malades, ainsi que pour promouvoir l'accès aux systèmes de protection maladie.



## L'association : gestion et perspectives

(Présentation et composition du Comede page 2)

**En janvier 2006, le Conseil d'administration du Comede a élu Didier Fassin à la présidence de l'association, quatrième président après Philippe Magne (1982-1984), Gabrielle Buisson-Touboul (1984-2001), et Jean-Yves Fatras (2001-2006).** Le Conseil d'administration du Comede compte 12 membres, et l'association 22 adhérents à jour de leur cotisation en 2005. Renforcée par un directeur adjoint en août 2005, l'équipe professionnelle compte 33 salariés et 4 bénévoles, pour un équivalent de 17 plein-temps répartis entre les activités du Centre de santé et du Centre-ressources. Un réseau de 1 000 professionnels en Ile-de-France complète les services rendus aux patients par le Centre de santé, alors que les partenaires du Centre-ressources du Comede (4 142 lecteurs de Maux d'exil et 27 043 utilisateurs du Guide Comede) résident pour la moitié d'entre eux dans les autres régions de la métropole et d'Outre-Mer (cf Centre-ressources page 35).

**L'action du Comede se situe dans la perspective d'un accroissement qualitatif et quantitatif de ses activités nécessitant un budget de 1 027 300 € pour l'année 2006.** Les missions complémentaires du Centre de santé et du Centre-ressources seraient en effet impossibles à conduire sans un effectif suffisant de personnel qualifié, formé et rémunéré. Il faut savoir que ce budget ne représente toutefois que 50% du coût réel du Comede, qui intègre les charges supplémentaires correspondant aux prestations gratuites dont il bénéficie : loyer, produits pharmaceutiques, personnel bénévole et actes gratuits. L'Assistance publique des hôpitaux de Paris héberge le Comede à titre gratuit depuis 1982, et depuis 1989 au sein du CHU Bicêtre, avec qui la collaboration est permanente. Les laboratoires Saint-Marcel, Eastman et Edison de la DASES de Paris offrent également un soutien très important depuis 1984, à travers la réalisation des bilans complémentaires de santé pour les patients du Comede. Dans le cadre du partenariat établi en

2004 avec le Comede, l'Inpes prend à sa charge l'impression et la diffusion nationale du Guide de prise en charge médico-psycho-sociale. Enfin, la poursuite du bénévolat d'une assistante sociale, une diététicienne, une pharmacienne et un chirurgien doit être soulignée.

**Suite à l'incertitude prolongée de la convention 2005 avec le Fonds européen pour les réfugiés, nous avons du provisionner un risque correspondant à hauteur de 50%, soit 80 000 €,** ce qui porte le résultat de l'année 2005 à -35 732 €. Les charges (total 899 486 € hors provision du risque, +8%) sont principalement liées aux salaires et taxes (83%) et services extérieurs (12%), alors que les produits (total 943 754, +12%) proviennent pour les deux tiers de l'Etat et des collectivités publiques, pour un quart d'autres subventions, et pour 12% des ressources propres du Comede. Le développement des activités a pu être poursuivi en 2005 grâce à des subventions nouvelles (DGAS), à nouveau accordées (CRAMIF) ou en augmentation (Inpes, DRASS, DPM). La baisse des ressources propres (-12%) est due à la diminution des remboursements CMU et AME des consultations du Centre de santé, alors que le travail considérable que la perception de ces prestations réclame en particulier à la Responsable financière et administrative (304 Centres de sécurité sociale concernés en 2005) devrait encore être compliqué en 2006 avec la réforme du médecin traitant.

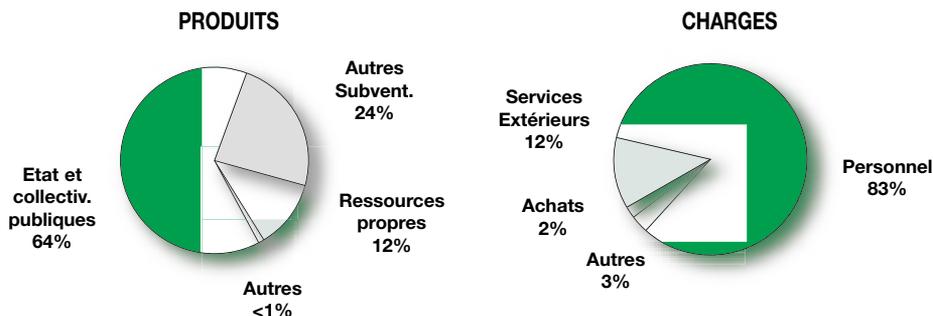
**Les sollicitations quotidiennes du Comede par les exilés, professionnels et associations obligent l'équipe à travailler à flux tendu,** sans pouvoir répondre à toutes les demandes, et nous devons paradoxalement dépenser beaucoup d'énergie pour maintenir des subventions accordées souvent in extremis (7 mois de découvert bancaire en 2005), malgré l'unanimité des financeurs sur la qualité du travail effectué et l'importance du rôle joué par le Comede. Outre le maintien des subventions perçues en 2005, la

## ACTIVITÉ

recherche de financements et de soutiens nouveaux est nécessaire pour pouvoir faire face aux difficultés chroniques de recrutement des médecins et au renforcement des activités existantes dans un contexte de suroccupation des locaux disponibles. Au-delà de sa fonction

historique de premier Centre de santé pour les exilés, le Comede a progressivement développé un travail de promotion de la santé qui doit être poursuivi et développé au cours des prochaines années. ■

### Compte de résultat 2005



### Evolution des produits sur les 7 dernières années

Financiers du Comede en 2005

Conversion FF/ € pour les années 1999-2001

Produits	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Ressources propres</b>	6 296	13 657	70 231	60 672	160 520	130 731	114 712

#### Etat et collectivités publiques

Conseil G. Val-de-Marne		7 622					
Conseil R. Ile-de-France			22 966	6 860	16 006	21 000	39 000
CNAM						36 107	66 983
CPAM Val-de-Marne	21 287	21 782	22 698	22 442	24 009	25 648	26 014
DRASS Ile-de-France	45 732	45 732	41 159	41 161	41 161	32 929	52 500
CRAMIF, FAS		15 244		14 329			
CRAMIF, FNPEIS	30 488	15 244	30 488		30 490		30 490
DFAE	18 293	18 293	18 293	18 295	9 000		
DGAS							30 000
DGS, Sida	121 951	121 951	91 463				
DGS, Santé Population	30 488	30 488	53 354	144 830	144 830	144 830	144 830
DPM	121 951	121 951	121 951	129 580	129 580	129 580	140 760
FAS, FASILD	102 134	102 134	102 134	92 000	82 800	51 000	33 993
INPES						24 960	28 122

#### Autres subventions

CCFD		7 622					
Sidaction, ECS	7 622	7 470	15 854	21 341	40 796	29 000	29 000
Europe, CEE, UE, FER	59 682	58 996		182 950	122 000	169 000	160 000
Fondation de France	30 488	30 488		5 000	23 000		
ONU, FCVNUVT	57 237	68 977	62 961	51 645	45 454	37 468	39 834
ONU, HCR			16 500				

## CENTRE DE SANTÉ PATIENTS

### File Active = 5 027

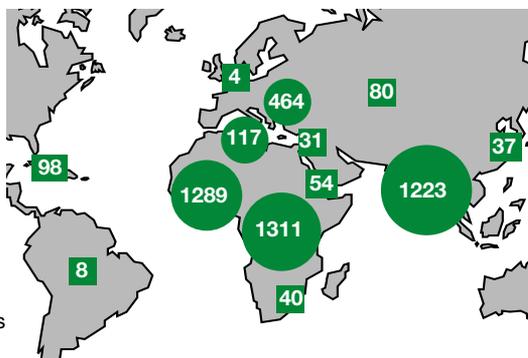
tous patients vus en consultation

- dont dossiers informatisés = 4 757
- 69% sont des nouveaux patients au Comede

### Nouveaux Patients = 3 266

patients consultant pour la première fois sur la période

- 65% sont primo-arrivants en France (<1 an)
- 42% sont originaires de l'espace francophones



## Caractéristiques socio-démographiques

Région détail pour n>30	File Active (dossiers informatisés)						Nouveaux Patients			
	n	%	04/05	Sexe (F/H)	Age (médian)	en France (médiane)	n	%	04/05	Primo-arrivants
Afrique Centrale	1 311	28%	+ 4%	43%	32 ans	15 mois	816	25%	+15%	62%
Afrique de l'Ouest	1 289	27%	+20%	21%	31 ans	19 mois	859	26%	+34%	55%
Asie du Sud	1 223	26%	-10%	12%	31 ans	7 mois	845	26%	-10%	84%
Europe de l'Est	464	10%	+ 9%	24%	30 ans	9 mois	367	11%	+20%	65%
Afrique du Nord	117	2%	+43%	25%	36 ans	39 mois	90	3%	+38%	27%
Amérique du Nord	98	2%	+23%	38%	33 ans	13 mois	78	2%	+34%	55%
Asie Centrale	80	2%	+135%	29%	29 ans	10 mois	67	2%	+139%	58%
Afrique de l'Est	54	1%	+145%	15%	28 ans	6 mois	46	1%	+130%	78%
Afrique Australe	40	1%	+150%	48%	32 ans	11 mois	33	1%	+120%	58%
Asie de l'Est	37	1%	+54%	43%	32 ans	26 mois	28	1%	+133%	39%
Moyen-Orient	31	1%	+182%	10%	33 ans	15 mois	30	1%	+200%	40%
divers autres	13	<1%	-	-	-	-	7	<1%	-	-
<b>Total</b>	<b>4 757</b>	<b>100%</b>	<b>+ 8%</b>	<b>26%</b>	<b>31 ans</b>	<b>12 mois</b>	<b>3 266</b>	<b>100%</b>	<b>+16%</b>	<b>65%</b>

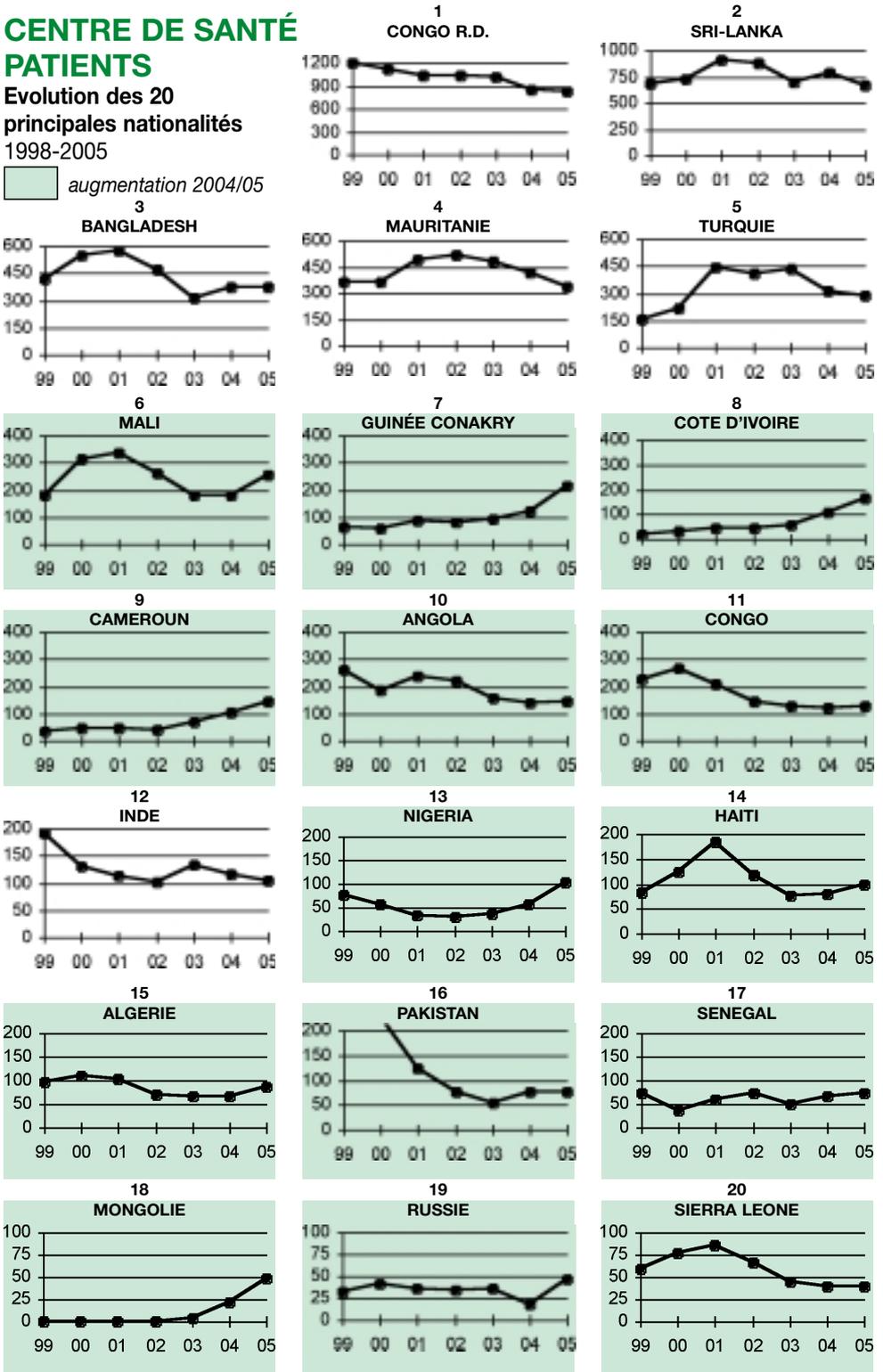
## 88 nationalités (dossiers informatisés)

<b>AFRIQUEAUSTRALE</b>	OUGANDA	4	SENEGAL	74	<b>ASIE DE L'EST</b>	MOLDAVIE	27
AFRIQUE DU SUD	SOMALIE	6	SIERRA LEONE	40	BIRMANIE	ROUMANIE	11
COMORES	SOUDAN	28	TOGO	30	CAMBODGE	RUSSIE	41
ILE MAURICE	<b>AFRIQUE DU NORD</b>		<b>AMERIQUE DU NORD</b>		CHINE	RUS/ TCHETCH.	6
MADAGASCAR	ALGERIE	88	HAITI	97	MALAISIE	SERBIE	3
ZIMBABWE	MAROC	20	JAMAÏQUE	1	PHILIPPINES	SERBIE/KOSOVO	1
<b>AFRIQUE CENTRALE</b>	TUNISIE	9	<b>AMERIQUE DU SUD</b>			TURQUIE	285
ANGOLA	<b>AFRIQUE DE L'OUEST</b>		BOLIVIE	2	<b>ASIE DU SUD</b>	UKRAINE	14
ANG/ CABINDA	BENIN	8	COLOMBIE	2	BANGLADESH	YOUgosLAVIE	8
BURUNDI	BURKINA FASO	4	PEROU	4	BHOUTAN	<b>EUROPE DE L'OUEST</b>	
CAMEROUN	CAP VERT	1	<b>ASIE CENTRALE</b>		INDE	FRANCE	1
CENTRAFRIQUE	COTE D'IVOIRE	168	AFGHANISTAN	22	PAKISTAN	LETTONIE	1
CONGO	GAMBIE	11	KAZAKHSTAN	2	SRI LANKA	<b>MOYEN-ORIENT</b>	
CONGO RD	GHANA	10	KIRGHIZISTAN	2		EGYPTE	10
GABON	GUINEE BISSAU	18	MONGOLIE	49	<b>EUROPE DE L'EST</b>	IRAK	5
RWANDA	GUINÉE CONAKRY	215	OUZBEKISTAN	1	ALBANIE	IRAN	9
TCHAD	LIBERIA	16	TADJIKISTAN	2	ARMENIE	ISRAEL	1
<b>AFRIQUE DE L'EST</b>	MALI	254	TURKMENISTAN	2	AZERBAIDJAN	PALESTINE	1
ERYTHREE	MAURITANIE	333			BOSNIE	SYRIE	4
ETHIOPIE	NIGER	5			BULGARIE	YEMEN	1
	NIGERIA	102			GEORGIE		
					MACEDOINE		

# CENTRE DE SANTÉ PATIENTS

Evolution des 20 principales nationalités 1998-2005

augmentation 2004/05



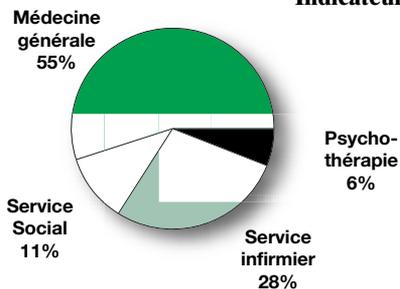
# CENTRE DE SANTÉ CONSULTATIONS

**Total consultations = 15 352**

- Jours d'ouverture du Centre = 231
- Moyenne 66 consultations / jour

**Avec interprète professionnel = 1 229**

- En bambara, Bengali, Hindi, Kurde, Pullar, Ourdou, Russe, Sonink, Ramoul et Turc



Service	Consultations			File Active		Cs/ pat.	Suivi (médiane)	Prestations spécialisées			
	n	%	04/05	n	%			ISM	sécu	asile	séj.
Médecine générale	8 359	54%	-9%	3 612	72%	2,3	1 mois	10%	6%	28%	19%
Service infirmier	4 361	28%	-8%	2 767	55%	1,6	1 mois	5%	9%	12%	8%
Service social	1 758	11%	+8%	697	14%	2,5	12 mois	1%	7%	10%	49%
Psychothérapie	874	6%	-10%	329	7%	2,7	6 mois	13%	-	-	-
<b>Total</b>	<b>15 352</b>	<b>100%</b>	<b>-7%</b>	<b>5 027</b>	<b>100%</b>	<b>3,1</b>	<b>2 =mois</b>	<b>8%</b>	<b>7%</b>	<b>20%</b>	<b>18%</b>

INT Interprète professionnel sur place, AAS Accès aux soins, Asile Procédure d'asile et certification, Sej. Droit au séjour et certification

## Caractéristiques des consultations

### TOUTES CONSULTATIONS

Sécu/CMU+CMU-C	49%
Aide médicale Etat	9%
ALD 100%	1%
Sécu/CMU base	7%

### SOINS GRATUITS (PASS)

Cs médecine	3 348
Bilans de santé	2 809
Cs infirmière	1 744
Médicaments	1 221

### PATIENTS

Femmes	27%
Age médian	32 ans
Mineurs 11-18	3%
Plus de 60 ans	2%

Afrique de l'Ouest	31%
Afrique centrale	28%
Asie du Sud	23%
Europe de l'Est	8%
Amérique du Nord	2%
Afrique du Nord	2%
Patients à suivre	51%

### MEDECINE GENERALE

#### PATIENTS

+ Mineurs	4%
+ Asie du Sud	28%
+ Europe de l'Est	9%

#### INTERVENTIONS

Bilan de santé	28%
Médicam. délivrés	14%
Réd. Certif. asile	8%
Réd. Rapport séjour	3%
Urgence médicale	<1%

### SERVICE INFIRMIER

#### PATIENTS

+ Afrique de l'Ouest 33%

#### INTERVENTIONS

Education thérap.	4%
Vaccination	3%
Médicam. délivrés	1%

#### ADMISSION & ORIENTATION

RV Cons. médecine	37%
RV Cons. infirmière	5%
RV Service social	1%

Orientation Sécu.	4%
Orient. Disp. santé	4%
Orientation PASS	2%
Orientation sociale	2%

### SERVICE SOCIAL

#### PATIENTS

+ Femmes	33%
+ > 60 ans	4%
+ Afrique de l'Ouest	42%
+ Afrique Centrale	40%
+ Patients à suivre	72%

#### INTERVENTIONS

Dossier séjour	10%
Bilan réfugié	6%
Urgence sociale	1%
Urgence juridique	1%

### PSYCHOTHERAPIE

#### PATIENTS

+ Femmes	41%
+ Afrique centrale	47%
+ Europe de l'Est	11%
+ Patients à suivre	100%

## Prestations spécialisées

### EDUCATION SANTÉ

Consultations	174	+38%
Avec interprète	52	+47%

### ACCES AUX SOINS

Expertise	1 228	+14%
Dem CMU	2 743	-9%
Dem AME	522	+12%
procéd. AI/IP	555	-13%

### DROIT AU SEJOUR

Expertise	2 759	+48%
Dossiers	234	+13%
1ère demande	145	+84%
Recours Grac.	68	-29%
Recours Cont.	48	+66%
Renouvellement	41	+21%

### 234 Dossiers séjour

Congo RD	57
Mali	47
Mauritanie	26
Sénégal	12
Côte d'Ivoire	10
Angola	10
Cameroun	7
Congo	7
Bangladesh	7
Pakistan	6
Algérie	5
Guinée Conakry	5
divers autres	35

### INTERPRETIARIAT

Total	1229	+13%
Tamoul	410	+16%
Turc, Kurde	302	+17%
Bengali, Hindi, Ourdou	224	-15%
Pullar, Soninke, Bambara	150	+28%
Russe	143	+53%

### DROIT D'ASILE

Expertise	3 140	-24%
Certificats	653	-28%

### 653 Certificats Asile

Sri Lanka	164
Bangladesh	80
Congo RD	72
Turquie	68
Mauritanie	59
Cameroun	26
Guinée Conakry	25
Côte d'Ivoire	23
Inde	17
Congo	11
Soudan	10
Nigeria	9
Pakistan	8
Angola	6
Haiti	6
Sénégal	6
Sierra Leone	5
Togo	5
Russie	5
divers autres	49

## CENTRE DE SANTE PRÉVENTION

### Bilan de santé = 2 809

- 86% des patients, dont 80% au Comede

### Patients à suivre (PAS) = 1 584

pour affection grave ou facteur de vulnérabilité

- 80% suivi en cours en 20% revenus
- 31% de la FA et 51% des consultations



Prise en charge File active par motif	FA n	En cours		Nouv. cas		Diag. Comede	Suivi Comede	n moy Cons	Suivi exter.	Fin de suivi *	
		n	%	n	03/04					n	succès
Anguillulose	70	48	3%	36	-10%	100%	2 mois	4,3	4%	35	97%
Asthme	101	63	4%	33	-21%	21%	8 mois	6,1	67%	63	88%
Diabète	158	108	7%	62	-27%	38%	4 mois	5,2	53%	77	79%
Hépatite B	400	333	21%	180	+7%	81%	9 mois	5,6	46%	160	73%
Hépatite C	83	58	4%	38	+6%	60%	5 mois	5,4	64%	39	79%
Mal. cardio-vasc.	230	164	10%	93	-13%	45%	7 mois	5,8	63%	103	83%
Mineur isolé	116	116	8%	106	+84%	37%	1 mois	2,5	8%	87	92%
Psycho-trauma	374	364	23%	202	-13%	91%	8 mois	5,9	22%	194	76%
Tuberculose	41	33	2%	15	+7%	61%	8 mois	3,5	100%	13	92%
Infection à VIH	5	43	3%	27	-25%	77%	4 mois	5,6	72%	34	91%
autres motifs	311	235	15%	153	-5%	66%	3 mois	4,3	49%	193	83%
<b>Total PAS</b>	<b>1 584</b>	<b>1 248</b>		<b>791</b>	<b>+12%</b>	<b>68%</b>	<b>6 mois</b>	<b>6,6</b>	<b>42</b>	<b>986</b>	<b>81%</b>

* Fin de suivi (986 PAS)	Succès	Guérison	154	Relais médico-social	644	Retour volontaire au pays	4
	Echecs	Décès	0	Perdus de vue	184	Eloignement du territoire	0

Prévalence NP 1999-2004	Cas n	Sexe (F/H)	Age médian	Diag. pays	Taux de prévalence par région d'origine (p. 1000)							
					AFC	AFN	AFO	AMN	ASE	ASS	EUE	TOT
Psycho-trauma	1 224	38%	32 ans	6%	79	99	45	48	25	34	41	52
Hépatite B	874	17%	30 ans	6%	37	4	90	16	40	8	26	37
Mal. cardio-vasc	851	46%	45 ans	38%	68	25	31	19	14	25	9	35
Diabète	601	30%	43 ans	49%	22	42	13	16	10	46	7	25
Anguillulose	513	9%	30 ans	< 1%	27	0	11	10	10	37	1	22
Infection à VIH	356	58%	32 ans	5%	37	0	19	16	0	0	0	15
Bilharziose Urin.	298	3%	27 ans	< 1%	2	0	55	0	0	0	0	13
Asthme	293	22%	33 ans	64%	7	20	19	7	5	17	3	12
Hépatite C	271	38%	37 ans	6%	21	4	4	3	3	7	14	11
Tuberculose	215	20%	31 ans	5%	13	2	9	12	5	8	6	9
<b>Total PAS</b>	<b>5 390</b>	<b>28%</b>	<b>33 ans</b>	<b>19%</b>	<b>389</b>	<b>310</b>	<b>365</b>	<b>187</b>	<b>168</b>	<b>223</b>	<b>153</b>	<b>293</b>

≥ (moyenne globale)

AFC Afrique Centrale, AFN Afrique du Nord, AFO Afrique de l'Ouest, AMN Amérique du Nord/Antilles, ASE Asie de l'Est, ASS Asie du Sud, EUE Europe de l'Est, voir définition page 43.

## CENTRE-RESSOURCES INFORMATION

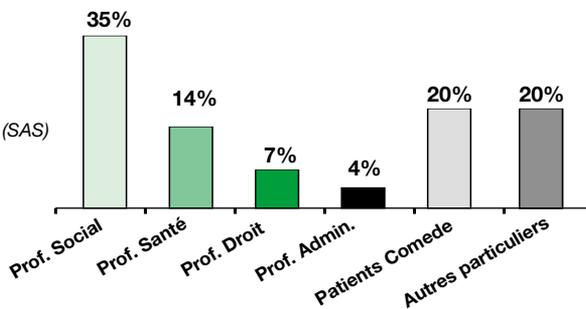
### Permanences ☎ = 2 472

Suivi médical (SM) et Suivi de l'accès aux soins (SAS)

- dont appels caractérisés = 1 573

### Publications et interventions

- 22 publications spécialisées
- 21 interventions publiques



### Caractéristiques des permanences téléphoniques

Appelants ☎ 1 573 appels enregistrés	%	Dispositif			Hors IDF	Permanence		Expertise			
		ASSOC	soins	social		SM	SAS	AAS	asile	séjour	médic
Profession Social	35%	32%	31%	31%	22%	48%	5%	25%	8%	48%	26%
Profession Santé	14%	8%	81%	5%	12%	80%	6%	12%	5%	27%	58%
Profession Droit	7%	48%	1%	1%	10%	49%	1%	17%	9%	70%	19%
Profession Admin.	4%	-	-	-	9%	20%	56%	40%	9%	9%	6%
Patients Comede	20%	-	-	-	4%	81%	10%	16%	5%	24%	23%
Autres particuliers	20%	-	-	-	10%	48%	11%	29%	7%	54%	22%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>18%</b>	<b>23%</b>	<b>12%</b>	<b>13%</b>	<b>61%</b>	<b>9%</b>	<b>23%</b>	<b>7%</b>	<b>40%</b>	<b>30%</b>

### Publications

- *L'Aide médicale Etat, comment un droit se vide de son sens faute d'être réellement universel*, Maille D, Toullier A., Volovitch P., Revue de droit sanitaire et social n°4.
- *Amende pour défaut de visa*, Maille D, Plein Droit n°67.
- *Une adolescence en exil*, Mansour R, Maux d'exil n°11.
- *Le Comede, un centre de référence pour les exilés*, Veisse A, La santé de l'homme n°379.
- *Le corps de l'étranger*, Fassin D, Maux d'exil n°12.
- *Diabète et précarité*, Krivitzky A, Maux d'exil n°11.
- *La dignité de la personne humaine, recherche sur un processus de judiciarisation*, Veisse A, PUF Août 2005.
- *Diminution globale et disparités locales des accords médicaux face aux demandes de carte de séjour*, Le Comede, Maux d'exil n°12.
- *Le droit au séjour pour raison médicale, Actes des 4èmes journées européennes du droit de Nancy*, Veisse A, Juin 2002.
- *Géopolitique du certificat médical*, Combe H, Maux d'exil n°12.
- *Le médecin inspecteur de santé publique, un acteur essentiel à contre-emploi*, Debionne FP, Maux d'exil n°12.
- *Parole sans frontière et le réseau Respire à Strasbourg*, Piret B, Maux d'exil n°13.
- *Promo-soins et le Sichem à Toulon*, De Fombelle G, Maux d'exil n°13.
- *Rencontres autour de la santé des migrants/étrangers à Toulouse*, Estecahandy P, Maux d'exil n°13.
- *Un réseau de prise en charge médico-psycho-sociale en cours de structuration en Guyane*, Maille D, Maux d'exil n°13.
- *Rétention administrative des étrangers : la machine s'emballa*, Henocq M, Maux d'exil n°11.
- *Tchéchénie, état des lieux d'un conflit en déshérence*, Marie Fanon S, Maux d'exil n°11.
- *Guide destiné aux professionnels*, Comede-Inpes, 444 p.
- *Livret bilingue destiné aux patients du Comede*, 36 p.
- *Maux d'exil n°11 (Mars 2005), n°12 (La raison médicale et le droit au séjour, Septembre 2005), et n°13 (Mobilisation des acteurs de la santé en faveur des exilés, Décembre 2005).*

### Interventions

- Act-Up, Crips et DGS, *Sida grande cause nationale, conséquences de la réforme de l'AME*, Veisse A.
- Act-Up Repi, *Droit à la santé des étrangers*, Maille D.
- Africa numéro 1, *Sida grande cause nationale*, Veisse A.
- CADA de Montereau, *VIH et IST*, Fleury F.
- CFDA, *Journée du réfugié, Transposition de la directive accueil des demandeurs d'asile*, Maille D.
- Conseil général du Val-de-Marne, *Prévention VIH, ici, ailleurs, autrement*, Mansour R.
- Conseil général du Val-de-Marne, *Réforme de l'Aide médicale Etat*, Maille D.
- Créteil solidarité, *La santé des exilés*, Veisse A.
- DGAS Périnatalité précarité, *Difficultés d'accès aux soins des étrangers en séjour précaire*, Maille D.
- DGS, Comité santé précarité, *La santé des exilés en 2004*, Veisse A.
- DGS, *Journée DRASS DDASS VIH migrants, Le Guide Comede*, Veisse A.
- EPS Ville-Evrard, *Exils et VIH*, Mansour R.
- France 5, *Les réformes de l'Aide médicale Etat*, Veisse A.
- Glaxo, *Journée Migrants et VIH, Accès aux soins*, Maille D.
- IMEA, DGS, *Colloque sur la médiation en santé, modération*, Veisse A.
- Inpes, OMI et Sida-Info-Service, *Colloque national Prévention VIH chez les migrants, Exil et prévention*, Veisse A.
- La revue Prescrire, *Prix 2005 du livre médical et pharmaceutique*, Veisse A.
- RFO-AITV, *La réforme de l'Aide médicale Etat*, Veisse A.
- Sidaction, *Convention nationale, Droit à la santé des étrangers*, Maille D.
- Ville de Paris 19<sup>e</sup>, *Droit à la santé des étrangers*, Maille D.
- Vivre FM, *le Guide et le Comede*, Veisse A.

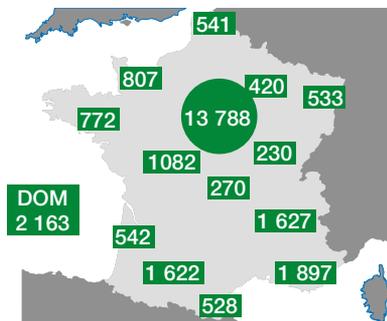
## CENTRE-RESSOURCES FORMATION

### Formation et enseignement

- 38 demi-journées de formation pour 570 stagiaires
- 4 séances d'enseignement

### Guide Comede et Maux d'exil

- 27 043 utilisateurs du Guide dont 19 211 nouveaux
- 4 142 lecteurs de Maux d'exil



### Formation continue

- Bruxelles, PICUM, *Accès aux soins des étrangers* (1)
- Cayenne, DRASS/Gisti/Comede, *Droit des étrangers* (7)
- Clermont-Ferrand, Cantara/Crips, *Santé des étrangers* (1)
- Colmar, DRASS Alsace, *Migrants et VIH* (1)
- Créteil, Réseau Ville Hôpital, *Santé des exilés* (1)
- Lille, FNARS Nord-Pas-de-Calais, *Cultures et santé* (1)
- Lyon, MG-Form, *Patients migrants et système de soins* (2)
- Montreuil, CHIC, *Droit de la santé des étrangers* (3)
- Nice, FUMGRA, *Rapport médical et protection contre l'éloignement* (1)
- Orléans, Réseau Ville Hôpital, *Migrants et VIH* (1)
- Paris, Cresif, *Personnes SDF, accueil et promotion de la santé, approche géopolitique des publics accueillis* (2)
- Paris, DERPAD, *Les mineurs exilés isolés* (1)
- Paris, Gisti/Comede stage national, *Protection maladie* (2)
- Paris, Gisti/Comede stage national, *Protection sociale* (4)
- Paris, MSF Session France, *Santé des exilés* (1)
- Rennes AFTAM-Gisti-Comede, *Le droit d'asile* (2)
- Rennes DRASS, *Santé et accès aux soins des étrangers* (1)
- Toulon, Sichem et Promo-soins, *Santé des étrangers* (2)
- Toulouse, Réseau santé étrangers, *Santé des exilés* (2)
- Tours, IFPS Psychiatrie, *L'universalité psychique en question* (1)
- Vitry/Seine, Direction Foyers ADEF, *Santé des exilés* (1)

Régions administratives	Maux d'exil	Guide Comede
Ile-de-France	47%	51%
Rhône-Alpes	7%	6%
PACA	6%	7%
Centre	5%	4%
Dép.-d'Outre-Mer	3%	8%
Midi-Pyrénées	3%	6%
Nord-Pas-de-Cal.	3%	2%
Languedoc-Rouss.	3%	2%
Bretagne	3%	2%
Pays-de-la-Loire	3%	1%
Haute-Normandie	2%	2%
Alsace	2%	2%
Aquitaine	2%	2%
Auvergne	2%	1%
Lorraine	2%	1%
Bourgogne	2%	1%
Champagne-Ard.	1%	1%
Basse-Normandie	1%	1%
autres régions	4%	<1%
<b>Total</b>	<b>4 142</b>	<b>19 211</b>

### Enseignement

- IFSI Paris Necker, Module Précarité, *Accès aux soins, droit et pratiques & Les réfugiés dans le monde et la santé des exilés.*
- IFSI Paris Necker, Module Précarité, *Accès aux soins, droit et pratiques & Le Comede et la santé des exilés.*
- Université Paris 7, Faculté Bichat, Master de Santé publique, *Santé des migrants.*
- Université Paris 11, Faculté Bicêtre, Master de Santé publique, *Santé des migrants.*
- Université Paris 13, Faculté Bobigny, Master d'Administration économique et sociale, *Protection maladie des étrangers.*

### Recherche et stages

- Université de Bourgogne, Master 2 de psychopathologie, *conséquences de deux types de traumatismes.*
- Université Paris I, *La dignité de la personne humaine, recherche sur un processus de judiciarisation.*
- Université Paris I, CRDST, *Les nouveaux rôles du médecin.*
- Université Paris 11, Faculté Bicêtre, Doctorat en médecine, *Evaluation de la continuité des soins pour des migrants en situation précaire.*
- Université Paris 11, Faculté de Chatenay-Malabry, Doctorat en pharmacie, *Connaissance de l'accès aux soins au Congo RD.*
- Stages au sein du Centre de santé : Accueil (2), Documentation (1), Médecin (4 stages chez le praticien), Conseillère en économie sociale et familiale (1), Médiateur en santé (1), Psychologue (1), Infirmier (17).

### Partenariats

- AIDS & Mobility, Réseau européen VIH migrants.
- ANAFE, Assistance aux frontières pour les étrangers.
- ANRS, Groupe migrants, VIH et hépatites.
- CFDA, Coordination française pour le droit d'asile et Groupe Europe.
- DASES, Groupe migrants et tuberculose.
- DGAS, Groupe périnatalité et précarité.
- DGS, Groupe migrants et tuberculose.
- DRASS, Conférence régionale de santé.
- DREES, Santé et consommation de soins des bénéficiaires de l'AME.
- Gisti, Groupe protection sociale.
- GRAF, Groupe asile femmes.
- Inpes, DGS et Comede, Livret bilingue 2006.
- Inpes, Groupe VIH migrants
- ODSE, Observatoire du droit à la santé des étrangers.
- Picum, Heath project on undocumented migrants in Europe.
- TRT5, colloque sur la prise en charge tardive des personnes vivant avec le VIH.



Hôpital de Bicêtre  
78 rue du Général Leclerc BP 31  
94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex  
Tél. 01 45 21 38 40 - Fax 01 45 21 38 41  
Mel : [contact@comede.org](mailto:contact@comede.org)  
Site : [www.comede.org](http://www.comede.org)

## En 2005, les activités du Comede ont été soutenues par :

La Direction de la population et des migrations  
La Direction générale de la santé  
La Direction générale de l'action sociale  
Le Fonds d'action sociale, d'intégration et de lutte contre les discriminations  
La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France



L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé



L'Assistance publique des hôpitaux de Paris



Le Centre hospitalo-universitaire de Bicêtre



Le Conseil régional d'Ile-de-France



La Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés



La Caisse régionale d'Assurance maladie d'Ile-de-France



La Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la Ville de Paris



Le Fonds de contributions volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture



Le Fonds européen pour les réfugiés



Sidaction Ensemble contre le Sida



### Extraits des statuts du Comede :

#### Article 2 - Buts

L'Association a pour but :

- d'assurer une prise en charge médicale, sociale et psychologique des exilés dans les cas où elle est inexistante ou inadéquate et d'agir en faveur de celle-ci ;
- de participer à la réflexion et à la mise en œuvre d'actions permettant d'améliorer l'insertion des exilés dans le pays d'accueil ou de les aider à envisager leur retour librement consenti au pays d'origine ;
- de porter témoignage sur leur situation dans les limites du secret professionnel ;
- de gérer toute structure ou établissement dont l'activité est en rapport avec les buts de l'association.

#### Article 3 - Définition

Le Comede est un organisme humanitaire. Son action est dirigée vers les exilés, sans distinction de nationalité, de race, de religion ou d'opinion.

#### Article 4 - La Charte

- Dans le cadre des activités de soins prises en charge par le Comede, il devra être apporté une attention particulière, une écoute spécifique vis-à-vis des problèmes rencontrés par les patients, qu'il s'agisse de ceux dus à la répression, aux traitements inhumains, cruels ou dégradants dans leur pays d'origine ou des difficultés inhérentes à l'exil.
- Considérant que la problématique des consultants forme un tout, les membres du Comede s'engagent à ne pas en stigmatiser un aspect particulier.
- Le Comede travaillera en étroite collaboration avec les organismes d'accueil des réfugiés, de défense des droits de l'homme à l'échelon national et international et participera à l'échange d'informations médicales, psychologiques, sociales et légales dans les limites déontologiques professionnelles.
- Le Comede fera bénéficier de son expérience les professionnels de la santé et du secteur social par le biais de rencontres et publications.
- Le Comede informera l'opinion publique dans l'intention de promouvoir la reconnaissance aussi large que possible de la problématique de l'exil.