

La Santé *des exilés*

**RAPPORT
D'ACTIVITÉ ET
D'OBSERVATION
2006**

**COMITÉ MÉDICAL
POUR LES EXILÉS**

comede

Table des matières

SYNTHESE

La santé des exilés et le Comede en 2006 5

OBSERVATION

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

ACTIVITE

Accueil, soins et soutien 33
Information, formation et recherche 39
Gestion, finances et perspectives 43

ANNEXES

Patients 47
Consultations 49
Prévention 50
Information 51
Formation 52

Principaux indicateurs d'activité du Comede en 2006

ACTIVITÉS DU CENTRE-RESSOURCES

32 504 commandes du Guide Comede et 4 239 abonnés à Maux d'exil

- 2 550 appels traités dans les permanences du Suivi médical et du Suivi de l'accès aux soins
- 23 publications spécialisées, 22 interventions publiques et 321 024 commandes de Livrets bilingues
- 37 demi-journées de formation professionnelle et 17 partenariats de recherche opérationnelle

CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE

- 2 701 bilans de santé pour des nouveaux patients
- 1 605 patients à suivre pour affection grave
- 200 consultations d'éducation pour la santé

PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE

- 7 088 consultations médicales et infirmières gratuites
- 1 776 demandes de protection maladie
- 1 085 délivrances gratuites de médicaments

CENTRE D'EXPERTISE EN DROIT DE LA SANTE

- 648 certificats médicaux pour la demande d'asile
- 361 dossiers de séjour pour raison médicale
- 109 recours contentieux pour le droit au séjour

ACTIVITÉS DU CENTRE DE SANTE

Prise en charge médico-psycho-sociale pour 4 538 patients de 94 nationalités

- Accueil de 3 171 nouveaux patients
- 7 607 consultations de médecine générale
- 3 893 consultations infirmières et de santé publique
- 1 937 consultations de Service social
- 890 entretiens de psychothérapie
- 4 345 consultations en langue étrangère

Le Comede

LE 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 PROFESSIONNELLE

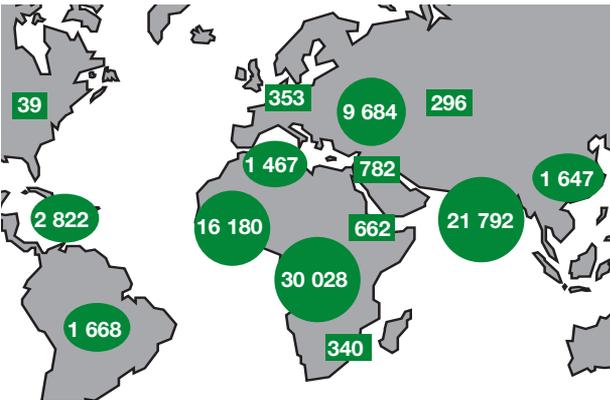
- **Directeur** : Arnaud Veisse
- **Directeur adjoint** : Philip Aïdan
- **Responsable financière et administrative** : Catherine Jollet
- **Médecins chargés du Suivi médical** : Françoise Fleury, Olivier Lefebvre
- **Responsable du Service social et Chargé de la formation** : Didier Maille
- **Cadre 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 Chazoulet (*Personnel administratif*), Youri Courrège (*Assistant social*), Geneviève Cousin (*Pharmacienne*), Isabelle Erangah-Ipendo (*Psychologue*), Bénédicte Gaudillière (*Médecin*), Guy de Gontaut (*Personnel d'accueil*), 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*), Véronica Lipinski (*Médecin*), Christian Mongin (*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 28 ans, l'accueil et la prise en charge médico-psychosociale de 87 000 patients de 130 nationalités ont fait du Comede un poste d'observation unique de la santé des exilés en France. Les activités de Centre de santé (accueil, soins et soutien) et de 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'Ofpra 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 précariser 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

Comité médical pour les exilés

Nationalité des Patients du Comede (1979-2006)



a 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. Multiplication des obstacles pour l'accès à la procédure, restrictions d'application du droit : à l'instar du droit d'asile, la protection juridique des « étrangers malades » nécessite de plus en plus souvent le recours aux juridictions d'appel, en premier lieu les tribunaux administratifs. 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. Les succès de diffusion du Guide Comede et du Livret de santé bilingue, édités en partenariat avec la Direction générale de la santé et l'Inpes, 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 et Livret de santé bilingue (23 langues), édité en partenariat avec la DGS et l'Inpes :

Consultable sur 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.
Inscription par mail à contact@comede.org
L'abonnement est gratuit et les frais de diffusion sont pris en charge par le Comede.

Glossaire

| | |
|--------|---|
| AME | Aide médicale Etat |
| Anaem | Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations |
| Anafé | 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 | Complémentaire-CMU |
| Cnam | Caisse nationale de l'assurance maladie |
| CPAM | Caisse départementale de l'assurance maladie |
| CRR | Commission des recours de 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 la Ville 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 |
| ODSE | Observatoire du droit à la santé des étrangers |
| Ofpra | Office français de protection des réfugiés et apatrides |
| Pass | Permanence d'accès aux soins de santé |
| PMI | Protection maternelle et infantile |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |
| VHB | Virus de l'hépatite B |
| VHC | Virus de l'hépatite C |

Termes utilisés au Comede et dans ce rapport

- Admission immédiate et instruction prioritaire : procédures d'obtention rapide de la CMU-C et de l'AME
- 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
- 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 2006

L'année 2006 a été marquée par de **nouvelles restrictions de droit et de fait en matière d'accueil et d'accès aux soins des exilés en France**. La dernière réforme (2006) du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) a durci les critères de l'immigration familiale, renforçant la précarité des personnes isolées. En matière d'asile, le nombre de nouveaux statuts de réfugiés accordés a chuté à 7 354 (-47%), pour un taux global d'accord de 19,5% (voir page suivante). La protection juridique des étrangers malades a également été considérablement réduite par des pratiques administratives sanctionnées dans la moitié des cas en contentieux (voir page 29). Enfin, des refus illégaux d'ouverture de droit aux refus de soins contre des bénéficiaires de la CMU ou de l'AME, l'exclusion des soins pour les malades étrangers a continué de se développer.

Particulièrement vulnérables parmi les populations exilées, les **demandeurs d'asile et les réfugiés** fuient des conflits et des ruptures multiples. Ils 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'ajoutent souvent les conséquences des violences et de la torture. En 2006, 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**. Les victimes de torture sont plus nombreuses parmi les patients originaires d'Afrique de l'Est, d'Asie du Sud, d'Afrique centrale, ainsi que de Guinée Conakry. Accueillis parmi l'ensemble des patients, 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).

DE L'EXIL À L'EXCLUSION

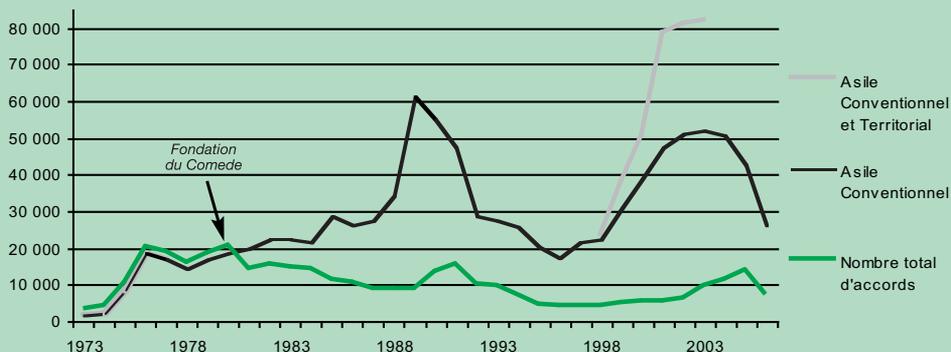
Outre l'exil et parfois la torture, les exilés doivent affronter l'exclusion qui résulte de la détérioration progressive du droit d'asile. A la frontière, les multiples entraves à l'entrée des demandeurs d'asile sur le territoire sont régulièrement dénoncées par l'Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers (voir Anafé page 42). Début 2007 et dans l'attente de la réforme du dispositif national d'accueil, la grande majorité des demandeurs d'asile vivent 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 (voir CFDA page 42).

Les effets de la dernière réforme (2003) de l'asile ont continué de fragiliser la protection juridique théoriquement garantie par la Convention de Genève sur les 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 qui entrave considérablement les démarches sociales et médicales. En l'absence de soutien juridique pour de nombreux demandeurs d'asile isolés, le taux de reconnaissance du statut de réfugié reste très faible.

La demande d'asile en France et en Europe

■ La demande d'asile en France (Source Ofpra 1973-2006)

En 2006, la France a enregistré 26 269 premières demandes (39 332 en comptant les ré-examens et mineurs accompagnants). Il s'agit donc d'un recul de - 38,3% par rapport à 2005.



| | 2005 | 2006 |
|---|-----------|----------|
| Demandes | | |
| Premières demandes : (hors mineurs accompagnant et hors réexamens) | 42 578 | 26 269 |
| Total demandes : 1 ^{res} demandes + mineurs accompagnant + réexamens | 59 221 | 39 332 |
| Réexamens | 9 488 | 8 584 |
| Procédures prioritaires (PP) | | |
| Total demandes traitées en PP | 23,2% | 30,00% |
| Premières demandes traitées en PP | 12,4% | 13,70% |
| Réexamens traités en PP | 71,6% | 83,00% |
| Accords | | |
| Taux d'accord global | 26,8% | 19,5% |
| Nombre global accord | 13 770 | 7 354 |
| Répartition Commission des recours des réfugiés/Ofpra | 70% - 30% | 60% 40% |
| Protection subsidiaire (et taux d'accords) | 557 (4%) | 368 (5%) |

■ La demande d'asile en Europe

(Sources : Haut Commissariat aux Réfugiés, mars 2007 ; Conseil de l'Europe, octobre 2006)

La demande d'asile en Europe a continué de baisser en 2006. Si la baisse globale est de 17%, la situation est toutefois très contrastée : les pays nordiques ont enregistré une hausse de 17 % et les pays méditerranéens (Chypre, Grèce, Italie, Malte, Portugal et Espagne) ont accueilli un nombre record de demandes depuis 15 ans. On note une très forte progression des demandeurs d'asile irakiens, particulièrement en Suède. L'Union Européenne s'est dotée d'une Directive relative au statut de réfugié et à la protection subsidiaire qui ne contient que des normes minimales : le HCR a recommandé d'offrir des normes de protection plus élevées et précise qu'elle « n'aura de sens que si les réfugiés peuvent accéder au territoire européen ainsi qu'aux procédures d'asile. Or ceci est rendu de plus en plus difficile du fait des mesures strictes en matière de contrôle des frontières ».

De son côté le Commissaire aux Droits de l'Homme du Conseil de l'Europe a déclaré dans un point de vue intitulé « Demander l'asile est un droit, pas un crime » : « En Europe, le droit de demander l'asile n'est pas pleinement protégé [...] il y a un risque que l'utilisation accrue des procédures accélérées d'asile conduisent de facto au refoulement de personnes ayant besoin d'une protection internationale. De plus, les propositions récentes visant à accélérer les procédures pour refouler en masse les nouveaux arrivants risquent, si elles sont adoptées, de saper totalement le droit à demander l'asile. Il est important d'identifier rapidement ces demandeurs dans la foule des arrivants et de leur garantir des procédures justes et équitables ».

XÉNOPHOBIE ET SUSPICION

Pour ces exilés précarisés, l'**exclusion des soins** s'est aggravée depuis 3 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 quatre ans, le décret d'application n'ayant pas été publié.

Pour les demandeurs d'asile en cours de procédure « normale », 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 et des partenaires associatifs de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (voir ODSE page 42) 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, comme l'ont récemment montré plusieurs enquêtes relatives aux refus de soins par des professionnels de santé. En outre, la CMU et l'AME ne permettent pas d'obtenir des prestations aussi indispensables que l'interprétariat ou la psychothérapie.

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 ont progressé. En 2005, la CNCDH (Commission nationale consultative des droits de l'Homme) s'inquiétait 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 « *certaines comportements peuvent justifier des réactions racistes* »], ainsi que d'une radicalisation des opinions hostiles aux étrangers. Dans l'enquête conduite par la CNCDH, 55% des personnes interrogées estimaient 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 endroit. Déjà soupçonnés de rechercher dans l'exil un bénéfice économique indû, les ressortissants des pays les plus pauvres se trouvent également 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. Un temps menacé d'abrogation par la dernière réforme du Ceseda, le droit au séjour des étrangers malades a finalement été préservé grâce à la mobilisation des associations. Mais son application se trouve de plus en plus restreinte dans la pratique, avec la multiplication des obstacles à la procédure et des refus tant en première demande que lors des renouvellements de titre pour des personnes pourtant atteintes de maladies chroniques (voir Droit à la santé page 25).

Parmi les multiples causes d'altération de la santé des exilés, la maladie constitue un traumatisme de premier plan pour ceux qui souffrent d'affection grave. Psychotraumatismes,

OBSERVATION

maladies infectieuses et maladies chroniques restent les trois principaux groupes pathologiques pour les exilés en 2006. 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 et hépatite B 6%, hépatite C 7%), même si certaines maladies chroniques le sont plus souvent (diabète 49%, asthme 65%). 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 2006

Dans ce contexte de vulnérabilité multiple, 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

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.

Face à des situations 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. C'est ainsi que, malgré un contexte financier très difficile en raison du retard de versement des principales subventions, le Comede a pu poursuivre en 2006 ses actions en faveur de la promotion de la santé des exilés en France. Le succès du Guide Comede, complété par celui du Livret de santé bilingue édité par le Comede en partenariat avec l'Inpes et la DGS et paru en septembre 2006, entraîne la multiplication des sollicitations du Comede en matière d'information et de formation de la part des professionnels et associations intervenant dans le domaine de l'accueil et de la santé des exilés. Pour les patients du Comede, la priorité est restée au développement des services et prestations spécialisées destinées aux 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. ■



Population : exilés et usagers du Comede

(Indicateurs pages 47 et 48)

Les exilés - réfugiés et étrangers en situation précaire - constituent une population très hétérogène et difficile à caractériser, en raison du déficit des données démographiques et de la situation de précarité juridique d'une partie des personnes concernées. Pourtant, le croisement des sources administratives et associatives permet d'identifier les groupes les plus nombreux et les plus vulnérables. Dans le cas du Comede, l'observation démographique est complétée par une veille épidémiologique permettant de déterminer les actions de santé publique à mettre en œuvre pour cette population.

MIGRANTS, ÉTRANGERS ET EXILÉS EN FRANCE

La France compte officiellement 4,9 millions d'**immigrés** (dont 40% de Français) et 3,5 millions d'**étrangers** (Insee, 2006). Un tiers des immigrés sont originaires d'Europe de l'Ouest (UE 25 et EEE), un tiers d'Afrique du Nord, et un tiers de l'ensemble des autres régions. Fin 2005, le ministère de l'Intérieur comptait 2 294 506

étrangers ressortissants de « pays-tiers » titulaires d'un titre de séjour (depuis 2004 les citoyens de l'UE et de l'EEE ne sont plus tenus de faire renouveler le leur). Le nombre d'étrangers en séjour précaire peut être estimé à 500 000, dont 100 000 demandeurs d'asile, 300 000 déboutés et sans-papiers, et 100 000 autres exilés disposant d'un titre de séjour précaire. Fin 2006, l'Ofpra comptait en outre 123 253 réfugiés statutaires, ces exilés étant en situation de séjour stable.

Les caractéristiques socio-démographiques des **populations exilées** peuvent être approchées par l'analyse de différents sous-groupes sur le plan administratif : étrangers disposant d'un document provisoire de séjour (DP), demandeurs d'asile (DA), et personnes régularisées dans le cadre de la procédure « étrangers malades » (EM), outre les réfugiés titulaires de plein droit d'une carte de résident. Il apparaît ainsi que les exilés sont originaires de régions très diverses, principalement Europe de l'Est (37% des

Origine géographique des réfugiés et étrangers en séjour précaire (pays-tiers, hors UE/EEE)

Sources : Ministère de l'Intérieur 2006, Ofpra 2005

| Région d'origine | Total titres de séjour | Reconnus réfugiés | Documents provisoires | Demandeurs d'asile | Etrangers Malades | Total exilés* en séjour régulier |
|-------------------------|------------------------|-------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|----------------------------------|
| Europe de l'Est | 13% | 27% | 20% | 37% | 8% | 76 233 (25%) |
| Afrique centrale | 5% | 15% | 12% | 12% | 25% | 44 948 (37%) |
| Asie de l'Est | 6% | 26% | 7% | 6% | 3% | 44 171 (30%) |
| Afrique du Nord | 53% | 1% | 26% | 4% | 22% | 43 627 (4%) |
| Afrique de l'Ouest | 8% | 8% | 14% | 13% | 29% | 40 350 (21%) |
| Asie du Sud | 2% | 15% | 4% | 9% | 2% | 27 576 (50%) |
| Amérique du Nord | 4% | 2% | 7% | 12% | 4% | 18 165 (20%) |
| Moyen-Orient | 2% | 3% | 4% | 1% | 2% | 7 784 (17%) |
| Afrique Australe | 2% | <1% | 4% | 1% | 3% | 5 420 (10%) |
| Amérique du Sud | 2% | 1% | 2% | <1% | 2% | 4 707 (9%) |
| Asie centrale | <1% | 2% | 1% | 2% | <1% | 3 527 (89%) |
| Afrique de l'Est | <1% | 1% | 1% | 1% | <1% | 3 357 (55%) |
| Océanie | <1% | 0% | <1% | 0% | <1% | 210 (6%) |
| Effectifs (100%) | 2 294 506 | 117 803 | 136 531 | 42 570 | 23 591 | 320 075 (14%) |

* Somme indicative des effectifs des Réfugiés, titulaires d'un Document provisoire de séjour, Demandeurs d'asile et Etrangers malades. Entre parenthèse, % des exilés en séjour régulier parmi l'ensemble des étrangers en séjour régulier, par région d'origine. La part des exilés est ainsi particulièrement importante parmi les migrants/étrangers originaires d'Asie centrale, d'Afrique de l'Est, d'Asie du Sud, et d'Afrique centrale.

OBSERVATION

demandeurs d'asile, 27% des réfugiés), Afrique centrale (25% EM, 15% des réfugiés), Asie de l'Est (26% des réfugiés, 7% DP), Afrique du Nord (26% DP, 22% EM), Afrique de l'Ouest (29% EM, 14% DP), Asie du Sud (15% des réfugiés, 9% DA), et Amérique du Nord (12% DA, 7% DP). Ils résident principalement dans les régions Ile-de-France (70% des sans-papiers bénéficiaires de l'Aide médicale Etat, 42% des demandeurs d'asile), Départements d'Outre-Mer (10% DA, 8% AME), Rhône-Alpes (12% DA, 3% AME), et PACA (7% AME, 5% DA).

ORIENTATION AU COMEDE ET LIEUX DE RÉSIDENCE

En 2006, les services du Comede ont profité directement à **6 141 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 composée de 4 538 patients, dont 70% ont consulté pour la première fois (3 171 nouveaux patients, parmi lesquels 58% sont primo-arrivants en France). S'agissant du Centre-ressources, les 2 550 appels traités dans le cadre des permanences téléphoniques du Comede ont concerné notamment 1 603 exilés qui n'ont pas consulté le Centre de santé.

Pour près de la moitié des patients du Comede, **l'orientation** vers le Centre de santé est due à des relations personnelles (46%, le plus souvent des compatriotes). La part de ce mode d'orientation diminue régulièrement depuis 3 ans (67% en 2003) au profit d'une orientation en « 2^e recours » de personnes déjà soutenues par les associations spécialisées (32%), les services de l'Etat (11%), les avocats (6%) et les services de santé (5%). Ces « 2^{èmes} recours » concernent principalement des personnes particulièrement vulnérables qui requièrent une prise en charge spécialisée (expertise médico-sociale, juridique, psychologique, interprétariat professionnel, voir *Consultations* page 49). Les caractéristiques des appelants de la permanence téléphonique sont détaillées page 40, la part des services de santé (20%) et des services de l'Etat (17%) étant plus importante qu'en terme d'orientation des exilés

Mode de première orientation au Comede

| Détail pour les occurrences > 1% | Centre de santé | Centre-ressources |
|----------------------------------|-----------------|-------------------|
| Relations personnelles | 46% | 38% |
| Ami, proche, compatriote | 40% | |
| Famille | 5% | |
| Site internet | 1% | |
| Associations de soutien | 32% | 20% |
| France terre d'asile | 10% | |
| Cimade | 7% | |
| Secours catholique/Cedre | 2% | |
| Enfants du Monde/EMDH | 2% | |
| Dom'asile | 1% | |
| Aftam | 1% | |
| Cafda | 1% | |
| Services de l'Etat | 11% | 17% |
| AS Ville | 3% | |
| Cada | 2% | |
| Ofptra/CRR | 2% | |
| Préfecture | 2% | |
| Croix-rouge française | 1% | |
| Avocat | 6% | 4% |
| Services de santé | 5% | 20% |
| Médecin Ville | 2% | |
| AS Hôpital | 1% | |
| Service de santé publique | 1% | |

sur le Centre de santé, notamment pour des raisons d'éloignement géographique.

La **résidence** des patients du Centre de santé se situe principalement en région Ile-de-France (voir tableau infra). 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 dans le Centre et en Picardie. Au total, les patients du Centre de santé étaient domiciliés en 2006 dans 288 communes et 35 départements. Toutefois, un nombre important d'entre eux ne résident pas dans le département où ils ont leur domiciliation administrative, les communes du Nord de l'Ile-de-France étant globalement les plus accueillantes pour cette population. Les exilés usagers du Centre-ressources résident également plus souvent en Ile-de-France (86%), mais les autres régions sont davantage représentées qu'au niveau du Centre de santé.

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

| Régions et Départements > 1% | Centre de santé | Centre-ressources |
|------------------------------|-----------------|-------------------|
| Ile-de-France | 96% | 86% |
| 75-Paris | 31% | 38% |
| 93-Seine-Saint-Denis | 24% | 13% |
| 94-Val-de-Marne | 18% | 14% |
| 95-Val d'Oise | 8% | 5% |
| 92-Hauts de Seine | 6% | 6% |
| 91-Essonnes | 5% | 5% |
| 77-Seine-et-Marne | 3% | 3% |
| 78-Yvelines | 2% | 2% |
| Centre | 1% | 2% |
| 45-Loiret | <1% | 1% |
| Picardie | 1% | 1% |
| 60-Oise | 1% | 1% |
| Rhône-Alpes | <1% | 2% |
| 69-Rhône | <1% | 1% |
| PACA | <1% | 1% |
| 13-Bouches-du-Rhône | <1% | 1% |
| Bourgogne | <1% | 1% |
| 21-Côte-d'Or | <1% | 1% |
| Aquitaine | <1% | 1% |
| Midi-Pyrénées | <1% | 1% |
| 31-Haute-Garonne | <1% | 1% |
| Nord-Pas-de-Calais | <1% | 1% |
| 59-Nord | <1% | 1% |
| Pays-de-la-Loire | <1% | 1% |

Les exilés usagers du Comede

Les **patients du Comede** sont originaires de 94 pays, principalement de 11 régions :

- ① Afrique de l'Ouest (1 242 patients, dont 283 Maliens, 239 Mauritaniens, 212 Guinéens et 198 Ivoiriens) ;
- ② Asie du Sud (1 159, dont 689 Sri-Lankais [Tamouls] et 330 Bangladais) ;
- ③ Afrique centrale (1 148, dont 730 Congolais/RD, 142 Congolais et 134 Camerounais) ;
- ④ Europe de l'Est (421, dont 248 Turcs [Kurdes]) ;
- ⑤ Afrique du Nord (175, dont 125 Algériens) ;
- ⑥ Caraïbes (127 Haïtiens) ;
- ⑦ Asie Centrale (70, Afghans, Mongols) ;
- ⑧ Afrique de l'Est (57, Soudanais, Ethiopiens) ;
- ⑨ Asie de l'Est (41, Chinois) ;
- ⑩ Afrique Australe (35, Malgaches, Comoriens) ;
- ⑪⑪ Moyen-Orient (33, Egyptiens).

Quatre nationalités ont connu une forte augmentation par rapport à 2005 : Algérie (+42%), Haïti (+31%), Russie/Tchéchénie (+21%), et Côte d'Ivoire (+18%). Les diminutions les plus notables concernent l'Inde (-34%), l'Angola/Cabinda (-32%), la Mongolie (-29%) et la Mauritanie (-28%). Sur les 7 dernières années, le Centre de santé du Comede a accueilli plus de 4 000 Congolais/Zaïrois, plus de 3 000 Sri-lankais, plus de 2 000 Bangladais, plus de 1 000 Turcs, Mauritaniens et Maliens.

Plus souvent des hommes (73%), les patients du Centre de santé sont jeunes (âge médian 32 ans), et récemment arrivés en France (médiane 16 mois). Les femmes sont relativement plus nombreuses parmi les exilés originaires de Haïti (52%), et d'Afrique centrale (44%). Les patients originaires d'Afrique de l'Est sont les plus jeunes (25 ans), et ceux d'Afrique du Nord les plus âgés (39 ans). L'ancienneté de résidence en France lors de la première consultation au Comede a augmenté (16 mois vs 12 mois en 2005), principalement en rapport avec un mode d'orientation spécialisé plus tardif au Comede (voir supra). 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, et d'Afrique de l'Ouest plus tard que les autres ($p < 0,001$).

D'âge comparable (médiane 33 ans), les exilés **usagers du Centre-ressources** sont plus souvent des femmes (39%) que parmi les patients du Centre de santé (27%). La proportion de mineurs (10%) et de personnes âgées de plus de 60 ans (6%), est également plus importante. Ils sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (32%, dont Mali 6% et Côte d'Ivoire 5%), Afrique centrale (25%, dont Congo RD 13% et Cameroun 5%), Afrique du Nord (17%, dont Algérie 12%), Europe de l'Est (9%), et Asie du Sud (5%).

GROUPES VULNÉRABLES

La population accueillie au Comede est celle des exilés les plus vulnérables sur le plan de la santé.

OBSERVATION

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.

Les **femmes** constituent un quart de la file active du Centre de santé (1 206 patientes en 2006). Principalement originaires d'Afrique centrale (42%, dont Congo RD 28%, Cameroun et Congo 5%), d'Afrique de l'Ouest (22%, dont Côte d'Ivoire et Guinée 5%), d'Asie du Sud (12%, dont Sri Lanka 11%), d'Europe de l'Est (8%), de Haïti (6%), et d'Afrique du Nord (5%), elles souffrent 4,5 fois plus souvent que les hommes d'infection à VIH et 2 fois plus souvent de psycho-traumatisme, d'hépatite C, et de maladies cardiovasculaires ($p < 0,001$), toutes affections particulièrement fréquentes parmi les exilés d'Afrique centrale, dont 44% sont des femmes. Faute de place suffisante dans les hébergements de service public, certaines femmes se trouvent en outre dans une situation de dépendance dont abusent certains « hébergeants ».

Trente-trois **enfants** de moins de 10 ans ont été soignés en 2006, accompagnés le plus souvent de leur mère. Ils sont récemment exilés (médiane 5 mois), principalement originaires d'Afrique centrale, d'Europe de l'Est et d'Afrique du Nord. 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). En 2006, la moitié des enfants accueillis au Comede étaient atteints d'une maladie chronique ou risque médical grave.

Le nombre de **mineurs** étrangers âgés de 10 à 17 ans a diminué pour la première fois depuis 4 ans (154 en 2006, dont 122 mineurs étrangers isolés). Exilés en France depuis seulement 2 mois (médiane), ils sont le plus souvent adressés pour un bilan de santé par certaines associations spécialisées comme EMDH ou FTDA, ou par les services de l'Aide sociale à l'enfance (Paris, Val-de-Marne). Principalement originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie, ils souffrent en particulier de psychotraumatisme grave (50 pour mille, d'hépatite B chronique (49), et de parasitoses intestinales, dont la bilharziose urinaire pour les jeunes originaires d'Afrique de l'Ouest. Les autres maladies graves sont rares. Particulièrement vulnérables sur le plan psycho-social, les mineurs étrangers isolés sont systématiquement « Patients à suivre » au Comede, avec désignation d'un médecin référent (voir page 37).

Le nombre de patients **âgés de plus de 60 ans** est en forte augmentation en 2006 (105, +31%). Plus souvent originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique centrale que les autres patients, plus récemment exilés, ils sont 9 fois plus souvent atteints de maladie cardiovasculaire, 7 fois plus de diabète et 5 fois plus d'hépatite C chronique.

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 (72 pour mille), les maladies cardiovasculaires (67), l'hépatite B (43), l'infection à VIH (33), et l'hépatite C (22) sont particulièrement fréquents. Parmi ceux d'Afrique de l'Ouest, c'est le cas de l'hépatite B (104), de la bilharziose urinaire (55) et de l'infection à VIH (17). Parmi ceux d'Afrique du Nord, c'est le cas du psycho-traumatisme grave (92), des maladies cardiovasculaires (53) et du diabète (53). Parmi les exilés originaires des autres continents, on observe la prévalence particulièrement élevée de la tuberculose (16) et de l'infection à VIH (14) pour Haïti ; de l'hépatite C pour l'Europe de l'Est (17) ; de l'hépatite B (43) pour l'Asie de l'Est ; et enfin du diabète (47) et de l'anguillulose (37) pour l'Asie du Sud. ■

Epidémiologie, prévention et bilan de santé

(Indicateurs pages 49 et 50)

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 relative aux risques ultérieurs et leur prévention. En effet 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.

ANTÉCÉDENTS DE VIOLENCE ET DE TORTURE

La moitié des patients du Comede ont eu à subir des **violences** (définition OMS, 2002) dans leur pays d'origine, et un quart ont eu à subir la **torture** (définition ONU, 1984). La violence est plus fréquemment évoquée par les exilés originaires d'Afrique de l'Est (91%, principalement Soudan), d'Asie du Sud (69%, par

taux décroissant Sri Lanka, Bangladesh et Pakistan), d'Europe de l'Est (58%, Turquie, Russie/Tchéquie), d'Afrique de l'Ouest (54%, Guinée, Mauritanie, Côte d'Ivoire), et d'Afrique centrale (52%, Congo RD, Congo, Cameroun). Les victimes de torture sont proportionnellement plus nombreuses parmi les personnes d'Afrique de l'Est (46%, Soudan), d'Asie du Sud (32%, Sri Lanka, Inde), et d'Afrique centrale (27%, Congo RD, Cameroun), ainsi que de Guinée Conakry (35%). Un certificat médical destiné à la procédure d'asile a été délivré pour 20% des patients suivis en médecine. La plupart de ces certificats attestent de séquelles physiques sans gravité sur le plan physiologique, mais 1% 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 ($p < 0,001$), 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 médical dans les stratégies de

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 | ASC | ASS | CAR | EUE |
| ATCD Violence | 52% | 52% | 91% | 14% | 54% | 35% | 69% | 50% | 58% |
| ATCD Torture | 24% | 27% | 46% | 3% | 20% | 8% | 32% | 7% | 25% |
| Certificat asile | 20% | 15% | 39% | 1% | 19% | 10% | 36% | 18% | 46% |
| Psycho-trauma | 10% | 14% | 13% | 9% | 8% | 3% | 5% | 6% | 17% |
| effectifs | 4 837 | 1 133 | 70 | 139 | 1 229 | 106 | 1 380 | 127 | 347 |

Taux les plus élevés. ATCD Antécédent, AFC Afrique centrale, AFE Afrique de l'Est, AFN Afrique du Nord, AFO Afrique de l'Ouest, ASC Asie centrale, ASS Asie du Sud, CAR Caraïbes, EUE Europe de l'Est

OBSERVATION

Antécédents de violence et de torture parmi les 20 principales nationalités

| Nationalité | effectif | Violence | Torture |
|---------------|----------|----------|---------|
| Soudan | 33 | 87% | 41% |
| Sri Lanka | 563 | 78% | 47% |
| Guinée C. | 261 | 70% | 35% |
| Bangladesh | 405 | 61% | 9% |
| Turquie | 219 | 60% | 24% |
| Russie/Tch. | 66 | 60% | 18% |
| Mauritanie | 222 | 58% | 33% |
| Congo RD | 694 | 55% | 29% |
| Congo | 134 | 52% | 24% |
| Haïti | 124 | 50% | 6% |
| Cameroun | 145 | 44% | 29% |
| Côte d'Ivoire | 224 | 44% | 15% |
| Nigeria | 110 | 43% | 8% |
| Angola/Cab. | 107 | 40% | 23% |
| Pakistan | 66 | 32% | 7% |
| Afghanistan | 41 | 31% | 8% |
| Inde | 82 | 28% | 24% |
| Sierra Leone | 39 | 28% | 12% |
| Mongolie | 55 | 28% | 7% |
| Algérie | 96 | 17% | 6% |

demande d'asile pour certaines nationalités, particulièrement le Sri-Lanka, peut expliquer en partie cette observation, en raison de la prééminence du temps juridique sur le temps thérapeutique (voir Expertise médico-juridique page 25).

PRÉVENTION ET BILAN DE SANTÉ

Au Comede, les activités de **prévention médicale** sont portées par les médecins et infirmier/es dans le cadre des consultations, et coordonnées par les médecins chargés du Suivi médical (voir page 37). A l'exception des ateliers animés par la diététicienne, les réunions d'information collective au Comede 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 bilingue, dont la version 2006 a été coéditée par le Comede, la DGS et l'Inpes en partenariat avec l'Anaem, la Cimade, Médecins du Monde et le Secours catholique (voir

Publications page 39), est remis à tous les patients du Comede, et utilisé dans les consultations comme un support d'information et un carnet de liaison. La mise à jour du contenu de ce livret de santé participe 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 ses activités de Prévention, le Comede bénéficie du soutien de la Cramif dans le cadre du Programme régional de santé publique, de l'Inpes et de Sidaction.

Le **bilan de santé** recommandé selon le pays d'origine a été effectué chez 85% des patients du Centre de santé (2 701 bilans chez des nouveaux patients en 2006, dont 5% avaient été réalisés dans un autre dispositif médical). La sérologie VIH, dont la proposition requiert des garanties plus grandes de compréhension, a été pratiquée par 72% des patients (2 283 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 Comede ont été signalés « Patients à suivre » par le médecin ou le psychologue, pour affection/s ou risque médical grave/s. En comptant les anciens patients toujours suivis en 2006, les 1 605 Patients à suivre représentent 35% de la File active du Centre de santé et utilisent 48% 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 propose des consultations d'**éducation thérapeutique en langue étrangère** pour des patients non francophones ni anglophones atteints de diabète, d'hypertension artérielle, ou d'asthme persistant. Au total, 200 consultations d'Education pour la santé ont été effectuées, incluant 21 consultations de diététique. La diététicienne a également animé 15 ateliers pour 10 patients en

Bilan de santé proposé au Comede

moyenne à qui la proposition est faite dans la salle d'attente du Centre de santé. 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, et 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 médicales, infirmières, et du Suivi médical. Pour le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle, 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

| 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 47)

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

Comede sous Access. On observe trois grands groupes pathologiques, qui pour ces exilés récents tiennent à la fois aux persécutions et à l'épidémiologie des pays d'origine : pathologies traumatiques graves (28%, essentiellement des psycho-traumatismes), maladies infectieuses et parasitaires (34%), autres affections chroniques et risques médicaux graves (38%). 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 (voir Annexes page 50 et tableau page 16). Dix affections représentent 79% des motifs de suivi au Comede en 2006, présentés dans la suite de ce rapport par nombre décroissant de cas :

■ **Psycho-traumatisme** : 390 patients, 5% 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. L'augmentation de la prévalence chez les nouveaux patients (+21%, p=0,02) est en partie corrélée à la progression de l'accueil des patients d'Afrique du Nord, et tient également à l'amélioration du dépistage en consultation de médecine.

OBSERVATION

Taux de prévalence observés au Comede par nationalité

Taux pour 1000 patients, nouveaux patients 2000-2006, nationalités > 30 patients

Taux les plus élevés

| | ANG | AST | BIL | DIA | MCV | PSY | TUB | VHB | VHC | VIH | Patients |
|--------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|
| Afghanistan | - | - | - | 32 | - | 48 | - | - | 32 | - | 62 |
| Algérie | - | 18 | - | 53 | 53 | 90 | 3 | - | 3 | - | 398 |
| Angola/Cabinda | 41 | 1 | 3 | 18 | 53 | 66 | 27 | 50 | 30 | 15 | 776 |
| Arménie | - | - | - | - | 14 | 14 | - | - | 27 | - | 73 |
| Azerbaïdjan | - | - | - | - | 95 | 24 | 24 | 24 | - | - | 42 |
| Bangladesh | 70 | 17 | - | 51 | 26 | 13 | 3 | 24 | 3 | - | 2076 |
| Birmanie | 83 | 21 | - | 21 | - | 63 | - | 63 | - | - | 48 |
| Cameroun | 14 | 8 | 3 | 19 | 66 | 95 | 8 | 77 | 38 | 66 | 366 |
| Centrafrique | 38 | - | - | - | 57 | 75 | - | 151 | - | 38 | 53 |
| Chine | - | 6 | - | 8 | 14 | 11 | 6 | 42 | - | - | 359 |
| Congo | 12 | 7 | 7 | 29 | 61 | 66 | 9 | 43 | 16 | 33 | 759 |
| Congo RD | 27 | 9 | 1 | 23 | 69 | 67 | 10 | 36 | 20 | 31 | 4262 |
| Côte d'Ivoire | 9 | 13 | 4 | 25 | 49 | 63 | - | 13 | 20 | 45 | 448 |
| Gambie | - | 30 | 30 | - | - | 91 | 61 | 121 | - | - | 3 |
| Géorgie | - | 13 | - | - | 13 | 63 | - | 13 | 152 | - | 79 |
| Ghana | - | - | 20 | 98 | 137 | 59 | - | 98 | 20 | 39 | 51 |
| Guinée Bissau | 65 | 11 | 22 | - | 43 | 22 | 11 | 65 | 22 | 22 | 92 |
| Guinée Conakry | 30 | 6 | 10 | 16 | 36 | 110 | 10 | 126 | 8 | 22 | 499 |
| Haïti | 11 | 5 | - | 28 | 26 | 40 | 16 | 18 | 2 | 14 | 571 |
| Inde | 6 | 14 | - | 29 | 39 | 27 | 17 | 8 | 8 | - | 516 |
| Iran | - | - | - | 30 | 30 | 91 | - | - | - | - | 33 |
| Liberia | 20 | 20 | - | 20 | 20 | 143 | - | 82 | - | 82 | 49 |
| Madagascar | - | - | - | - | 167 | 111 | - | - | - | - | 36 |
| Mali | 1 | 30 | 117 | 17 | 27 | 12 | 9 | 120 | 4 | 12 | 1125 |
| Maroc | - | - | - | 71 | 24 | 95 | 24 | - | 24 | - | 42 |
| Mauritanie | 3 | 18 | 66 | 6 | 27 | 21 | 8 | 97 | 2 | 11 | 1800 |
| Moldavie | - | 7 | - | 14 | 28 | 21 | 14 | 63 | 63 | - | 143 |
| Mongolie | - | - | - | 13 | 39 | 13 | 13 | 184 | 211 | - | 76 |
| Nigeria | 34 | 11 | 4 | 8 | 38 | 71 | 4 | 60 | 8 | 19 | 266 |
| Pakistan | 11 | 33 | - | 46 | 28 | 13 | 13 | 13 | 72 | - | 461 |
| Roumanie | 15 | - | - | 15 | 30 | 15 | - | 45 | 15 | - | 66 |
| Russie/Tchéchénie | - | 10 | - | 10 | 16 | 52 | - | 16 | 58 | - | 191 |
| Rwanda | 11 | 22 | 11 | 22 | 56 | 101 | 11 | 11 | 11 | 124 | 89 |
| Sénégal | 24 | 34 | 38 | 24 | 51 | 20 | 7 | 119 | 7 | 7 | 293 |
| Serbie/Yougoslavie | - | - | - | - | 21 | - | - | - | 21 | - | 47 |
| Sierra Leone | 40 | 8 | 20 | 4 | 36 | 71 | 4 | 79 | - | 24 | 252 |
| Soudan | 34 | 17 | 17 | - | 17 | 69 | 17 | 34 | - | - | 58 |
| Sri Lanka | 26 | 15 | - | 48 | 32 | 34 | 6 | 1 | 2 | - | 3873 |
| Tchad | - | 26 | - | 26 | - | 79 | - | 79 | - | 53 | 38 |
| Togo | - | 56 | - | 69 | 97 | 111 | - | 42 | - | - | 72 |
| Turquie | - | 2 | - | 7 | 8 | 45 | 4 | 33 | 2 | - | 1782 |
| Ukraine | - | - | - | 10 | - | 10 | - | 21 | 31 | - | 97 |

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

■ **Hépatite chronique B** : 389 patients, 6% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest, d'Afrique centrale et d'Asie de l'Est. Diminution non significative de la prévalence chez les nouveaux patients.

■ **Maladies cardio-vasculaires** : 251 patients, 40% des diagnostics connus au pays. Plus fréquentes parmi les exilés d'Afrique centrale et d'Afrique du Nord. L'augmentation forte de la prévalence (+44%, $p=0,001$) témoigne du recours accru au Comede des malades concernés.

■ **Diabète** : 174 patients, 49% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les femmes, et parmi les exilés d'Afrique du Nord et d'Asie du Sud. L'augmentation de la prévalence (+40%, $p=0,06$) témoigne du recours accru au Comede des malades concernés.

■ **Asthme persistant** : 99 patients, 65% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord, d'Afrique de l'Ouest, et d'Asie du Sud. Augmentation non significative de la prévalence.

■ **Hépatite chronique C** : 96 patients, 7% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les femmes et parmi les exilés d'Afrique centrale, d'Europe de l'Est, et d'Asie centrale. L'augmentation de la prévalence (+42%, $p=0,07$) témoigne du recours accru au Comede des malades concernés, la moitié des diagnostics pour ces patients ayant été effectués avant le recours au Comede.

■ **Anguillulose intestinale** : 66 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** : 43 patients, 6% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (taux de 50 pour mille chez les femmes vs 19 pour les hommes), d'Afrique de l'Ouest (femmes 32, hommes 14) et

de Haïti (femmes 18, hommes 10). Diminution non significative de la prévalence.

■ **Tuberculose** : 38 patients, 5% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés de Haïti et d'Afrique centrale. Augmentation non significative de la prévalence. 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** : 22 patients, 1% des diagnostics connus au pays. Très fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest. 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 pathologies thyroïdiennes (3), de l'épilepsie (2), des traumatismes locomoteurs (2), des cancers (1), des pathologies rénales (1) et de la drépanocytose (1).

BESOINS ET RECOMMANDATIONS

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 le psycho-traumatisme et 3 mois pour l'hépatite C. Les Patients à suivre consultent 4,6 fois en moyenne sur la période, au cours de laquelle 52% d'entre eux bénéficient d'un suivi conjoint par un médecin spécialiste.

En 2006, la prise en charge de 923 Patients à suivre s'est terminée au Comede. La continuité des soins a été assurée pour 82% d'entre eux : 630 patients ont bénéficié d'un relais médico-social proche de leur lieu de résidence (le plus souvent auprès d'un service hospitalier), 117 ont guéri (parasitose, psycho-trauma, tuberculose, hépatite...) et 6 patients sont retournés librement au pays d'origine (une Congolaise de 71 ans

OBSERVATION

suivie pour hypertension artérielle/HTA ; un Indien de 59 ans suivi pour HTA ; une Russe de 58 ans suivi pour cancer, diabète et HTA ; un Bangladais de 41 ans suivi pour diabète ; une Bosniaque de 47 ans suivie pour dépression et HTA ; et un Camerounais de 45 ans suivi pour diabète et hépatite C). Les échecs concernent 168 patients perdus de vue malgré les relances téléphoniques et postales du Suivi médical (plus fréquent parmi les patients suivis pour psycho-trauma, asthme ou hépatite). Un patient guinéen est décédé à 32 ans d'un hépatocarcinome consécutif à une hépatite chronique B. Enfin, un patient irakien de 28 ans, suivi pour une névrose traumatique, a été reconduit en Grande-Bretagne dans le cadre de la Convention de Dublin sur l'examen de la demande d'asile. La prise en charge psychologique s'est achevée en 2006 pour 236 patients. La thérapie était considérée comme terminée pour 54% et suspendue pour 6% 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.

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 (voir Accès aux soins page 19). Inscrites dans les priorités de santé publique en France, la lutte contre le VIH et la tuberculose a permis des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge beaucoup plus efficaces pour les malades concernés que dans le cas des autres affections graves. Parmi les actions de santé prioritaires qui restent à développer pour ces populations, la lutte contre les hépatites virales chroniques (B et C) devra intégrer à l'avenir les particularités épidémiologiques des migrants/étrangers ; et le prochain plan « Violence et santé » ne devra pas oublier à nouveau les besoins en matière de dépistage et de prise en charge des psycho-traumatismes chez les exilés. ■

Epidémiologie comparative dans le monde et en France

Taux de prévalence pour 1 000 personnes

| Pathologie | Dans le monde | En France | |
|--|------------------|---------------------|--|
| | | Population générale | Migrants, étrangers et exilés selon la région d'origine |
| Maladies cardio-vasculaires (sauf diabète) | 107 (OMS 2005) | 167 (OMS 2005) | 19 toutes régions d'origine (Anaem 2005) 67 Afrique centrale, 53 Afrique du Nord 34 Afrique de l'Ouest (Comede 2006) |
| Hépatite B chronique | 58 (OMS 2005) | 7 (InVS 2006) | 52 Afrique subsaharienne, 27 Asie du Sud, 24 Moyen-Orient (InVS 2006) 104 Afrique de l'Ouest, 43 Asie de l'Est, 43 Afrique centrale (Comede 2006) |
| Diabète | 35 (OMS 2005) | 33 (OMS 2005) | 12 toutes régions d'origine (Anaem 2005) 53 Afrique du Nord, 47 Asie du Sud (Comede 2006) |
| Hépatite C chronique | 31 (OMS 2005) | 8 (InVS 2006) | 102 Moyen-Orient, 72 Amérique du Nord, 31 Afrique subsaharienne (InVS 2006) 22 Afrique centrale, 17 Europe de l'Est (Comede 2005) |
| Infection à VIH-sida | 7 (Onusida 2006) | 2 (Onusida 2006) | 33 Afrique centrale, 17 Afrique de l'Ouest, 14 Caraïbes (Comede 2006) |
| Tuberculose | 2,4 (OMS 2005) | 0,09 (InVS 2007) | 2 Afrique subsaharienne, 0,3 Afrique du Nord (InVS 2005) 16 Caraïbes, 13 Afrique centrale, 7 Afrique de l'Ouest (Comede 2006) |



Accès au soins et protection maladie

(Indicateurs page 49)

Suite à leur exclusion législative d'abord de la sécurité sociale (1993), puis de la Couverture maladie « universelle » (1999), **les exilés déboutés et sans-papiers peuvent se trouver juridiquement exclus des soins médicaux nécessaires à prévenir l'urgence hospitalière.** Les réformes de l'Aide médicale Etat (AME) de décembre 2002 (suppression de la gratuité des soins pour les bénéficiaires de l'AME, mesure suspendue à l'édiction d'un décret non paru en février 2007) 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 ministérielle du 27 septembre 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 (voir 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 (voir ODSE page 42).

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 2006, 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 Drass et du Conseil Régional d'Ile-de-France.

ACTIONS DU COMEDE

En 2006, 56% des nouveaux patients du Comede étaient dépourvus d'une protection maladie efficiente lors de la première consultation (dispense d'avance des frais par la CMU-C ou l'AME). Lorsque l'on examine les conditions de facturation de l'ensemble des consultations de médecine effectuées sur l'année, l'intervention du Comede a permis de renverser ce pourcentage : 58% des consultants du Centre de santé bénéficiaient d'une protection maladie intégrale, par la CMU complémentaire (CMU-C, 43%), l'Aide médicale Etat (AME, 14%), ou l'exonération du ticket modérateur pour les assurés souffrant de maladie grave (ALD, 1%). Les consultations médicales et infirmières sont effectuées gratuitement dans 42% des cas (7 088 consultations sur l'année), en totalité (35% des consultants sont également dépourvus de protection de base) ou pour la part complémentaire (8% base sans Complémentaire). Le pratique des examens complémentaires lors des bilans de santé initiés par le Comede (2 701 patients), la délivrance gratuite de médicaments (1 085 fois) et les demandes de protection maladie décrites ci-après complètent ces actions de Permanence d'accès aux soins de santé (Pass) du Comede.

Pour tous les patients 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 **(1 776 nouveaux patients orientés en 2006)**. Le livret de santé bilingue (voir Information page 39) 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 (302 fois en 2006). En cas de blocage, les médecins,

OBSERVATION

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.

Au total en 2006, **l'expertise et l'intervention des professionnels médico-sociaux** en matière d'accès aux soins ont été nécessaires pour 11% des consultations, relativement plus souvent dans les consultations infirmières (16%), sans compter le travail occasionné pour le Suivi du dossier après la consultation en cas d'obstacle. Rapportées aux seuls patients dépourvus de protection maladie, **les interventions ont été nécessaires dans 20% des démarches effectuées, soit pour 1 patient sur 5.** Le poids relatif de l'AME par rapport à la CMU-C parmi les dossiers nécessitant une intervention est nettement supérieure à la proportion des bénéficiaires au sein de la file active (30% vs 24%, $p < 0,001$), écart significatif des difficultés accrues d'accès à l'AME suite aux restrictions législatives de 2002 et 2003.

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, de la Responsable administrative et du Directeur adjoint du Comede. Les intervenants du SAS participent également à la permanence téléphonique destinée aux professionnels et aux particuliers, et se consacrent en outre aux activités de formation, recherche et publication sur l'accès aux soins. La permanence téléphonique est particulièrement sollicitée sur des questions d'accès aux soins par les services de l'Etat (47% de leurs motifs d'appel), les patients du Comede (40%) et d'autres particuliers (34%).

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.

Au Comede, toutes les interventions en matière d'accès aux soins sont signalées sur les relevés de consultation et de permanence téléphonique, les intervenant signalant également l'existence des obstacles à l'accès aux soins qui nécessitent un contact direct avec le dispositif concerné. La

saisie et l'analyse des données sont effectuées à l'aide d'un programme informatique développé par le Comede sous Access et Epi Info. Au total sur l'année 2006, 875 obstacles à l'accès aux soins ont été documentés pour 237 patients. La répartition de ce sous-groupe par sexe (31% de femmes) et par région d'origine (33% Afrique centrale, 27% Asie du Sud, 26% Afrique de l'Ouest, 8% Europe de l'Est), ainsi que la durée médiane de résidence en France sont comparables à celles de la file active du Comede.

Au total, **93% des obstacles** à l'accès aux soins pour ces patients **relèvent des dysfonctionnements de la Sécurité sociale**. Les erreurs de procédure sont les plus fréquentes (39% des cas), en particulier inaccessibilité téléphonique du Centre de sécurité sociale (CSS) responsable, délai de traitement de dossier supérieur à 2 mois, et absence de délivrance du reçu de demande ; alors que les dossiers de demande sont déclarés « perdus » par le CSS dans 5% des cas. Près d'un tiers des obstacles sont liés à des erreurs de droit, principalement les refus d'admission immédiate à la CMU-C ou d'instruction prioritaire à l'AME, mais aussi la méconnaissance du statut juridique des personnes (régularité, stabilité du séjour). Un quart des obstacles tiennent aux difficultés d'accès au CSS, principalement en raison de l'absence de domiciliation ou encore d'interprète : de nombreux patients anglophones ne trouvent pas un employé de la caisse pouvant « se débrouiller » dans une langue partagée par l'exilé. Enfin, 7% des erreurs sont le fait des dysfonctionnements des dispositifs de soins, dont l'hôpital public sollicité en priorité par ces patients démunis.

Les obstacles documentés concernent 12 départements, parmi les 35 départements de résidence des patients de la file active du Comede en 2006. Ils sont **significativement plus fréquents en Seine-Saint-Denis** (31% versus 24% de la file active), dans le **Val-de-Marne** (20% vs 14%), et dans les **Hauts-de-Seine** (11% vs 6%, $p < 0,001$). Pour ces trois départements, les difficultés de communication sont plus souvent signalées, les délais de procédures plus

Typologie des obstacles à l'accès aux soins pour les patients du Comede en 2006

875 obstacles documentés pour 237 patients

| Type d'obstacle | % |
|---------------------------------------|------------|
| Erreurs de procédure CSS | 39% |
| CSS injoignable par téléphone | 11% |
| Délai de traitement > 2 mois | 9% |
| Absence de reçu | 9% |
| Dossier « perdu » par le CSS | 5% |
| Accord non notifié | 4% |
| Refus Guichet AME | 1% |
| Erreurs de droit CSS | 30% |
| <i>Pour la Sécu-CMU</i> | 21% |
| CMU-C refus admission immédiate | 8% |
| Erreur sur régularité du séjour | 3% |
| Exigence EAN | 3% |
| Erreur Stabilité du séjour (asile) | 2% |
| Attente des Assedic | 2% |
| Erreur date d'ouverture des droits | 1% |
| Exigence de RIB | 1% |
| Autres | 1% |
| <i>Pour l'Aide médicale Etat</i> | 9% |
| Refus Instruction prioritaire AME | 5% |
| Preuves de ressources | 2% |
| « Preuve » d'irrégularité du séjour | 2% |
| Résidence en France | 1% |
| Refus AME Complémentaire | 1% |
| Difficultés d'accès CSS | 24% |
| Absence d'interprétariat | 14% |
| Besoin d'aide au dossier | 5% |
| Obstacles à la domiciliation | 4% |
| Abandon de la demande | 1% |
| Obstacles dispositifs de soins | 7% |
| Facture hôpital | 2% |
| Refus de soins « en ville » | 2% |
| Autre dysfonctionnement hôpital | 1% |
| Autre dysfonctionnement Pass | 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, EAN : Extrait d'acte de naissance, Pass : Permanence d'accès aux soins de santé ; RIB : Relevé d'identité bancaire.

Pour les recours pratiques et juridiques face aux obstacles ici répertoriés :

- Guide Comede, section Accès aux soins (www.comede.org)
- Permanence téléphonique de l'Accès aux soins ☎ 01 45 21 63 12, du lundi au vendredi de 10h à 17h

OBSERVATION

longs, et les Centres de sécurité sociale plus souvent « injoignables » qu'ailleurs. Sept ans après la réforme CMU, les CPAM du 92 et du 94, sont toujours dans l'incapacité d'assurer dans le délai légal, la séquence 1^{ère} immatriculation et l'admission immédiate en CMU-C. La CPAM du 92 présente en outre des taux records de « dossiers perdus », qui obligent le demandeur à recommencer toute la procédure 3 mois plus tard. Dans le 93, l'exigence d'un extrait d'acte de naissance pour l'immatriculation des demandeurs d'asile qui en sont dépourvus, ou de « preuve de séjour irrégulier » pour instruire une demande d'AME entretiennent de nombreuses situations d'exclusion. La CPAM du 94 a introduit un formulaire supplémentaire illégal de 4 pages en matière d'AME, source de nombreux dysfonctionnements et refus, et se distingue par une application très restrictive du droit. La CPAM du 75 n'a entrepris aucune réforme depuis l'instauration de l'instruction prioritaire pour notifier rapidement l'admission au bénéficiaire, refusant par là d'appliquer la circulaire DGAS/DSS/DHOS du 27 septembre 2005, les délais de remise de l'attestation au demandeur étant invariablement de 8 à 10 semaines.

Ces résultats démontrent la complexité du système à travers la grande diversité de cause des refus d'ouverture de droit. **Les plus dangereux 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 dans la mesure où les soins spécialisés justifiant une telle demande ne peuvent être délivrés « avant 3 mois », durée légale maximale de la procédure normale en CMU-C. Seul recours possible dans cette situation, les Pass n'ont pas vocation à suppléer les refus d'application de la réglementation par la Sécurité sociale, mais au contraire à faciliter l'accès aux droits.

La fréquence des obstacles à l'accès aux droits nécessite 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.

BESOINS ET RECOMMANDATIONS

Dans la plupart des cas, les interventions du Comede auprès du CSS / de la direction de la CPAM ont permis en 2006 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 important (30% des consultations en langue étrangère en 2006, dont 13% avec un interprète professionnel).

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 | 4 980 802 | +4,3% | 125 376 | +71% |
| 2002 | 4 572 965 | -8,2% | 145 394 | +16% |
| 2003 | 4 688 627 | +2,5% | 170 316 | +14,6% |
| 2004 | 4 734 550 | +1% | 146 297 | -16% |
| 2005 | 4 794 309 | +1,3% | 178 689 | +18% |
| 2006 | 4 834 250 | +0,8% | 191 955 | +7% |

Sources : Fonds CMU, Assemblée Nationale, IGAS, Ministère de la Santé

Refus de soins aux bénéficiaires de la CMU : des pratiques médicales dénoncées par la Halde

Extrait des recommandations de la Halde (Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité des chances) saisie par le CoMéGAS (Comité des médecins généralistes pour l'accès aux soins) : « *Tout refus d'accès à la prévention et aux soins opposé par un professionnel de santé aux bénéficiaires de la CMU est en opposition avec les mesures et les objectifs du législateur[...] et constitue une discrimination au sens de la loi et des engagements internationaux[...] Cela constitue une violation des principes déontologiques.* »

Pour prévenir la réitération de tels faits discriminatoires, le Collège de la haute autorité recommande au Conseil National de l'Ordre des Médecins d'informer les professionnels de santé, notamment du secteur libéral, du caractère discriminatoire du refus d'accès à la prévention et aux soins à l'encontre des bénéficiaires de la CMU et des conséquences de telles pratiques, eu égard aux mesures disciplinaires qui pourraient être prises à leur encontre. Le Collège de la haute autorité recommande au ministère de la Santé et des Solidarités de prendre les mesures nécessaires et appropriées pour mettre un terme à ces pratiques discriminatoires et, dans un objectif de sensibilisation des bénéficiaires de la CMU, invite les organismes de sécurité sociale en charge du dispositif, à leur transmettre une information sur leurs droits aux soins, sur le caractère discriminatoire d'un éventuel refus, ainsi que sur les modalités de saisine du Conseil départemental de l'ordre des médecins et de la Halde.

Lorsque les droits sont enfin ouverts, **l'absence de délivrance de la carte Vitale pour les exilés** (numéro d'immatriculation « provisoire » pour les demandeurs d'asile dépourvus d'acte de naissance et bénéficiaires de la CMU-C, carte Vitale non prévue par la réglementation pour les bénéficiaires de l'AME) entraîne des difficultés spécifiques d'accès à certains professionnels de santé qui craignent pour le remboursement, ce qui se traduit par des refus de soins dans un certain nombre de dispositifs (cabinets libéraux, cliniques privées et pharmacies principalement). Dans l'expérience quotidienne du Comede pour tenter de se faire rembourser les consultations de médecine effectuées pour des bénéficiaires CMU/AME, le taux de rejet est de 8% en 2006, parmi les CPAM des 35 départements de résidence des patients de la file active. Ce taux très élevé est principalement lié aux difficultés d'immatriculation et affiliation (passage du numéro provisoire à définitif, changement de régime de base, changements d'adresse fréquents pour des personnes très majoritairement SDF), mais aussi depuis la réforme de 2006 en raison de l'absence de « médecin traitant » ou de parcours de soins « non complété ».

Après l'occasion manquée de 1999, seule la création d'une Couverture maladie véritablement « universelle » permettrait de résoudre ces

difficultés persistantes d'accès aux soins. En outre, 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.

L'action du Comede pour l'accès aux soins et à la protection maladie des exilés est au cœur des missions de l'association depuis sa création. L'augmentation des difficultés rencontrées par les consultants et des sollicitations de la part des partenaires (voir Information et formation page 39) rendent nécessaire à l'avenir le développement des actions du Comede tant au niveau de l'accueil et des consultations que des activités du Centre-ressources, par le biais notamment des permanences téléphoniques et des publications consacrées à cette thématique. En outre, les actions de plaidoyer pour en faveur de l'accès aux soins pour toute la population doivent être poursuivies, notamment en partenariat avec les associations membres de l'ODSE. ■

Droit de la santé et expertise médico-juridique

(Indicateurs page 49)

Si les effets médico-psychologiques de la crise du droit d'asile sont restés majoritairement cantonnés aux associations et services de soins spécialisés depuis 28 ans, les restrictions observées au cours des dernières années en matière de protection juridique des étrangers malades rejaillissent sur l'ensemble du corps médical, médecins praticiens et Médecins inspecteurs de santé publique, au delà des associations et services sociaux qui aident aux démarches administratives. En raison de ses missions de soins et soutien aux exilés malades, le Comede se trouve très largement sollicité tant dans le cadre des procédures de demande d'asile (Art. 1er A2 de la Convention de Genève sur les réfugiés), que de demande de carte de séjour pour l'étranger malade dont « *l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire* » (Art. L313-11 11° du Cesda).

Ces sollicitations émanent à la fois des patients du Centre de santé et des usagers du Centre-ressources. En 2006, **les consultations du Comede ont relevé d'une expertise médico-juridique dans 42% des cas**, en matière de droit d'asile (21%) et de droit au séjour pour raison médicale (21%). Si la demande de certificat médical destiné à l'Ofpra ou à la Commission des recours des réfugiés (CRR) reste la plus importante numériquement, la demande de rapport pour la préfecture et de certificat pour le tribunal a continué de progresser en 2006. L'expertise du Comede a également été requise pour les activités d'information et de formation, notamment dans le cadre des permanences téléphoniques (voir page 40). 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 **648 certificats destinés à la demande d'asile en 2006** (-1%), soient pour 20% des patients reçus en Médecine. La stabilité de cette activité s'explique par l'application des principes d'évaluation et de certification mis en place par le Comede en 2002 (voir infra). En 2006, le taux d'accord des médecins du Comede face aux patients souhaitant joindre un certificat médical à leur dossier de demande d'asile a été de 79%. L'évaluation initiale lors d'une consultation de médecine, si besoin avec un interprète, conduit ainsi 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 21% 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. La délivrance de certificat pour l'asile est particulièrement fréquente parmi les exilés originaires du Soudan (40% d'entre eux ont obtenu un certificat en 2006), du Sri Lanka, du Bangladesh et de Turquie (28%), de Guinée (20%), et de Côte d'Ivoire (16%), nationalités corrélées à des antécédents de violence et torture plus fréquents (voir Epidémiologie page 13).

Dans un contexte de crise du droit d'asile, l'exigence de « preuves » de persécutions continue d'entretenir 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 » constitue 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

OBSERVATION

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.

Par ailleurs, le Service social du Comede intervient pour les demandeurs d'asile en prises avec des difficultés de procédure (autorisations de séjour, documents Ofpra/CRR, allocations, demande de Cada), outre le soutien social global de personnes en situation de grande précarité. Les permanences téléphoniques du Comede sont également sollicitées sur les questions de procédure d'asile, de protection sociale des demandeurs d'asile et d'expertise médico-juridiques (voir page 40). En 2006, ces questions ont surtout venues des services de l'Etat (10% de leurs motifs d'appel), des associations (8%) et des avocats (7%).

PROTECTION JURIDIQUE DES ÉTRANGERS MALADES

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 continuent de progresser en 2006, 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 associations spécialisées, services médicaux et sociaux. Les consultants les plus souvent mis à contribution sont les assistants sociaux (45% des consultations relèvent d'une expertise en matière de droit au séjour) et les médecins (22%). Les

permanences téléphoniques du Comede sont particulièrement sollicitées sur cette question par les avocats (72% de leurs motifs d'appel), associations (62%), ou des particuliers (60%).

En 2006, les médecins et les assistants sociaux ont soutenu **361 dossiers de demande de carte de séjour pour 258 patients déboutés et sans-papiers malades**. Cette apparente stabilité (+4% par rapport à l'année précédente) se retrouve au niveau des premières demandes de titre (126, +7%), et des recours gracieux auprès de la préfecture et du MISP (63, +5%). Par contre, on a observé une forte diminution des demandes de renouvellement (46, -31%), et surtout une **très importante progression des recours contentieux (109, +27%)**. Les juridictions concernées ont été les Tribunaux administratifs (90 recours contre un refus de délivrance de titre dont 30 en référé, 14 recours contre un APRF), les Cours administratives d'appel (3) et le Conseil d'Etat (2).

L'évaluation de la demande du patient par le médecin consultant a conduit dans 72% des cas à la délivrance d'un rapport médical pour la préfecture ou d'un certificat médical pour le tribunal, lorsqu'il existe à la fois un risque significatif « d'exceptionnelle gravité » du défaut de prise en charge médicale et un risque d'exclusion des soins nécessaires « dans le pays d'origine ». C'est chez les Sénégalais (28%), Maliens (20%), Camerounais (19%), Mauritanien (13%), et Nigériens (11%), 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 entraîne l'intervention du Service social, qui évalue préalablement les autres motifs éventuels et les critères administratifs de régularisation. Les assistants sociaux aident le demandeur à constituer son dossier pour la préfecture ou le tribunal. Au delà de l'aide aux malades et des interventions auprès des préfectures, la multiplication des recours contentieux a entraîné en 2006 une forte progression de la charge de travail du Service social (obtention de l'aide juridictionnelle, orientation vers un avocat et suivi du dossier).

Devenir des patients du Comede régularisés

Le Comede a pu documenter le devenir de 523 patients ayant fait une demande de carte de séjour pour raison médicale depuis la loi du 12 mai 1998. Selon les dernières informations obtenues début 2007 :

- **52% détiennent un titre de séjour** : Carte de résident (3%), CST (29%) et document provisoire (20%) ;
- **48% sont sans-papiers** : notification d'une IQF (21%), d'un APRF (3%) ou d'une OQTF (2%), décision implicite de rejet de l'Administration (16%), rejet du tribunal (6%).

Pratiques illégales mais fréquentes des préfectures, les refus de délivrance de « récépissés de renouvellement » entraînent des situations d'urgence comme la perte d'emploi pour des exilés malades auparavant régularisés. Ces situations de crises et l'impossibilité pratique de communiquer avec les bureaux des étrangers induisent les recours en référé auprès du Tribunal administratif. 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), des préfectures continuent de délivrer des Autorisations provisoires de séjour dans un quart des cas (APS, avec autorisation de travail dans 60% des cas).

Sur le plan de la procédure, les pratiques non réglementaires par les bureaux des étrangers en préfecture 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 ;
- Refus d'enregistrement d'une demande de carte en cas de demande d'asile en cours ;
- 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 ;
- 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 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.

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

En mars 2007, 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 APS et non 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.

Les indicateurs portant sur les années 2003 à 2005 ont été communiqués oralement par M. Stéfani, Secrétaire général du Comité interministériel de contrôle de l'immigration, lors d'une réunion avec l'ODSE en novembre 2005. Les données relatives aux avis des MISP portent sur 93 départements pour 2003, sur 95 départements en 2004, et seulement sur 86 départements en 2005. Par ailleurs, selon les données communiquées au Comede par les services du Ministère de l'intérieur, le « stock » d'étrangers malades au 31 décembre 2005 (nombre de titulaires d'un titre de séjour un jour donné) était de 23 605 personnes dont 23 591 étrangers originaires de pays tiers et 14 ressortissants de l'Espace économique européen, ce qui représente 0,7% 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 | 40 940 |
| Taux d'accord des MISP | 76% | 75% | 76% | 63% | 72% | 65% | 68% |
| Total CST première délivrance | 1 497 | 1 755 | 2 948 | 3 437 | 4 540 | 6 232 | 7 737 |
| Total APS toutes délivrances | ? | ? | ? | 3 315 | 5 976 | 5 245 | 4 288 |
| Total CST prem. dél. et renouvellements | 3 715 | 4 941 | 7 259 | 9 149 | 12 109 | 16 164 | ? |

OBSERVATION

OBSERVATION DES ACCORDS ET DES REFUS

Données Comede, Mrap et ALS, 2000-2006

Suite à l'apparition d'une vague de refus de délivrance de carte de séjour pour raison médicale, le Comede a mis en place en 2003 un programme d'observation des réponses administratives et judiciaires aux demande de protection faites par les « étrangers malades ». En 2006, en l'absence de données fournies par les ministères concernés (Intérieur et Cohésion sociale), plusieurs associations partenaires du Comede se joignent à ce programme d'observation. L'objectif est double : informer les malades et les professionnels concernés sur les pratiques effectives, et alerter l'opinion et les pouvoirs publics sur l'évolution restrictive dans l'application du droit au séjour pour raison médicale. Les résultats suivants sont issus des données enregistrées en continu par le Comede, ainsi que des fiches de recueil transmises en 2006 par le Mrap et l'ALS-Rhône. Les critères médicaux de demande retenus par le Comede sont stables sur la période ¹.

La méthode utilisée consiste à caractériser chaque réponse préfectorale à chaque demande de CST (Carte de séjour « Vie privée et familiale »), l'exhaustivité du recueil des réponses permettant d'éviter des biais de sélection. Chaque fiche remplie par les associations partenaires et chaque enregistrement directement effectué par le Comede correspond à une réponse documentée de la préfecture et/ou du tribunal :

- un accord (APS ², CST ³, APAR ⁴, accord TA/CAA/CE ⁵) ;

- ou un refus (IQF ⁶, Décision implicite de rejet, APRF⁷, rejet TA/CAA/CE). Les documents d'attente remis par les préfectures (convocation/rendez-vous, récépissé, APS dans certains cas) n'ont pas été pris en compte dans les résultats. Les variables renseignées concernent les caractéristiques du demandeur (année d'entrée en France, sexe, âge, nationalité) et de la demande effectuée (type de procédure, motif/s médical/aux, département). La saisie des fiches de recueil et l'analyse des données sont effectuées par le Comede au moyen d'un programme informatique développé sous Access et *Epi Info*.

Les données suivantes portent sur la période 2000-2006. Elles concernent 532 personnes (509 patients du Comede, 12 malades soutenus par le Mrap et 11 par l'ALS). Majoritairement des hommes (74%), jeunes (âge médian 38 ans), ils sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (51%), d'Afrique centrale (26%), d'Asie du Sud (9%), et d'Afrique du Nord (5%). Ils bénéficient d'une prise en charge médicale pour une ou plusieurs affections graves (670 au total, soit en moyenne 1,3 affection renseignée pour chaque demandeur), dont les plus nombreuses sont l'hépatite B chronique (29%), les maladies cardio-vasculaires (15%), le diabète (12%), l'asthme (10%), les psycho-traumatismes (6%), l'infection par le VIH (5%) et l'hépatite C chronique (5%).

Les procédures engagées ont été une première demande de carte de séjour (35%), une demande de renouvellement (30%), un recours gracieux auprès du Préfet et du Médecin (23%), un recours contentieux auprès du Tribunal (10%), enfin le réexamen ou l'exécution par la préfecture consécutive à une annulation judiciaire du refus de séjour (2%). Les démarches ont eu lieu dans 14 départements, principalement Paris (60%), la Seine-Saint-Denis (12%), le Val-de-Marne (10%), et le Val d'Oise (5%). L'analyse statistique croisée des réponses avec les affections en cause conduit à la constitution d'un échantillon de 1 110 enregistrements documentés sur la période.

¹ Voir Guide Comede, www.comede.org

² Correspondant à un accord du MISP. Les APS délivrées « en attente » ne sont pas comptabilisées comme réponse effective.

³ Carte de séjour temporaire, délivrée de plein droit aux étrangers résident depuis au moins un an en France

⁴ Arrêté préfectoral d'assignation à résidence

⁵ Tribunal administratif, Cour administrative d'appel, Conseil d'Etat

⁶ Invitation à quitter la France, remplacée en 2007 par l'Obligation de quitter le territoire français (OQTF)

⁷ Arrêté préfectoral de reconduite à la frontière

[Tableau 1] - Evolution du taux d'accord selon la procédure

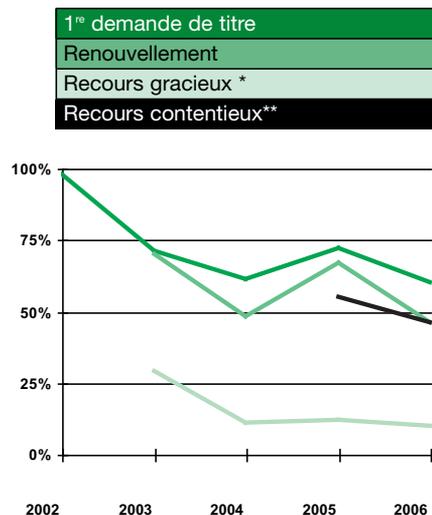
Données Comede, ALS, et Mrap

| % si n>10 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | Total |
|--|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 1^{re} demande de titre | | | | | | | | |
| Taux d'accord | 100% | 92% | 98% | 71% | 61% | 72% | 60% | 72% |
| effectif | 12 | 25 | 45 | 55 | 87 | 101 | 68 | 393 |
| Renouvellement | | | | | | | | |
| Taux d'accord | 8/8 | 100% | 98% | 70% | 48% | 67% | 46% | 67% |
| effectif | 8 | 24 | 42 | 67 | 69 | 67 | 54 | 331 |
| Recours gracieux * | | | | | | | | |
| Taux d'accord | 2/2 | 3/3 | - | 29% | 11% | 12% | 10% | 14% |
| effectif | 2 | 3 | - | 17 | 74 | 95 | 62 | 253 |
| Recours contentieux** | | | | | | | | |
| Taux d'accord | - | - | - | 0/1 | 4/5 | 55% | 46% | 51% |
| effectif | - | - | - | 1 | 5 | 49 | 54 | 109 |
| Exécution/réexamen* | | | | | | | | |
| Taux d'accord | - | - | - | - | 1/1 | 7/9 | 64% | 71% |
| effectif | - | - | - | - | 1 | 9 | 14 | 24 |

* 4% sont des recours contre la délivrance d'une APS à la place de la CST prévue par la loi (pas de rapport médical destiné au MISP) ** Annulation judiciaire du refus de séjour *** Suite à une annulation

[Tableau 1 et figure ci-contre] Proche de 100% jusqu'en 2002, le taux d'accord chute en 2 ans à 61% (en première demande) et à 48% (en renouvellement). De nombreux recours gracieux sont introduits, conduisant rapidement à la saturation des circuits administratifs et à la multiplication des décisions implicites de rejet. En 2005, les taux d'accord en première demande et en renouvellement remontent au niveau de 2003, alors que les recours contentieux commencent à être introduits en nombre, pour des décisions favorables au malade dans 1 cas sur 2. En 2006, avec l'avant-projet de loi puis le projet de circulaire destinés à substituer les préfets aux médecins de l'Administration dans l'appréciation des risques médicaux, les taux d'accords ont à nouveau baissé au niveau de ceux de 2004.

Cette évolution étant observée hors de toute modification législative et réglementaire, elle doit s'interpréter dans un contexte social et politique d'inhospitalité accrue envers les populations étrangères. Or - jusqu'en 2007 (voir infra) - toutes les décisions préfectorales ont respecté les avis médicaux rendus par les MISP au terme de l'étude du rapport médical confidentiel transmis par les médecins agréés ou hospitaliers⁸. Pour



ces raisons, les variations observées sont significatives d'une évolution restrictive des avis médicaux rendus dans la procédure « étrangers malades » ainsi que de la forte disparité des pratiques des MISP et du Médecin-Chef de la préfecture de police de Paris.

⁸ Information donnée par le Cici (Comité interministériel de contrôle de l'immigration) à l'ODSE fin 2006.

OBSERVATIONS

[Tableau 2a] - Evolution du taux d'accord global par département

Données Comede, ALS, et Mrap

| Département & effectif | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | Total |
|-------------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 60 - Oise 14 | - | - | - | 3/3 | 1/5 | 4/5 | 0/1 | 57% |
| 69 - Rhône 18 | - | - | 1/1 | 3/3 | 8/9 | 5/5 | - | 94% |
| 75 - Paris 665 | 100% | 94% | 100% | 58% | 39% | 48% | 33% | 52% |
| 77 - Seine-et-Marne 34 | 2/2 | - | 4/5 | 3/5 | 4/5 | 50% | 4/7 | 65% |
| 91 - Essonne 31 | - | 1/1 | - | 3/4 | 3/3 | 5/7 | 69% | 74% |
| 92 - Hauts-de-Seine 37 | - | 3/3 | 3/3 | 4/4 | 1/2 | 73% | 40% | 70% |
| 93 - Seine-St-Denis 136 | 2/2 | 9/9 | 90% | 63% | 43% | 46% | 25% | 51% |
| 94 - Val-de-Marne 108 | 6/6 | 4/4 | 5/5 | 7/7 | 43% | 44% | 76% | 64% |
| 95 - Val-d'Oise 51 | - | - | 4/4 | 5/8 | 1/9 | 62% | 44% | 49% |
| Autres 10 | 1/1 | - | 3/3 | 2/2 | 2/3 | 4/7 | 3/3 | 75% |
| Total | 100% | 96% | 98% | 64% | 41% | 50% | 42% | 55% |
| effectif | 22 | 52 | 87 | 140 | 236 | 321 | 252 | 1110 |

[Tableau 2a] Les taux d'accord observés varient sensiblement dans le temps mais aussi dans l'espace, avec des différences significatives entre les départements. Les médecins des départements de Paris et de Seine-Saint-Denis - où la demande est la plus forte - sont à l'avant-

garde des refus, rejoints en 2006 par les MISP du Val-d'Oise. A noter que 16 des 18 réponses données par la Préfecture du Rhône concernent des personnes infectées par le VIH et soutenues par l'ALS.

[Tableau 2b] - Taux d'accord par affection, selon la procédure et le département (2000-2006)

Données Comede, ALS, et Mrap

| % si n>10 | Taux et effectifs | | | Procédure | | | | Département | | | |
|--------------|-------------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|------------|
| | 2006 | n | 00/06 | 1ère | Ren | Rec G | Rec C | 75 | 93 | 94 | autre |
| Asthme | 31% | 116 | 49% | 79% | 58% | 7% | 46% | 43% | 50% | 73% | 58% |
| Diabète | 14% | 123 | 46% | 63% | 70% | 8% | 1/6 | 44% | 21% | 4/7 | 65% |
| MCV | 52% | 167 | 58% | 78% | 73% | 10% | 58% | 52% | 60% | 4/8 | 72% |
| PSY | 46% | 59 | 61% | 78% | 59% | 0/7 | 3/4 | 63% | 4/7 | 2/4 | 5/8 |
| VHB | 36% | 324 | 47% | 60% | 60% | 13% | 43% | 45% | 34% | 20% | 64% |
| VHC | 57% | 53 | 66% | 75% | 79% | 18% | 6/8 | 65% | 4/4 | 1/1 | 55% |
| VIH | 100% | 55 | 95% | 95% | 100% | 1/2 | - | 88% | 7/7 | 2/2 | 94% |
| Autres | 52% | 213 | 62% | 86% | 69% | 26% | 61% | 57% | 72% | 1/2 | 65% |
| Total | 42% | 1110 | 55% | 72% | 67% | 14% | 51% | 52% | 51% | 49% | 67% |
| effectifs | 244 | | 1079 | 378 | 320 | 248 | 109 | 657 | 133 | 51 | 238 |

MCV Maladie cardio-vasculaire, PSY Psycho-traumatisme grave, VHB Hépatite B chronique, VHC Hépatite C chronique, VIH Infection à VIH-sida. Procédures : 1^{re} demande, demande de renouvellement, recours gracieux, recours contentieux (TA)

[Tableaux 2b] La tendance à la baisse des taux d'accord est particulièrement marquée pour les étrangers atteints de diabète (surtout en Seine-Saint-Denis), d'asthme (surtout à Paris) et d'hépatite B chronique (Seine-Saint-Denis et Val-d'Oise). Les cas de refus à l'encontre d'étrangers vivant avec le VIH se sont produits à Paris et dans le département du Rhône. Signe de la précarité du séjour pour ces étrangers atteints de maladie

chronique, les demandes de renouvellement de titre ont été moins souvent accordées que les premières demandes sur l'ensemble de la période. Les recours gracieux donnent rarement lieu à la délivrance d'un titre, la majorité des refus étant des décisions implicites de rejet. Ceci a conduit à la multiplication des recours contentieux devant la juridiction administrative (51% de décisions favorables au malade).

[Tableau 3] Taux d'accord par affection, selon les principales régions et pays d'origine (2000-2006)

Données Comede, ALS, et Mrap

| % si n>10 | 2000/ | Régions | | | Nationalités | | | | | | | |
|-----------|-------|---------|-----|-----|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 2006 | AFC | AFO | ASS | BAN | CAM | CRD | CIV | MAL | MAU | PAK | SEN |
| Asthme | 49% | 80% | 36% | 68% | 74% | - | 6/8 | 0/2 | 32% | 44% | 64% | 2/8 |
| Diabète | 46% | 54% | 18% | 67% | 59% | 0/2 | 53% | 0/6 | 25% | - | 6/7 | 20% |
| MCV | 58% | 66% | 53% | 67% | 67% | 0/1 | 88% | 20% | 44% | 55% | 75% | 4/6 |
| PSY | 61% | 56% | 80% | 75% | 5/6 | - | 50% | - | 1/2 | 1/1 | - | - |
| VHB | 47% | 52% | 43% | 70% | 68% | 1/4 | 54% | 7% | 52% | 40% | 4/4 | 24% |
| VHC | 66% | 53% | 70% | 92% | 4/4 | 4/8 | 5/9 | 2/4 | 1/2 | - | 8/9 | 3/4 |
| VIH | 95% | 96% | 95% | - | - | 3/3 | 93% | 4/4 | 4/4 | 3/4 | - | 2/2 |
| autres | 62% | 58% | 61% | 80% | - | 24% | 57% | 45% | 52% | 5/6 | 1/2 | 55% |
| Total | 55% | 63% | 47% | 70% | 64% | 35% | 66% | 26% | 49% | 47% | 78% | 39% |
| effectifs | 1110 | 263 | 525 | 199 | 98 | 31 | 172 | 50 | 233 | 96 | 45 | 64 |

AFC Afrique centrale, AFO Afrique de l'Ouest, ASS Asie du Sud,

BAN Bangladesh, CAM Cameroun, CRD Congo RD, MAL Mali, MAU Mauritanie, PAK Pakistan, SEN Sénégal

[Tableau 3] S'il n'existe pas de différence significative selon le sexe, les réponses observées sont très liées à la nationalité du demandeur. Les malades d'Asie du Sud (70%) et d'Afrique centrale (63%) font l'objet d'une décision plus souvent positive que ceux d'Afrique de l'Ouest (47%) ou d'Afrique du Nord (27%, $p < 0,001$). Si l'on compare les taux des 10 premières nationalités parmi les étrangers régularisés pour raison médicale fin 2005 (ci-contre), il apparaît que les taux les plus défavorables concernent les pays dont les ressortissants sont les plus nombreux à être régularisés. Sur ce plan encore : plus la demande est forte, plus l'accès aux droits se restreint.

| Nationalité | Etrangers malades* | Taux d'accords** (effectif observé) |
|---------------|--------------------|-------------------------------------|
| Algérie | 3 619 | 27% (22) |
| Côte d'Ivoire | 2 120 | 26% (50) |
| Cameroun | 1 969 | 35% (31) |
| Mali | 1 884 | 49% (232) |
| Congo RD | 1 632 | 66% (172) |
| Congo | 1 170 | 68% (31) |
| Sénégal | 701 | 39% (64) |
| Guinée | 481 | 72% (25) |
| Haïti | 453 | 32% (25) |
| Pakistan | 195 | 78% (45) |

* Ministère de l'Intérieur, données de stock France métropolitaine au 31/12/05 : nombre d'étrangers titulaires d'un titre de séjour (premières délivrances de titre et renouvellements en 2005 pour les étrangers régularisés auparavant).

** Comede/Mrap/ALS, 2000-2006

BESOINS ET RECOMMANDATIONS

L'année 2006 a été rythmée par de nouvelles attaques contre le droit au séjour des étrangers malades, d'abord menacé de suppression par un avant-projet de loi sur l'immigration, alors qu'en fin d'année un projet de circulaire ministérielle prévoyait la substitution des médecins de l'Administration par les préfets dans l'appréciation des risques médicaux encourus en cas d'éloignement du malade vers son pays d'origine. Suite à une forte mobilisation des associations et des professionnels de santé autour de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (voir ODSE page 42), les ministres de la

Santé et de l'Intérieur ont déclaré à plusieurs reprises leur attachement à la permanence de l'esprit de la loi. Le projet de circulaire est abandonné fin 2006, de même que la réforme sur l'immigration du 24 juillet 2006 n'a finalement pas modifié les conditions juridiques de la protection des malades sans-papiers. Pourtant, au nom de « l'immigration choisie », cette réforme a aggravé la situation de précarité pour de nombreux étrangers résidant dans notre pays au titre de l'immigration familiale, interdisant notamment à de nombreux exilés malades de pouvoir vivre avec leur famille.

En outre, l'évolution des taux d'accord face aux demandes de cartes de séjour pour raison

OBSERVATION

médicale montre combien - même en dehors de toute modification législative et réglementaire - de telles attaques contribuent à saper l'exercice du droit sur le terrain, en raison notamment des difficultés observées chez les médecins sollicités dans le cadre de cette procédure. Praticiens ou inspecteurs de santé publique, les médecins sont tenus au respect conjoint du Code de déontologie médicale et de la protection juridique des étrangers malades. Pourtant, l'observation 2006 des réponses des MISP et du Médecin-Chef à Paris témoigne d'un écart grandissant entre les principes proclamés à l'Assemblée nationale et leurs critères officiels d'application. Début 2007, le Comede et l'ODSE doivent à nouveau interpeller le ministre de la Santé des refus par les médecins agréés de délivrer les rapports médicaux dans les conditions prévues pour les bénéficiaires de la CMU-Complémentaire ou de l'AME, alors que l'ODSE et le Conseil national du sida dénoncent l'expulsion de 3 malades étrangers contre l'avis des MISP sollicités (voir encadré ci-contre).

Ainsi, les efforts des associations de soutien et le travail incessant de plaidoyer mené par l'ODSE restent particulièrement nécessaires. Pour faire face à l'augmentation des besoins chez les malades étrangers, les actions d'expertise médicale et de soutien socio-juridique menées par le Comede doivent être développées en 2007, notamment dans le cadre d'un renforcement du partenariat entrepris ces dernières années avec la Cimade sur ces questions. Ce partenariat prévoit également de développer les actions d'information et de formation des professionnels sollicités (voir page 39). Enfin, faute de données publiées par les autorités et compte-tenu de la disparité des pratiques mise en évidence dans les préfectures déjà observées, l'évaluation des réponses de l'Administration face aux demandes de protection juridique pour les étrangers malades doit être poursuivie et étendue à d'autres départements et d'autres partenaires. ■

Expulsion de 3 étrangers malades début 2007

*Extraits du Communiqué du Conseil national du sida
(www.cns.sante.fr)*

suite au Communiqué de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (www.odse.eu.org)

Ce dernier mois, trois malades étrangers ont été renvoyés dans leur pays d'origine alors que les médecins inspecteurs de santé publique avaient rendu des avis défavorables à cette procédure. Le CNS est attaché à l'accès aux soins pour tous les patients, quel que soit leur statut juridique, et au droit au séjour pour soins qui constitue une disposition essentielle pour lutter efficacement contre l'épidémie d'infection à VIH. Il a déjà demandé plusieurs fois par le passé « une application pleine et entière de la réglementation » existante.

L'article 313-11 11° du Code d'entrée et de séjour des étrangers prévoit qu'un titre de séjour est accordé « à l'étranger résidant habituellement en France et dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ».

Bien souvent dans leurs pays d'origines, malgré l'existence de traitements, l'effectivité de l'accès à ces derniers et au suivi médical est très loin d'être assurée. La disponibilité du traitement dans un pays ne signifie pas nécessairement son accès pour tous, loin s'en faut. Ainsi dans certains pays moins de 5% des personnes qui auraient besoin d'un traitement en bénéficient.

Aussi, une expulsion signifie souvent des interruptions de traitement qui favorisent les risques de sélection de mutations de résistance qui à terme complique la prise en charge et compromet le diagnostic vital de la personne. De plus, dans le cas où cette personne pourrait avoir accès de nouveau à un traitement, il y a peu de chance que ce soit le même, ce qui pose aussi un problème dans la continuité des soins. L'observance est un élément fondamental de la prise en charge du VIH.

La prise en charge de la santé des migrants en France pose donc non seulement la question de la législation applicable sur le territoire national, mais aussi celle des soins réellement accessibles aux migrants dans leurs pays d'origine.



Accueil, soins et soutien

(Indicateurs pages 47 à 50)

Le Comede a délivré **14 552 consultations en 2006**, soient 63 consultations par jour en moyenne pour 230 jours d'ouverture du Centre de santé aux patients. Si l'activité du Service social a continué d'augmenter (+13% par rapport à 2005), les services Médecine générale et Infirmier ont reçu moins de consultants que l'année précédente. La diminution des consultations de Médecine (-9%) et de Service infirmier (-11%) sont principalement liées à l'allongement de la durée moyenne de consultation face à la part croissante des prestations spécialisées, phénomène qui devrait continuer sa progression en 2007. Plus de la moitié des consultations du Comede requièrent une **expertise juridique** et administrative. Les informations et interventions relatives à la procédure d'asile, et tout particulièrement la certification médicale, restent parmi les plus fréquentes (21% du total, et 31% en Médecine). C'est dans le domaine du droit au séjour pour raison médicale que l'expertise a le plus progressé (21% en 2006, et 45% au Service social). Enfin, 11% des consultations nécessitent une information spécialisée et souvent une intervention en matière d'accès aux soins, plus souvent au cours des Consultations infirmières (16%). Pour les patients dépourvus de protection maladie complémentaire (voir 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.

Alors que **30% des consultations du Comede ont lieu en langue étrangère**, la part de l'**interprétariat professionnel** a encore progressé en 2006. Les interprètes ont participé à 1 876 consultations (+53% par rapport à 2005 et 13% du total des consultations) en 10 langues : tamoul, turc/kurde, bengali/hindi/ourdou, pular/soninke/bambara, russe. Les

interprètes professionnels sont présents au Centre de santé 7 demi-journées par semaine pour l'ensemble des services, alors que des permanences dédiées à la psychothérapie ont lieu 2 fois par mois en turc/kurde, en tamoul et en russe. Si les moyens financiers du Comede le permettent, la progression des vacations d'interprétariat professionnel devrait se poursuivre en 2007, notamment en psychothérapie. De plus, 1 605 consultations sont réalisées par les professionnels du Comede directement en langue étrangère, notamment en anglais, arabe, espagnol, langue des signes, lingala, malgache et wolof.

NOUVELLE ORGANISATION DE L'ACCÈS AU CENTRE DE SANTÉ

Depuis novembre 2006, et afin de faciliter l'accès au Centre de santé, le Comede a **généralisé les rendez-vous** (avec quelques places quotidiennes en accueil libre) tout en **allongeant la durée moyenne des consultations médicales**. D'une part, personne ne s'est résolu aux longues attentes des exilés qui arrivant souvent très tôt le matin et devant parfois patienter pendant 6h pour une consultation. D'autre part, nous souhaitons poursuivre l'organisation du Centre de santé vers un fonctionnement maîtrisé qui privilégie les rendez-vous personnalisés avec les médecins (surtout pour les patients à suivre), les psychothérapeutes et les assistants sociaux

D'abord, le nombre de rendez-vous en consultation médicale passe de 8 à 7 par vacation de 4h, pour deux raisons principales : des difficultés aggravées pour les patients ; une spécialisation de l'exercice pour faire face à ces difficultés. En effet, la part importante des patients suivis pour affection grave (voir Patients à suivre page 37), la progression de l'interprétariat, et celle de l'expertise requise,

ACTIVITÉ

conduisent à allonger la durée moyenne des consultations de Médecine, de Service infirmier et de Service social. Ensuite, la consultation infirmière est chargée d'accueillir sur rendez-vous (délai de 24h) les nouveaux patients et une partie des patients déjà connus, toujours dans le cadre d'une consultation de santé (première évaluation, orientation, conseil de santé). Enfin, pour les patients déjà reçus par le service médical ou infirmier, les consultations médicales se déroulent sur un rendez-vous, engagé par le service accueil ou par les médecins. Et afin de garder une attention particulière pour les patients les plus vulnérables, une place libre par médecin et par vacation est gardée sans rendez-vous pour la même journée, sur une orientation du service Infirmier. La nouvelle organisation étant récente, un bilan exhaustif n'est pas encore possible mais les premiers éléments d'évaluation sont très positifs : l'objectif de large réduction des délais d'attente des patients est pleinement réalisé

Enquête auprès des patients du Comede

A l'occasion d'un stage de formation, une infirmière a interrogé 149 patients volontaires du Centre de santé à partir d'un questionnaire portant sur la perception du Comede et les difficultés d'accès aux soins. Les principaux résultats montrent les améliorations à apporter au niveau de l'accueil téléphonique au Comede ainsi qu'en matière d'accès à la sécurité sociale.

■ **Pour un rendez-vous au Comede** : 20% sont venus directement, 47% ont téléphoné une fois, 28% deux fois et 25% trois fois ou davantage.

■ **Motif de recours au Comede** : 72% consulter le médecin, 46% faire un bilan de santé, 33% obtenir un certificat pour l'asile, 26% obtenir un rapport pour la préfecture, 15% consulter le psychologue, 15% obtenir des médicaments, 11% consulter l'infirmière.

■ **Accueil au Comede** : 94% déclarent se sentir « personnellement accueillis » ; 92% se déclarent « satisfaits des services rendus ».

■ **Statut du Comede selon les patients** : 38% « association/ONG », 29% « service de l'Etat », 23% « hôpital public ».

■ **Accès aux soins en France** : 35% disent avoir dû « renoncer à des soins médicaux » et 40% pensaient n'avoir « pas droit à une protection maladie/CMU/AME » avant le recours au Comede.

■ **Obtention d'une protection à la sécurité sociale** : 67% considèrent que les démarches ont été « difficiles ou très difficiles », 34% se sont rendus une fois au CSS, 26% deux fois, et 40% trois fois ou plus.

puisqu'ils arrivent au Comede à partir de 8h30, et plus des trois quarts des patients sont présents aux rendez-vous. En revanche, nous devons trouver des réponses face aux délais de rendez-vous oscillant de 3 semaines à 1 mois (hors les patients accueillis le jour même), ce qui n'est pas satisfaisant pour des patients dans une telle situation de vulnérabilité.

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. 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 (édité 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 (voir Accès aux soins page 19).

Le Service d'accueil traite également les **appels téléphoniques reçus par le standard du Comede** (hors appels directs des permanences du Suivi médical et du SAS, voir page 40), assurant de ce fait une fonction essentielle du Centre-ressources destiné aux professionnels. Outre la multiplication des sollicitations téléphoniques de la part des professionnels et associations, le nombre d'appels reçu par le standard téléphonique du Comede a également progressé en raison des demandes de rendez-vous des patients dans le cadre de la nouvelle organisation de l'accès au Centre de santé.

CONSULTATION DE MÉDECINE

Les médecins généralistes ont effectué **7 607 Consultations, dont 10% avec interprète, pour 3 267 patients** (-9% par rapport à 2005). Au total, 38% des consultations de médecine ont eu lieu en langue étrangère. Avec 14 professionnels pour un équivalent temps plein (ETP) de 3 consultations simultanées, la Consultation de médecine générale constitue le pivot de la prise en charge initiale et peut orienter 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 (31%), et consacrent 13% des consultations à la seule 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 d'Asie du Sud (29%), et de mineurs (3%).

Le bilan de santé recommandé a été effectué chez 85% des patients, parmi lesquels 5% des exilés l'avaient pratiqué intégralement dans un précédent dispositif de santé. Au terme de la première consultation et avec l'accord du patient, les médecins du Comede complètent l'examen clinique par la réalisation d'examens complémentaires ciblés. Pour les patients encore dépourvus de protection maladie ou en cas d'examen parasitologique, les examens complémentaires 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 58% des consultants, qui détiennent une protection maladie intégrale (voir Accès aux soins page 19).

Les premières consultations de médecine conduisent à la délivrance de médicaments par la pharmacie du Comede (13% de l'ensemble, 31% pour les patients dépourvus de Complémentaire), dans l'attente de l'ouverture des droits. La demande d'admission immédiate à la protection Complémentaire CMU 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 (voir Répertoire Ile-de-France du Guide Comede). En 2006, 24 patients ont été orientés vers un service d'urgence hospitalière, et 14 patients ont été hospitalisés, notamment pour tuberculose pulmonaire (4 cas), et grossesse à risque (3 cas), alors qu'un patient souffrait d'un hépatocarcinome post VHB métastasé au poumon. Il est décédé à l'hôpital.

La consultation de médecine relève d'une expertise dans 63% des cas, en matière de droit d'asile (31%), de droit au séjour (22%) et d'accès aux soins (10%). 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 (dans 79% des cas en 2006), un rendez-vous ultérieur consacré à la rédaction. Les médecins du Comede ont délivré 648 « certificats pour l'asile » sur l'année, ce qui représente 20% des nouveaux patients. L'évaluation des demandes de carte de séjour pour raison médicale, effectuée en coordination avec le Service social, a conduit à la rédaction de 252 rapports médicaux (dont 126 premières demandes de carte, 63 recours gracieux contre un refus de la préfecture, et 46 demandes de renouvellement), ainsi que 109 certificats destinés à un recours contentieux auprès des juridictions d'appel

ACTIVITÉ

(+227%). Ces rapports et certificats concernaient 361 malades déboutés et sans-papiers (+4%).

SERVICE INFIRMIER

Renforcé en 2006 par un médecin de santé publique, le Service infirmier a effectué **3 893 consultations pour 3 027 patients** (-11%), dont 200 consultations spécialisées d'éducation thérapeutique (voir Prévention page 14). Au total, 28% des consultations infirmières et de santé publique ont eu lieu en langue étrangère. La permanence du Service infirmier est assurée par 3 professionnels pour un équivalent de 1,2 plein-temps auprès des patients. Avec la nouvelle organisation de l'accès au Comede, le Service infirmier reçoit tous les jours sur rendez-vous à raison de deux patients par demi-heure en moyenne, délivre les informations et premiers soins, et oriente si nécessaire vers un autre service du Comede.

En consultation, l'expertise juridique du Service infirmier est sollicitée dans 46% des cas, en matière d'accès aux soins (16%, proportion la plus importante parmi l'ensemble des services du Comede), de demande d'asile (15%), et de droit au séjour (15%). Outre les consultations dédiées à l'éducation thérapeutique (5% du total), les infirmiers effectuent sur prescription médicale des soins techniques (3%), des vaccinations (2%, principalement contre l'hépatite B), et délivrent des médicaments (2%). Le Service infirmier est également très impliqué dans les actions du Suivi de l'accès aux soins (SAS, voir Accès aux soins page 19), notamment à la permanence téléphonique, et intervient dans le domaine de la formation.

Les membres du Service infirmier 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 de médecine au Comede dans 44% des cas, et orienter vers un autre dispositif de santé dans 6% des cas. Faute de place et hors urgence, les médecins du

Comede ne peuvent actuellement répondre à la demande de tous les consultants du Service infirmier.

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. Les partenariats du Comede avec Pharmacie Humanitaire Internationale et l'Ordre de Malte devront prendre en compte en 2007 les conséquences des nouvelles dispositions légales relatives aux médicaments non utilisés.

SERVICE SOCIAL

Le Service social a effectué **1 937 consultations pour 741 patients** (+13%). Au total, seulement 3% des consultations de Service social ont eu lieu en langue étrangère. La permanence du Service social du Comede est assurée par 3 professionnels pour un équivalent de 1,5 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 (30%), de personnes âgées de plus de 60 ans (3%), ainsi que de patients d'Afrique de l'Ouest (43%), d'Afrique centrale (40%), et de Patients à suivre (79%).

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 361 exilés à constituer leurs dossiers de demande de carte de séjour pour raison médicale (126 premières demandes, 63 recours gracieux, et 109 recours contentieux, voir Droit de la santé page 25).

En 2005, 64% des consultations du Service social du Comede relevaient d'une expertise juridique, en matière de droit au séjour (45%), d'accès aux soins (13%), et de droit d'asile (6%). Les bilans socio-juridiques consacrés aux personnes qui viennent d'obtenir le statut de réfugié ont concerné 6% des consultations sociales en 2006. 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 890 entretiens pour 298 patients (+2%), dont 20% en langue étrangère (interprètes en bangali, hindi, kurde, russe, tamoul et turc, outre les entretiens conduits directement en anglais et lingala). 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 (42%), des patients d'Afrique centrale (39%), et des patients d'Europe de l'Est (16%), 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 9 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 2006). 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 3 médecins (1,4 ETP pour deux Médecins chargés du Suivi médical et un médecin de santé publique participant aux activités du Service), au bénéfice de l'équipe du Centre, ainsi que des professionnels et particuliers du réseau, notamment dans le cadre de la permanence téléphonique (voir Information page 39). Ce 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

ACTIVITÉ

compte-rendus de consultation, d'hospitalisation, de centre de lutte antituberculeuse ou d'autres services vers lesquels les patients du Comede ont été orientés, à partir de l'enregistrement informatique des relevés de consultation.

Les médecins du Suivi médical vérifient 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. 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 par le Comede sous 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 dépistage et du suivi des patients atteints de psycho-traumatisme grave, ou encore d'hépatites chroniques virales. En outre, les 2 médecins chargés du Suivi médical assurent 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 également 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. ■

Information, formation et recherche

(Indicateurs pages 51 et 52)

L'année 2006 a confirmé le succès de diffusion du Guide Comede, complété par celui du Livret de santé bilingue édité par le Comede, la DGS et l'Inpes et paru en septembre 2006. Récompensé par le prix Prescrire du Livre médical et pharmaceutique, la version 2005 du Guide a été commandée à 32 504 exemplaires depuis sa parution et diffusée à près de 40 000 exemplaires

par l'Inpes. Le Livret de santé bilingue a été commandé à 321 024 exemplaires fin 2006. Le Comede a également édité 4 numéros de Maux d'exil en 2006, pour un tirage de 5 000 exemplaires par numéro. Les activités de permanence téléphonique et de formation se sont stabilisées, alors que les activités de partenariat et de recherche ont encore progressé

Diffusion du Livret de santé bilingue entre septembre et décembre 2006

(Voir aussi indicateurs Information page 39)

Edité en partenariat entre le Comede, la DGS et l'Inpes, avec le concours de l'Anaes, de la Cimade, de Médecins du monde et du Secours catholique, le Livret de santé bilingue destiné aux migrants/étrangers en situation précaire a remplacé le Livret bilingue précédemment réservé aux patients du Centre de santé du Comede. Comme pour le Guide Comede, l'Inpes en assure la diffusion gratuitement aux professionnels et aux usagers qui en font la demande.

En quatre mois depuis sa parution en septembre 2006, 321 024 exemplaires ont été diffusés, principalement pour les régions Ile-de-France (39%), Rhône-Alpes (8%), Nord-Pas-de-Calais & Picardie (6%), et Pays-de-la-Loire & Bretagne (6%). Les commandes émanent principalement de professionnels et structures de santé (60%), de services administratifs et sociaux de l'Etat (20%), d'associations de soutien (14%), et de particuliers (5%).

La répartition géographique par groupe de langues commandées (voir tableau ci-dessous) permet d'observer le lien entre les régions d'origine des migrants et leurs régions de résidence en France. Ainsi la région Ile-de-France accueille-t-elle une proportion plus importante qu'ailleurs de migrants originaires d'Afrique de l'Ouest, d'Asie du Sud et d'Asie de l'Est ; la région Rhône-Alpes une proportion plus importante de migrants d'Europe de l'Est ; et la région PACA une proportion plus importante de migrants d'Afrique du Nord.

| Région d'exercice | AFC | AFO | AML | CAR | ASE | ASS | EUE | EUO | MMO | Total |
|-------------------------------|-----------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|----------------|
| Ile-de-France | 2% | 20% | 8% | 3% | 7% | 16% | 20% | 7% | 17% | 107 285 |
| Rhône-Alpes | 2% | 8% | 8% | 1% | 4% | 6% | 41% | 10% | 18% | 20 529 |
| Pays-de-la-Loire & Bretagne | 3% | 13% | 12% | 2% | 3% | 7% | 39% | 8% | 14% | 15 147 |
| Nord-Pas-de-Calais & Picardie | 2% | 9% | 12% | 2% | 4% | 8% | 27% | 9% | 28% | 14 729 |
| Normandie (Hte-N. & Basse-N.) | 2% | 16% | 7% | 3% | 3% | 12% | 33% | 8% | 16% | 13 989 |
| PACA & Corse | 3% | 8% | 13% | 1% | 3% | 3% | 27% | 11% | 32% | 13 181 |
| Midi-Pyrénées & Languedoc-R. | 3% | 7% | 15% | 2% | 2% | 5% | 31% | 13% | 22% | 12 982 |
| Aquitaine & Poitou-Charentes | 2% | 8% | 12% | 2% | 3% | 7% | 36% | 12% | 17% | 12 768 |
| Lorraine & Champagne-Arden. | 2% | 11% | 8% | 1% | 3% | 7% | 38% | 10% | 20% | 11 712 |
| DOM-COM | - | - | 58% | 34% | 5% | 1% | 1% | - | - | 10 553 |
| Bourgogne & Franche-Comté | 2% | 6% | 9% | 1% | 3% | 6% | 50% | 8% | 17% | 9 269 |
| Centre | 3% | 11% | 10% | 1% | 2% | 9% | 38% | 7% | 20% | 9 144 |
| Auvergne & Limousin | 4% | 7% | 12% | 1% | 4% | 5% | 38% | 8% | 22% | 7 053 |
| Alsace | 4% | 7% | 6% | 1% | 1% | 3% | 43% | 16% | 19% | 5 929 |
| Etranger | - | 79% | - | - | - | - | 11% | 5% | 5% | 95 |
| Total | 2% | 14% | 11% | 4% | 5% | 10% | 28% | 8% | 18% | 264 365 |

Les livrets français/anglais sont exclus de ces données, et les livrets portugais ont été répartis par tiers entre l'Afrique centrale, l'Afrique de l'Ouest et l'Amérique latine, sauf pour les DOM où tous ont été comptés pour l'Amérique latine.

AFC Afrique centrale (portugais), AFO Afrique de l'Ouest (portugais, pular, soninke, wolof), AML Amérique latine (espagnol, portugais), CAR Caraïbes (créole haïtien), ASE Asie de l'Est (chinois mandarin), EUE Europe de l'Est (albanais, arménien, géorgien, russe, serbe, turc), EUO Europe de l'Ouest (bulgare, roumain), MMO Maghreb & Moyen-Orient (arabe, kurde). Des versions en comorien et en lingala sont en cours de traduction début 2007.

ACTIVITÉ

en 2006. 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 et de la Coordination. Elles sont principalement financées par la Direction générale de la santé, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, ainsi que 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 sociologiques 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.

INFORMATIONS, PUBLICATIONS ET INTERVENTIONS

Les **permanences téléphoniques** du Comede ont traité **2 550 appels en 2006**, dont 1 909 ont été caractérisés par les relevés détaillant l'origine et le motif des sollicitations. Ces 2 550 appels n'ont représenté que 77% des appels présentés

au cours de l'année, le Service social et le Suivi médical du Comede n'étant pas dotés actuellement des moyens nécessaires pour faire face à cette augmentation des besoins. Les appelants sont des particuliers (21%), des associations (20%), des services de santé (20%), des patients du Comede (17%), des services de l'Etat (17%) et des avocats (4%). Ils émanent principalement de la région Ile-de-France (87%), et concernent dans 65% des cas des migrants/étrangers résidant à Paris, en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne (voir page 11).

Les appels traités par le Comede portent principalement sur le droit au séjour des étrangers malades (50%, et 72% parmi les avocats) ; des questions d'accès aux soins (34%, et 47% pour les appels des Services de l'Etat) ; des questions de prise en charge médico-psychologique (28%, et 30% parmi les services de santé et les patients du Comede) ; et la procédure d'asile (7%, davantage parmi les associations et services de l'Etat). Les caractéristiques des exilés concernés par ces appels sont détaillées au chapitre Population, page 11. Les appels ont été traités par la permanence du Suivi médical (60%), celle du Suivi de l'accès aux soins (SAS, voir page 20) et le Service social (40%). En complément de ces permanences téléphoniques, le développement du nouveau site internet du Comede constitue une des priorités de développement du Centre-ressources en 2007.

Quatre numéros de Maux d'exil, la lettre du Comede aux membres du réseau, ont été publiés en 2006. Chaque numéro a été tiré à 5 000 exemplaires pour des professionnels de la Santé, du Social, du Droit, de l'Administration, de l'Enseignement et de la Recherche. Les lecteurs de Maux d'exil exercent principalement en régions Ile-de-France (48%), Rhône-Alpes (7%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (6%), Midi-Pyrénées & Languedoc-Roussillon (5%), et Pays-de-la-Loire & Bretagne (5%). Chaque numéro de Maux d'exil est consacré à un dossier proposant 4 regards croisés sur le même thème. Les dossiers ont été consacrés aux conséquences

des persécutions subies par les exilés (*Violence et torture, survivants et soignants*, n° 14 mars 2006) ; aux questions d'accueil et d'hospitalité (*Notre responsabilité à l'égard des étrangers*, n°15 juin 2006) ; de promotion de la santé (*Education pour la santé, entre exil et précarité*, n°16 septembre 2006) ; et du VIH (*Migrants, étrangers et exilés face au VIH-sida*, N°17, décembre 2006). Outre les articles parus dans *Maux d'exil*, les professionnels du Comede ont notamment publié dans les revues *Le concours médical* et *Plein Droit*. Au total, le Comede a réalisé 23 publications spécialisées et effectué 22 interventions publiques d'information et de recherche en 2006 (détail en annexe Information page 51).

FORMATION, ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

Le **Guide Comede** a été commandé à 5 451 nouveaux exemplaires au cours de l'année 2006, ce qui porte le nombre total de commandes à 32 504 exemplaires de la version 2005, chaque exemplaire étant utilisé par plusieurs professionnels dans de nombreux lieux d'exercice. Les nouveaux utilisateurs du Guide Comede exercent principalement en régions Ile-de-France (51%), Départements d'Outre-Mer (8%), PACA (7%), Rhône-Alpes (6%), et Centre (4%). Ce sont des professionnels de la santé (31%), de la formation (26%), des services de l'Etat (24%) et des associations de soutien (17%). Dans l'attente de la version 2008 du Guide à paraître très prochainement, le Comede a mis en ligne sur le site internet www.comede.org une version intermédiaire du Guide 2006.

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.

Les **activités de formation et d'enseignement** menées par le Comede sont restées stables en 2006, en raison de la stabilité des moyens en personnels et malgré la multiplication des sollicitations. Les professionnels du Comede ont toutefois animé 37 demi-journées de formation sur l'année, pour 1 217 stagiaires. Les participants de ces formations ad hoc exercent principalement dans les Départements français d'Amérique (32%), ainsi que dans les régions Ile-de-France (17%), Midi-Pyrénées & Languedoc-Roussillon (12%), Rhône-Alpes (9%) et Centre (9%). Les membres du Comede ont également assuré des séances d'enseignement pour l'IFSI de la Faculté Necker et les Universités Paris 5 (D.U. Santé, maladie, soins et culture) et Paris 13 (License Sciences sanitaires et sociales). Le Centre de santé du Comede accueille également en formation des stagiaires infirmier/es, médecins, psychologue, ostéopathe, et agents d'accueil. Par ailleurs, le Comede constitue un terrain de recherche pour des travaux et thèses de médecine, santé publique, sciences sociales et psycho-pathologie.

La participation du Comede à des partenariats de recherche opérationnelle a encore progressé en 2006. L'expertise du Centre-ressources a été sollicitée dans le cadre de 17 groupes de partenariats (voir page 52), sur les questions de santé, d'accès aux soins et de droit à la santé des exilés. La participation active du Comede à différents groupes et programmes de recherche sur la santé des exilés est l'une des priorités de l'association, malgré la limitation des moyens en personnel. ■

PRINCIPAUX PARTENARIATS ASSOCIATIFS DU COMEDE EN 2006

■ **L'Anafé (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,** a poursuivi son action collective réunissant 21 organisations (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'Anafé (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'Anafé dispose d'un droit de visite contingenté, mais revendique depuis l'origine un accès permanent. Par ailleurs, une permanence téléphonique est accessible aux étrangers en difficulté à la frontière, et à leurs proches. L'Anafé a publié en 2006 un Guide pratique de la procédure en Zone d'attente, une note juridique sur le rôle du Juge des libertés et de la détention, et des rapports d'observation sur les différentes Zones d'attente et sur les audiences du Tribunal correctionnel de Bobigny. La question des mineurs est une priorité de l'association qui a formulé une résolution de principe s'opposant en toute circonstance à leur placement en Zone d'attente.

■ **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 au suivi de la réforme de l'immigration ayant abouti à la loi du 24 juillet 2006** (www.cfda.rezo.net). Le Comede participe aux travaux de la réunion plénière mensuelle. En 2006, la CFDA a principalement consacré ses forces au travail de sensibilisation et plaidoyer pour limiter les dispositions restreignant les droits des demandeurs d'asile (liste nationale de pays sûrs, modification du statut des CADA en lien avec la réforme de l'allocation temporaire d'attente, ...). Un temps annoncé, le raccourcissement du délai de recours d'un mois à quinze jours, a finalement été évité. La CFDA a dressé un bilan alarmant des politiques européennes en matière d'asile dans une note de synthèse analysant les transpositions en droit français et la dimension hors-frontière de l'asile dans une note technique du 26 septembre. Les associations y démontrent comment les efforts de l'Union européenne ont surtout porté sur la recherche d'efficacité des contrôles migratoires, au détriment de la protection des personnes.

■ **Le Graf (Groupe asile femmes) a été créé en juin 2005, pour promouvoir le droit d'asile des femmes persécutées en tant que femmes.** Il est actuellement constitué des associations Amnesty International section française, la Cimade, le Comede, la Fasti, Femmes de la terre, la LDH, le Rajfire, et travaille avec l'ensemble du réseau de signataires. L'action du Graf se développe sous plusieurs formes : recherches et analyses sur la problématique de l'asile et du genre, notamment sur l'interprétation de la notion de groupe social et l'évolution de la reconnaissance du droit d'asile des femmes persécutées dans d'autres pays ; travail avec les institutions (Ofpra, CRR, HCR France) ; actions inter-associatives (CFDA, Gams, MFPP, Gynécologie sans frontières) ; enfin participation à des séminaires et colloques : réseau Terra, colloque international *Persécutations des femmes, mobilisations sociales et droit d'asile*. En 2006, le Comede a mis en place un programme de recherche opérationnelle sur le thème « Femmes, soins et parcours d'exil », qui sera développé en 2007.

■ **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. L'année 2006 a été marquée par le recrutement interassociatif d'un salarié sur 6 mois afin d'intensifier les actions de plaidoyer au sujet du projet de loi sur l'immigration, devenu la réforme du 24 juillet 2006. L'ODSE a ainsi pu augmenter sa capacité d'action rendue nécessaire par le tout premier projet de loi qui prévoyait la suppression du droit au séjour pour raison médicale. Cette suppression a été évitée mais la réforme prive de droit au travail les accompagnateurs d'enfants malades. L'ODSE est intervenu sur quatre sujets concernant le droit au séjour pour raison médicale : la tentative de restriction du concept « d'accessibilité » aux traitements celui de « disponibilité », la tentative de transfert aux Bureaux des étrangers en préfecture de l'évaluation des possibilités d'accès aux traitements dans les pays d'origine (en lieu et place des médecins inspecteurs), l'établissement par le ministère d'une liste pathologies-pays (pays médicalement sûrs), le problème de l'agrément et des tarifs exorbitants de nombreux médecins agréés intervenant dans la rédaction des rapport médicaux. Concernant la protection maladie, l'ODSE a saisi la Haute autorité de lutte contre les discriminations sur les refus de soins en AME et défendu le droit à l'assurance maladie pour les bénéficiaires d'APS pour soins.



Gestion, finances et perspectives

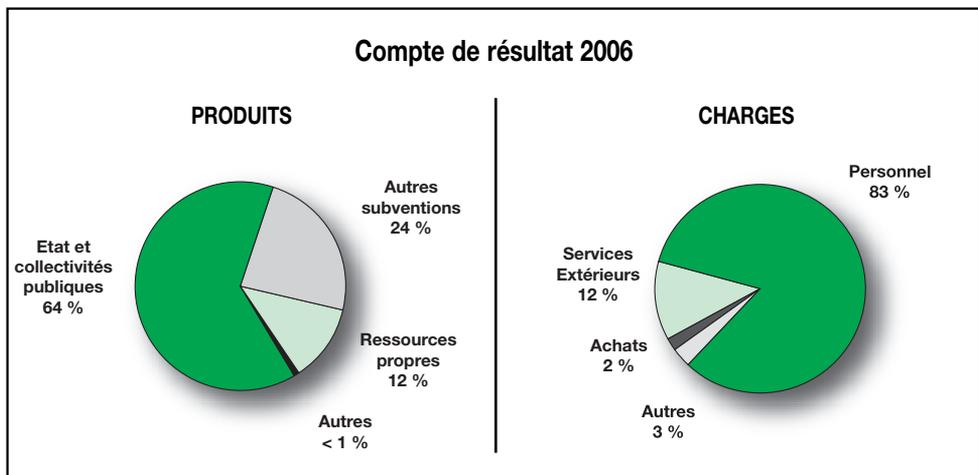
(Présentation et composition du Comede page 2)

Le Conseil d'administration du Comede est composé de 12 membres élus par les 26 adhérents de l'association. **L'équipe professionnelle compte 33 salariés et 4 bénévoles**, pour un équivalent de 18 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 (abonnés de Maux d'exil et utilisateurs du Guide Comede) exercent pour la moitié d'entre eux dans les autres régions de la métropole et d'Outre-Mer (voir Formation page 39).

L'action du Comede se situe dans la perspective d'un accroissement qualitatif et quantitatif de ses activités nécessitant un **budget de 1 069 300 € pour l'année 2007**. Les actions complémentaires d'accueil, de soins et de soutien aux exilés d'une part, ainsi que d'information, de formation et de recherche d'autre part, 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 supplétives 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, ainsi que du Livret de santé bilingue. Enfin, la poursuite du bénévolat d'une assistante sociale, une diététicienne, une pharmacienne et un chirurgien doit être soulignée.

En 2005, face à l'incertitude prolongée sur la subvention du Fonds européen pour les réfugiés (FER), nous avons dû provisionner un risque correspondant à 80 000 €, ce qui portait le résultat de l'année de -35 732 €. Suite à la perception de la subvention 2005 en décembre 2006, la reprise sur provision de ces 80 000 € conduit à un **résultat 2006 de +29 354 €**. Les charges (total 1 009 606 €, hors provision du risque, +3%) sont principalement liées aux



Evolution des produits sur les 7 dernières années

Financiers du Comede en 2006

Conversion FF/ € pour les années 2000-2001

| Produits | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---------------------------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|
| Ressources propres | 13 657 | 70 231 | 60 672 | 160 520 | 130 731 | 114 712 | 122 427 |

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 | 30 000 |
| Cnam | | | | | 36 107 | 66 983 | |
| CPAM Val-de-Marne | 21 782 | 22 698 | 22 442 | 24 009 | 25 648 | 26 014 | 26 616 |
| Drass Ile-de-France | 45 732 | 41 159 | 41 161 | 41 161 | 32 929 | 52 500 | 33 000 |
| Cramif, FNAS | 15 244 | | 14 329 | | | | 52 000 |
| Cramif, FNPEIS | 15 244 | 30 488 | | 30 490 | | 30 490 | |
| Cramif, GRSP | | | | | | | 48 000 |
| DFAE | 18 293 | 18 293 | 18 295 | 9 000 | | | |
| DGAS | | | | | | 30 000 | 30 000 |
| DGS, Sida | 121 951 | 91 463 | | | | | |
| DGS, Santé Population | 30 488 | 53 354 | 144 830 | 144 830 | 144 830 | 144 830 | 144 830 |
| DPM | 121 951 | 121 951 | 129 580 | 129 580 | 129 580 | 140 760 | 140 760 |
| Fasild, Ancsec, Acisé | 102 134 | 102 134 | 92 000 | 82 800 | 51 000 | 33 993 | 35 000 |
| Inpes | | | | | 24 960 | 28 122 | 87 397 |

Autres subventions

| | | | | | | | |
|----------------------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|
| CCFD | 7 622 | | | | | | |
| Sidaction, ECS | 15 854 | 21 341 | 40 796 | 29 000 | 29 000 | 29 000 | 30 000 |
| Europe, CEE, UE, FER | 58 996 | | 182 950 | 122 000 | 169 000 | 160 000 | 140 000 |
| Fondation de France | 30 488 | | 5 000 | 23 000 | | | |
| ONU, FCVNUVT | 68 977 | 62 961 | 51 645 | 45 454 | 37 468 | 39 834 | 38 928 |
| ONU, HCR | | 16 500 | | | | | |

salaires et taxes (82%) et services extérieurs (13%), alors que les produits (total 1 038 961, +10% incluant la reprise sur provision de 80 000 €) proviennent pour 60% de l'Etat et des collectivités publiques, pour 28% d'autres subventions, et pour 12% des ressources propres du Comede. Le développement des activités a pu être poursuivi en 2006 grâce à l'augmentation de la subvention accordée par l'Inpes, et malgré la diminution de la subvention du FER, tandis que les transferts de financement de la Cnam et de la Cramif vers le PRSP, pour les actions « maladies chroniques » et « VIH » ont permis *in fine* la poursuite de ces actions. Le travail de perception des prestations versées par les CPAM reste considérable, en raison de la précarité administrative des patients (voir Protection maladie page 23), de la diversité de

leurs lieux de résidence (288 Centres de sécurité sociale concernés en 2006), et des premiers effets de la réforme du médecin traitant dans un tel contexte.

Les retards de versement des subventions ont à nouveau engendré de très grandes difficultés de gestion financière en 2006. Le versement de la subvention FER 2005 (15% du total des produits) n'a été effectué qu'en décembre 2006, et celles de la DGS, de la DPM et de la DGAS (33%) qu'entre août et octobre pour l'exercice 2006. Au moment de la publication de ce rapport fin mars 2007, la subvention 2006 du FER n'a toujours pas été versée. L'impact direct de ces retards a eu un effet très délétère sur la trésorerie, avec 10 mois de découvert bancaire entre 100 000 et 150 000 €, le paiement retardé des charges

sociales entraînant des majorations, ainsi que l'absence d'augmentation générale des salaires permettant de compenser l'inflation. En outre, l'augmentation de 20% des salaires des médecins, augmentation décidée par le Conseil d'administration en janvier 2006 et destinée à retrouver les niveaux pratiqués dans les hôpitaux publics, n'a toujours pas été mise en application.

Malgré des sollicitations quotidiennes de la part des exilés, professionnels et associations usagers du Comede qui obligent l'équipe à travailler à flux tendu, nous devons paradoxalement dépenser beaucoup d'énergie

pour maintenir des subventions accordées souvent in extremis en dépit de l'unanimité des financeurs sur la qualité du travail effectué et l'importance du rôle joué par le Comede. En 2007, l'augmentation des produits est nécessaire au développement qualitatif et quantitatif des actions de l'association, notamment dans le champ de l'expertise médico-juridique et du droit de la santé des étrangers. 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. ■

PATIENTS

File Active = 4 538

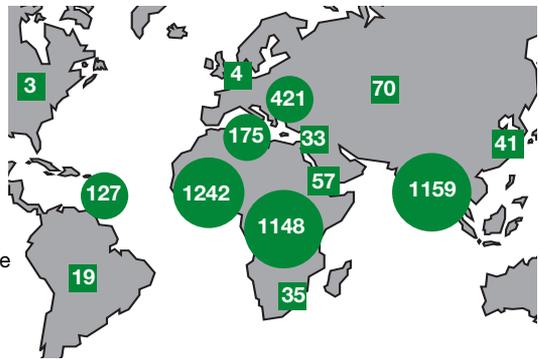
tous patients reçus en consultation

- 70% sont des nouveaux patients au Comede

Nouveaux Patients = 3 171

patients consultant pour la première fois sur la période

- 58% sont primo-arrivants en France (<1 an)
- 43% sont originaires de l'espace francophone



Caractéristiques socio-démographiques

| Région détail pour n>30 | File Active (dossiers informatisés) | | | | | | Nouveaux Patients | | | |
|----------------------------|-------------------------------------|-------------|------------|---------------|-----------------|------------------------|-------------------|-------------|------------|---------------------|
| | n | % | 05/06 | Sexe (F/H) | Age (médian) | en France (médiane) | n | % | 05/06 | Primo- arrivants |
| Afrique centrale | 1 311 | 28% | + 4% | 43% | 32 ans | 15 mois | 816 | 25% | +15% | 62% |
| Afrique de l'Ouest | 1 242 | 27% | -4% | 21% | 32 ans | 27 mois | 818 | 26% | -5% | 48% |
| Asie du Sud | 1 159 | 26% | -12% | 12% | 32 ans | 10 mois | 824 | 26% | -2% | 76% |
| Afrique centrale | 1 148 | 25% | -12% | 44 | 33 ans | 21 mois | 712 | 22% | -13% | 57% |
| Europe de l'Est | 421 | 9% | -9% | 22% | 31 ans | 12 mois | 343 | 11% | -7% | 61% |
| Afrique du Nord | 175 | 4% | +50% | 33% | 39 ans | 41 mois | 163 | 5% | +81% | 28% |
| Caraïbes | 127 | 3% | +33% | 52% | 32 ans | 17 mois | 97 | 3% | +28% | 51% |
| Asie Centrale | 70 | 2% | -13% | 29% | 29 ans | 17 mois | 50 | 2% | -26% | 58% |
| Afrique de l'Est | 57 | 1% | +6% | 19% | 25 ans | 7 mois | 45 | 1% | -2% | 71% |
| Asie de l'Est | 41 | 1% | +11% | 34% | 32 ans | 10 mois | 31 | 1% | +11% | 68% |
| Afrique Australe | 35 | 1% | -12% | 51% | 37 ans | 16 mois | 31 | 1% | -6% | 45% |
| Moyen-Orient | 33 | 1% | +6% | 6% | 32 ans | 17 mois | 29 | 1% | -3% | 34% |
| Divers autres | 30 | 1% | - | - | - | - | 27 | 1% | - | - |
| Total | 4 538 | 100% | -5% | 27% | 32 ans | 16 mois | 3 171 | 100% | -3% | 58% |

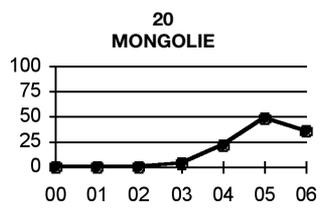
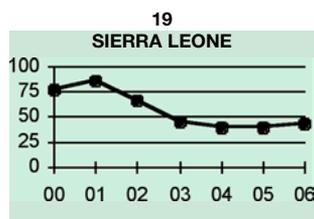
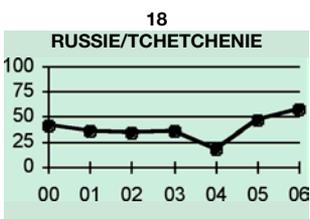
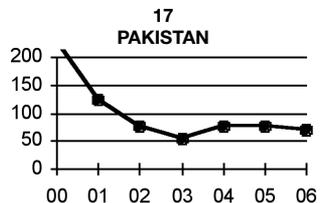
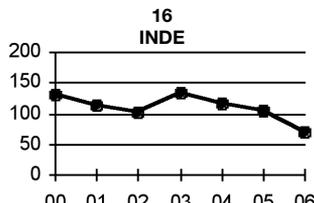
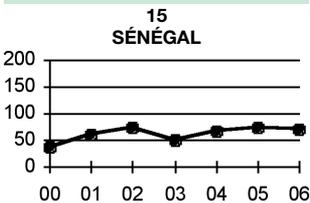
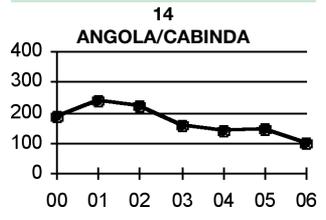
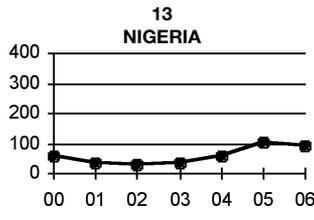
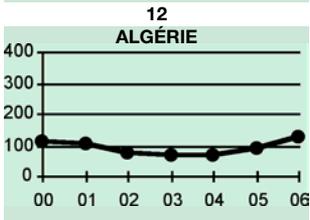
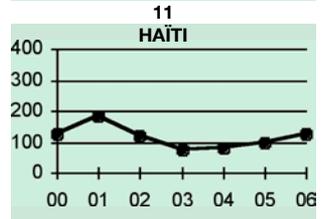
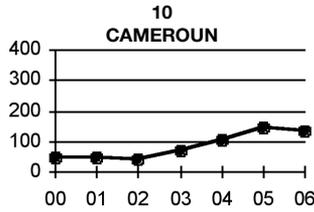
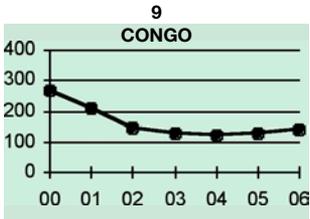
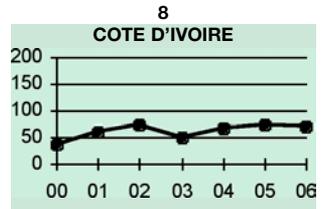
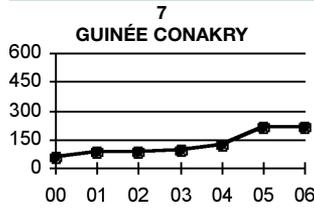
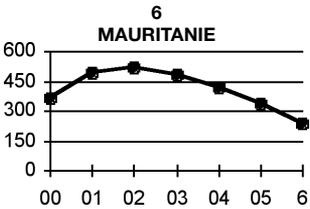
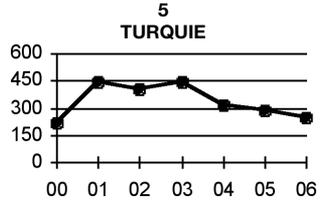
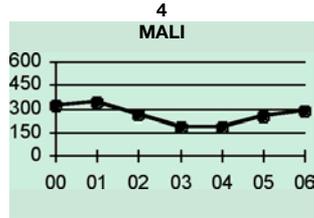
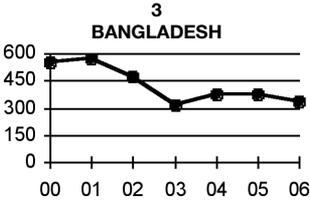
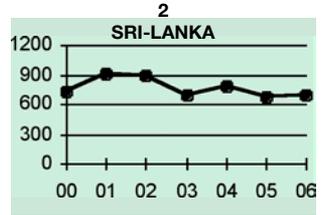
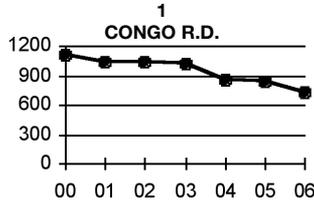
94 nationalités (dossiers informatisés)

| | | | | |
|--|--|----------------------------|---|---|
| AFRIQUE AUSTRALE | SOUDAN 25 TANZANIE 1 | AMERIQUE DU NORD | CHINE 25 COREE DU NORD 2 PHILIPPINES 5 TIBET 1 VIETNAM 1 | MACEDOINE 1 MOLDAVIE 23 ROUMANIE 17 RUSSIE 44 RUS/ TCHETCH. 13 SERBIE 6 SER/ KOSOVO 3 TURQUIE 248 UKRAINE 14 YOUgosLAVIE 8 |
| COMORES 12 ILE MAURICE 7 MADAGASCAR 16 | AFRIQUE DU NORD | ETATS-UNIS 2 SALVADOR 1 | ASIE DU SUD | EUROPE DE L'OUEST |
| AFRIQUE CENTRALE | ALGERIE 125 MAROC 33 TUNISIE 17 | AMÉRIQUE DU SUD | ARGENTINE 4 BOLIVIE 4 BRESIL 1 CHILI 1 COLOMBIE 4 EQUATEUR 1 PEROU 7 | FRANCE 4 |
| ANGOLA 91 ANG/ CABINDA 9 BURUNDI 7 CAMEROUN 134 CENTRAFRIQUE 11 CONGO 142 CONGO RD 730 GABON 2 GUINEE EQUATOR. 1 RWANDA 14 TCHAD 7 | AFRIQUE DE L'OUEST | ASIE CENTRALE | BANGLADESH 330 INDE 69 NEPAL 2 PAKISTAN 69 SRI LANKA 689 | MOYEN ORIENT |
| AFRIQUE DE L'EST | BENIN 8 BURKINA FASO 8 CAP VERT 6 COTE D'IVOIRE 198 GAMBIE 8 GHANA 15 GUINÉE BISSAU 15 GUINÉE CONAK. 212 LIBERIA 16 MALI 283 MAURITANIE 239 NIGER 1 NIGERIA 91 SENEGAL 71 SIERRA LEONE 42 TOGO 29 | ASIE DE L'EST | HAÏTI 127 | EGYPTE 16 IRAK 3 IRAN 8 ISRAEL 1 JORDANIE 1 SYRIE 2 YEMEN 2 |
| ERYTHREE 7 ETHIOPIE 14 KENYA 2 OUGANDA 4 SOMALIE 4 | | BIRMANIE 4 CAMBODGE 3 | EUROPE DE L'EST | APATRIDES 2 |
| | | | ALBANIE 5 ARMENIE 11 AZERBAIDJAN 5 BIELORUSSIE 3 BOSNIE 3 BULGARIE 1 GEORGIE 16 | |

PATIENTS

Evolution des 20 principales nationalités 2000-2006

 augmentation 2005/2006



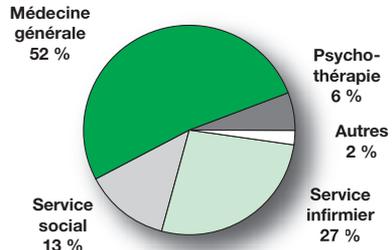
CONSULTATIONS

Total consultations = 14 552

- Jours d'ouverture du Centre = 230
- Moyenne 63 consultations / jour

En langue étrangère = 4 345

- Avec interprète professionnel = 1 876
- Avec professionnel du Comede = 1 604



| Service | Consultations | | | File Active | | Cs/ pat. | Suivi (médiane) | Prestations spécialisées | | | |
|-------------------|---------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|-----------------|--------------------------|------------|------------|------------|
| | n | % | 05/06 | n | % | | | CLE | AAS | asile | séj. |
| Médecine générale | 7 607 | 52% | - 9% | 3 267 | 72% | 2,3 | 1 mois | 38% | 10% | 31% | 22% |
| Service infirmier | 3 893 | 27% | -11% | 3 027 | 67% | 1,3 | <1 mois | 28% | 16% | 15% | 15% |
| Service social | 1 937 | 13% | +13% | 741 | 16% | 2,6 | 14 mois | 3% | 13% | 6% | 45% |
| Psychothérapie | 890 | 6% | +2% | 298 | 7% | 2,7 | 7 mois | 20% | - | - | - |
| Divers autres* | 225 | 2% | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | 14 552 | 100% | -6% | 4 538 | 100% | 3,2 | 2 mois | 30% | 11% | 21% | 21% |

* Diététique, ostéopathie CLE Cons. langue étrangère, AAS Accès aux soins, Asile Procédure et certification, Séjour Procédure et certification

Caractéristiques des consultations

TOUTES CONSULTATIONS

| | |
|--------------------|-----|
| Sécu/CMU+CMU-C | 43% |
| Aide médicale Etat | 14% |
| ALD 100% | 1% |
| Sécu/CMU base | 8% |

SERVICES GRATUITS

| | |
|-----------------|-------|
| Cs infirmière | 3 893 |
| Cs médecine | 3 195 |
| Bilans de santé | 2 701 |
| Service social | 1 937 |
| Interprétariat | 1 876 |
| Médicaments | 1 085 |
| Psychothérapie | 890 |

PATIENTS

| | |
|----------------|-----|
| Femmes | 26% |
| Mineurs 10-18 | 2% |
| Plus de 60 ans | 2% |

| | |
|--------------------|-----|
| Afrique de l'Ouest | 31% |
| Afrique centrale | 28% |
| Asie du Sud | 23% |
| Europe de l'Est | 8% |
| Caraïbes | 3% |
| Afrique du Nord | 2% |
| Patients à suivre | 48% |

MEDICINE GENERALE

PATIENTS

| | |
|---------------|-----|
| + Mineurs | 3% |
| + Asie du Sud | 29% |

INTERVENTIONS

| | |
|---------------------|-----|
| Bilan de santé | 36% |
| Médicam. délivrés | 13% |
| Réd. Certif. asile | 9% |
| Réd. Rapport séjour | 5% |
| Urgence médicale | 1% |

SERVICE INFIRMIER

PATIENTS

Pas de différence.

INTERVENTIONS

| | |
|-------------------|----|
| Education thérap. | 5% |
| Soins techniques | 3% |
| Médicam. délivrés | 2% |
| Vaccination | 2% |

ADMISSION & ORIENTATION

| | |
|---------------------|-----|
| RV Cons. médecine | 44% |
| RV Service social | 1% |
| Orient. Serv. Santé | 3% |
| Orientation PASS | 1% |
| Orientation Sécu. | 1% |
| Orientation Assoc. | 1% |

SERVICE SOCIAL

PATIENTS

| | |
|----------------------|-----|
| + Femmes | 30% |
| + > 60 ans | 3% |
| + Afrique de l'Ouest | 43% |
| + Afrique centrale | 40% |
| + Afrique du Nord | 3% |
| + Patients à suivre | 79% |

INTERVENTIONS

| | |
|---------------------|-----|
| Réd. Dossier séjour | 19% |
| Bilan réfugié | 6% |
| Urgence juridique | 1% |
| Urgence sociale | <1% |

PSYCHOTHERAPIE

PATIENTS

| | |
|--------------------|-----|
| + Femmes | 42% |
| + Afrique centrale | 39% |
| + Europe de l'Est | 16% |

Prestations spécialisées

EDUCATION SANTÉ

| | | |
|-----------------|-----|------|
| Mal. chroniques | 200 | +41% |
| Info diététique | 155 | +5% |
| Info méd+diét | 47 | nouv |

LANGUE ÉTRANGÈRE

| | | |
|------------|-------|-------|
| Interprète | 1 876 | + 53% |
| Comede | 1 605 | nc |
| Accompag. | 864 | nc |

38 langues étrangères

| | |
|-----------------|------|
| Anglais | 1464 |
| Tamoul | 1054 |
| Turc | 338 |
| Bengali | 300 |
| Russe | 208 |
| Soninke | 172 |
| Ourdou | 169 |
| Kurde | 114 |
| Hindi | 68 |
| Pular | 43 |
| Arabe | 41 |
| Bambara | 32 |
| Lingala | 30 |
| Mongol | 28 |
| Créole | 18 |
| Espagnol | 16 |
| Diverses autres | 526 |

ACCÈS AUX SOINS

| | | |
|---------------|-------|------|
| Dem CMU | 1 340 | - 7% |
| Dem AME | 436 | +1% |
| Procéd. AI/IP | 302 | -3% |
| Obstacles | 875 | +5% |
| Rejets CPAM | 838 | nc |

CERTIFICATION ASILE

| | | |
|----------------------|-----|-----|
| Certificats | 648 | -1% |
| Taux d'accord Comede | 79% | |

648 certificats Asile

| | |
|----------------|-----|
| Sri Lanka | 193 |
| Bangladesh | 92 |
| Turquie | 69 |
| Congo RD | 54 |
| Guinée Conakry | 42 |
| Mauritanie | 32 |
| Côte d'Ivoire | 31 |
| Haïti | 18 |
| Congo | 15 |
| Divers autres | 102 |

ÉTRANGERS MALADES

| | | |
|-------------------------|-----|-------|
| Dossiers | 361 | +4% |
| 1 ^{er} demande | 126 | +7% |
| Renouvell. | 46 | -31% |
| Recours Gr. | 63 | +5% |
| Recours Co. | 109 | +227% |
| Taux d'accord Comede | 72% | |

361 dossiers séjour

| | |
|----------------|-----|
| Congo RD | 73 |
| Mali | 58 |
| Mauritanie | 32 |
| Cameroun | 25 |
| Sénégal | 20 |
| Côte d'Ivoire | 18 |
| Haïti | 11 |
| Guinée Conakry | 11 |
| Congo | 10 |
| Divers autres | 103 |

PRÉVENTION

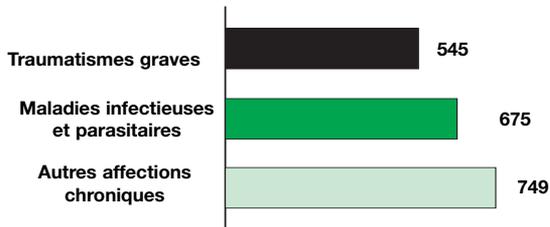
Bilan de santé = 2 701

- 85% des patients, dont 80% au Comede

Patients à suivre (PAS) = 1 605

pour affection ou risque grave

- 80% suivi en cours et 20% revenus
- 35% de la FA et 48% des consultations



| Prise en charge File active par motif | FA n | En cours n % | Nouv. cas n 03/04 | Diag. Comede | Suivi Comede | n moy Cons | Suivi exter. | Fin de suivi n succès | * |
|--|--------------|-----------------|----------------------|-----------------|-----------------|---------------|-----------------|--------------------------|---|
| Psycho-trauma | 390 | 375 23% | 245 +21% | 89% | 9 mois | 6,4 | 27% | 236 61% | |
| Hépatite B | 389 | 317 20% | 157 -13% | 76% | 7 mois | 6,1 | 59% | 192 81% | |
| Mal. cardio-vasc. | 251 | 195 12% | 138 +44% | 30% | 6 mois | 6,6 | 73% | 147 93% | |
| Diabète | 17 | 128 8% | 87 +40% | 38% | 6 mois | 6,2 | 65% | 99 86% | |
| Mineur isolé | 122 | 119 8% | 109 +3% | 18% | 1 mois | 2,3 | 36% | 99 87% | |
| Asthme | 99 | 60 4% | 35 +6% | 15% | 7 mois | 5,4 | 68% | 45 80% | |
| Hépatite C | 96 | 73 5% | 54 +42% | 53% | 3 mois | 5,3 | 68% | 63 84% | |
| Anguillulose | 66 | 55 3% | 34 -6% | 100% | 2 mois | 3,4 | 5% | 46 85% | |
| Infection à VIH | 43 | 33 2% | 22 -19% | 82% | 4 mois | 6,8 | 85% | 28 100% | |
| Tuberculose | 38 | 26 2% | 16 +7% | 73% | 8 mois | 4,8 | 96% | 19 95% | |
| Autres motifs | 299 | 232 14% | 173 +10% | 57% | 4 mois | 5,3 | 65% | 176 88% | |
| Total PAS | 1 605 | 1 285 | 885 +12% | 61% | 6 mois | 4,6 | 52% | 923 82% | |

* **Fin de suivi** | **Succès** | Guérison 117 | Relais médico-social 630 | Retour volontaire au pays 6
(986 PAS) | **Echecs** | Décès 1 | Perdus de vue 168 | Eloignement du territoire 1

| Prévalence NP 2000-2006 | Cas n | Sexe (F/H) | Age médián | Diag. pays | Taux de prévalence par région d'origine (p. 1000) | | | | | | | |
|----------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | | | | | AFC | AFN | AFO | ASE | ASS | CAR | EUE | TOT |
| Psycho-trauma | 1 068 | 40% | 31 ans | 5% | 72 | 92 | 41 | 21 | 26 | 41 | 43 | 46 |
| Hépatite B | 996 | 17% | 30 ans | 6% | 43 | 9 | 104 | 43 | 9 | 18 | 30 | 43 |
| Mal. cardio-vasc | 913 | 42% | 45 ans | 40% | 67 | 53 | 34 | 23 | 30 | 26 | 12 | 40 |
| Diabète | 628 | 30% | 43 ans | 49% | 30 | 53 | 15 | 11 | 47 | 28 | 7 | 27 |
| Anguillulose | 495 | 10% | 30 ans | < 1% | 27 | 0 | 11 | 9 | 37 | 11 | <1 | 22 |
| Infection à VIH | 309 | 58% | 32 ans | 6% | 33 | 0 | 17 | 0 | 0 | 14 | 0 | 13 |
| Hépatite C | 295 | 38% | 37 ans | 7% | 22 | 6 | 5 | 5 | 7 | 2 | 17 | 13 |
| Asthme | 295 | 22% | 34 ans | 65% | 8 | 19 | 19 | 7 | 17 | 5 | 3 | 13 |
| Bilharziose Urin. | 295 | 3% | 27 ans | 1% | 5 | 0 | 55 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 |
| Tuberculose | 189 | 19% | 31 ans | 5% | 13 | 4 | 7 | 5 | 6 | 16 | 4 | 8 |
| Total PAS | 5 718 | 28% | 32 ans | 19% | 310 | 278 | 324 | 183 | 184 | 166 | 130 | 249 |

> moyenne globale

AFC Afrique centrale, AFN Afrique du Nord, AFO Afrique de l'Ouest, CAR Caraïbes, ASE Asie de l'Est, ASS Asie du Sud, EUE Europe de l'Est, voir définition page 47

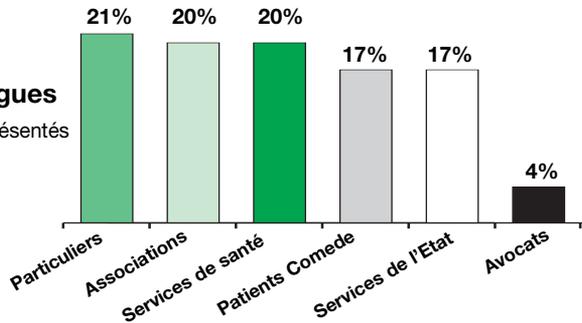
INFORMATION

Permanences ☞ et Livrets bilingues

- 2 550 appels traités parmi 3 300 appels présentés
- 321 024 Livrets bilingues commandés

Publications et interventions

- 23 publications spécialisées
- 22 interventions publiques



Caractéristiques des permanences téléphoniques

| Appelants ☞ <i>Appels enregistrés</i> | n | % | Personne concernée | | | | | Méd/ SOC | Expertise | | | |
|--|-------------|-------------|--------------------|------------|------------|------------|-----------|-------------|------------|-----------|------------|------------|
| | | | Fem. | AFC | AFN | AFO | EUE | | AAS | asile | séjour | médic |
| Particuliers | 406 | 21% | 44% | 23% | 34% | 21% | 6% | 54% | 34% | 3% | 60% | 24% |
| Associations | 390 | 20% | 35% | 20% | 16% | 30% | 17% | 64% | 23% | 8% | 62% | 31% |
| Services santé | 387 | 20% | 43% | 18% | 16% | 36% | 6% | 52% | 31% | 4% | 47% | 30% |
| Patient Comede | 334 | 17% | 29% | 38% | 2% | 45% | 3% | 81% | 40% | 4% | 35% | 30% |
| Services Etat | 325 | 17% | 44% | 28% | 12% | 27% | 13% | 46% | 47% | 10% | 36% | 22% |
| Avocat | 67 | 4% | 29% | 7% | 18% | 54% | 8% | 69% | 19% | 7% | 72% | 36% |
| Total | 1909 | 100% | 39% | 25% | 17% | 32% | 9% | 60% | 34% | 6% | 50% | 28% |

Fem. Femmes ; AFC Afrique centrale, AFN Afrique du Nord, AFO Afrique de l'Ouest, EUE Europe de l'Est ; MED/SOC ratio entre la permanence médicale (Suivi médical) et la permanence sociale (SAS et Service social) ; AAS Accès aux soins ; ASI Procédure d'asile et certification ; SEJ Droit au séjour et certification ; MED Médecine.

Publications

- Assister les patients non francophones, Veisse A, Le concours médical n°128.
- Le chirurgien et l'Occident magique, Boillot F, Maux d'exil n°14.
- Contre l'« immigration choisie », Fassin D, Ferré N, Jeanson F, Peugeot P, Maux d'exil n°15.
- Education pour la santé, entre exil et précarité, Maux d'exil n°16.
- Histoires d'éducation santé pour des exiliés malades, Rouleau-Favre F, Vescovacci K, Maux d'exil n°16.
- L'hospitalité : une mission d'intérêt général, Martin F, Brasse O., Florentin E, Plat A, Da Silva F, Maux d'exil n°16.
- Il faut enrayer le déclin du droit d'asile, Brachet O, Maux d'exil n°15.
- Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises victimes, Sironi F, Maux d'exil n°14.
- Le médecin, la santé et le séjour des étrangers, Veisse A, Plein Droit n°69 ;
- Le médecin malgré lui aux avant-postes des politiques d'immigration, Veisse A, Actes du colloque CRDST, Daloz.
- Migrants, étrangers et exiliés face au VIH-sida, Maux d'exil n°17.
- Notre responsabilité à l'égard des étrangers, Maux d'exil n°15.
- Paroles de migrants séropositifs, Legrand A, Maux d'exil n°17.
- Place des étrangers dans l'épidémie de VIH-sida en France, Lot F, Maux d'exil n°17.
- Promotion de la santé des exiliés : est-ce bien raisonnable ?, Lamour P, Maux d'exil n°16.
- Quand je ferme les yeux, Aslan K, Maux d'exil n°14
- Le réseau Migreurop, Rodier C, Maux d'exil n°15.
- RESF, une éducation sans frontières, Moyon R, Maux d'exil n°15.
- Un nouveau traumatisme pour une nouvelle vie, Lefebvre O, Maux d'exil n°17.
- Une stratégie d'évitement ne fait pas une politique de lutte contre le sida, Sopena A, Maux d'exil n°17.
- Vieillir dans la « double absence », Hallouche O, Maux d'exil n°16.
- Violence et torture, survivants et soignants, Maux d'exil n°14.
- Violence, torture et séquelles traumatiques chez les exiliés, Le Comede, Maux d'exil n°14.
- Livret de santé bilingue en 23 langues, Comede, DGS et Inpes.

Interventions

- AFS Congrès, Biologisation et sanitisation des questions sociales ? Veisse A.
- CISS Rencontre nationales, Promouvoir l'accès aux soins pour réduire les inégalités de santé, Veisse A.
- Collectif anti-Ceseda, La réforme de l'immigration, Maille D.
- CRDST, colloque Nouvelles frontières de la santé, nouveaux rôles et responsabilités du médecin, Veisse A.
- DGS colloque La périnatalité en région, L'accès aux droits sociaux, Delbecchi G.
- DGS Journée Suivi du programme national VIH/migrants, Difficultés d'accès aux droits, Comede/ODSE, Veisse A.
- Drassif et GSF, colloque Les Mutilations sexuelles féminines, modalités d'action en France, Veisse A.
- Fédération des Verts Paris, Accès aux soins des étrangers, Maille D.
- GRDR Foyer Argonne, Santé des migrants, Mansour R.
- Hôpital Ste-Anne, Forum Santé mentale et exclusion sociale, Politiques d'immigration et pratiques sociales, Aidan P.
- LDH Forum social, Santé des exiliés, Lefebvre O.
- Médecins d'Afrique, Droit et santé des migrants, Veisse A.
- Réseau social dentaire Ivry-Valry, Immigration et santé, Delbecchi G.
- RFI Priorité santé, Un livret de santé bilingue, Veisse A.
- Secours catholique Paris, Santé des exiliés, Veisse A.
- SMV Journée scientifique, Le migrants voyageur, Veisse A.
- Terra, colloque Persécutés des femmes, Femmes, soins et parcours d'exil, Aidan P.
- TRT-5, Journée Prise en charge tardive de l'infection par le VIH, Etat des lieux de l'accès tardif aux soins, Maille D.
- Ucij, collectif 93, Droit à la santé des étrangers, Maille D.
- Ucij, conférence de presse, Le droit au séjour des étrangers malades, Veisse A.
- Ucij réunion publique, La réforme de l'immigration, Maille D.
- Village Associatif Intolérance Zéro, organisé par la Ligue de l'Enseignement Cergy-Pontoise, Aidan P, Aw A, Katembwe C.

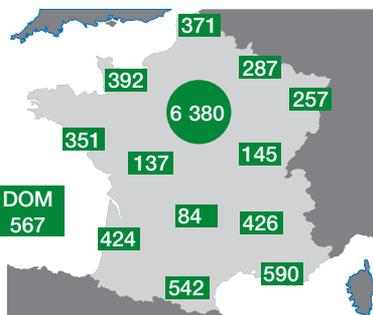
FORMATION

Guide Comede et Maux d'exil

- 32 504 commandes du Guide dont 5 451 en 2006
- 4 329 lecteurs de Maux d'Exil

Formation et enseignement

- 37 demi-journées de formation pour 1 217 stagiaires
- 17 partenariats de recherche opérationnelle



| Régions administratives | ¹ Guide Comede | ² Maux d'exil | ³ Perm ^a | Stagiaires formation | ⁴ Livrets bilingues |
|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| Ile-de-France | 6 380 58% | 2 062 48% | 1 660 87% | 212 17% | 125 545 39% |
| PACA & Corse | 590 5% | 248 6% | 28 1% | 34 3% | 17 065 5% |
| DOM-COM | 567 5% | 130 3% | 5 <1% | 389 32% | 15 678 5% |
| Midi-Pyrénées & Langu.-R. | 542 5% | 219 5% | 31 2% | 151 12% | 15 705 5% |
| Rhône-Alpes | 426 4% | 305 7% | 33 2% | 109 9% | 24 505 8% |
| Aquitaine & Poit.-Charentes | 424 4% | 162 4% | 24 1% | 20 2% | 15 868 5% |
| Normandie (Haute & Basse) | 392 4% | 141 3% | 8 <1% | 14 1% | 17 012 5% |
| Nord-Pas-de-Calais & Pic. | 371 3% | 169 4% | 36 2% | 17 1% | 19 688 6% |
| Pays-de-la-Loire & Bretagne | 351 3% | 236 5% | 23 1% | 48 4% | 19 645 6% |
| Lorraine & Champ.-Arden. | 287 3% | 149 3% | 5 <1% | 16 1% | 13 441 4% |
| Alsace | 257 3% | 86 2% | 3 <1% | 46 4% | 7 023 2% |
| Bourgog. & Franche-Comté | 145 1% | 124 3% | 15 1% | 17 1% | 11 067 3% |
| Centre | 137 1% | 188 4% | 29 2% | 107 9% | 10 548 3% |
| Auvergne & Limousin | 84 1% | 96 2% | 9 <1% | 12 1% | 8 539 3% |
| Etranger | 50 <1% | 14 <1% | - - | 25 - | 95 <1% |
| Total | 11 003 | 4 329 | 1 909 | 1 217 | 321 024 |

1 Nouvelles commandes en 2005-2006 2 Début 2007 3 Appels caractérisés 4 Premières commandes en 2006

Enseignement

- IFSI Necker, *Accès aux soins, droit et pratiques*, Delbecchi G.
- IFSI Necker, *Santé et précarité*, Mansour R.
- Université Paris 5, DU Santé, maladie, soins et culture, *Vulnérabilité et aspects déontologiques*, Veisse A.
- Université Paris 13, Licence Sciences sanitaire et sociale, *Protection sociale des étrangers*, Maille D.

Recherche et partenariats

- Aids & Mobility, Réseau européen VIH migrants.
- Anafé, Assistance aux frontières pour les étrangers.
- ANRS, Groupe migrants, VIH et hépatites.
- CFDA, Coordination française pour le droit d'asile
- Collectif interassociatif Caraïbes
- Conférence régionale de santé, PRSP
- Dases, Groupe migrants et tuberculose.
- DGAS, Groupe périnatalité et précarité.
- DGS, Programme national de lutte contre le VIH
- 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, Communication 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.

Formation professionnelle

- Créteil, Hôpital Henri Mondor, *Droit au séjour pour raison médicale*
- Dreux, PASS région Centre, *Santé mentale et accès aux soins*
- Kremlin-Bicêtre, School of international training, *Migrations et santé*
- Meaux, Hôpital, *Protection maladie des étrangers (2)*
- Marseille, ENSP, *Santé des migrants et expertise médicale*
- Montpellier, FNHVIH, *Pathologies sévères et exclusion sociale*
- Orléans, Passerelle santé, *Santé et accès aux soins des migrants*
- Paris, Anafé, *Le rôle du médecin en zone d'attente*
- Paris, CFDA Associés, *Droit de la santé des étrangers*
- Paris, Cresif, accueil et promotion de la santé, *Santé des exilés*
- Paris, DomAsile, *Protection maladie des étrangers*
- Paris, Gisti/Comede stage national, *Protection sociale des étrangers (1)*
- Paris, Gisti/Comede stage national, *Protection maladie des étrangers (1)*
- Paris, MDM Mission France, *Droit au séjour pour raison médicale*
- Paris, Minkowska, *Accès aux soins en santé mentale*
- Paris, PILS, *Protection sociale des étrangers*
- Paris, Secours catholique, *Droit au séjour pour raison médicale*
- Paris, SFLS, *Droit de la santé des étrangers (2)*
- Paris, Sidaction, *Droit de la santé des étrangers*
- Paris, SOS Habitat et soins, *Droit au séjour pour raison médicale (3)*
- Pointe-à-Pitre, Collectif contre la xénophobie, *Droit des étrangers (2)*
- Pointe-à-Pitre, Féd. des asso. haïtiennes, *Droit de la santé des étrangers*
- Pointe-à-Pitre, Réseau Ville-Hôpital, *Droit de la santé des étrangers (2)*
- Rennes, DDASS, *Santé des exilés (2)*
- Saint-Etienne, Réseau santé migrants, *Santé mentale et accès aux soins*
- Saint-Martin, Inter-Corevih DFA, *Accès aux soins des étrangers*
- Saint-Maurice, ENSP, *Santé des migrants et expertise médicale*
- Strasbourg, Parole sans frontière, *Exil, santé et psychothérapie*
- Strasbourg, Migrations santé, *Droit et santé des étrangers*
- Toulouse, Act-Up Répi, *Droit de la santé des étrangers*



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
Site : www.comede.org

En 2006, les activités du Comede ont été soutenues par :

La Direction générale de la santé
La Direction de la population
et des migrations
La Direction générale de l'action sociale
La Direction régionale des affaires sanitaires
et sociales d'Ile-de-France
L'agence nationale pour la cohésion sociale
et l'égalité des chances



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.

Le Fonds européen
pour les réfugiés



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



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



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.

Le Conseil régional
d'Ile-de-France



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



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.

Sidaction
Ensemble contre le Sida



L'Assistance publique
des hôpitaux de Paris



Le Centre hospitalo-universitaire
de Bicêtre



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

