



Rapport d'observation et d'activité 2007

Table des matières

Présentation du Comede 4
 Glossaire 6
 Principaux partenariats associatifs du Comede 30

SYNTHESE

La santé des exilés et le Comede en 2007 7

OBSERVATION

Démographie : caractéristiques des exilés 13
 Epidémiologie, prévention et bilan de santé 19
 Accès aux soins et protection maladie 25
 Droit de la santé et expertise médico-juridique 31

ACTIVITE

Le Centre de santé à Bicêtre 39
 L'Espace Santé Droit à Aubervilliers 45
 Le Centre-ressources du Comede 47
 Gestion, finances et perspectives 53

ANNEXES

Patients 57
 Consultations 59
 Prévention 60
 Information 61
 Formation 62

Principaux indicateurs d'activité du Comede en 2007

<p align="center">RECHERCHE, INFORMATION ET FORMATION (CENTRE-RESSOURCES)</p> <p align="center">50 000 utilisateurs du Guide Comede et 5 000 lecteurs de Maux d'exil</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 000 appels et méls traités dans les permanences téléphoniques de Bicêtre et Aubervilliers ▪ 28 publications spécialisées, 11 interventions publiques, et 423 849 commandes de Livrets bilingues ▪ 46 demi-journées de formation/enseignement et 20 partenariats de recherche opérationnelle 			
<p>CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 790 bilans de santé pour des nouveaux patients ▪ 1 869 patients à suivre pour affection grave ▪ 218 consultations d'éducation thérapeutique 		<p>PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 7 333 consultations médicales et infirmières gratuites ▪ 1 865 demandes de protection maladie ▪ 918 délivrances gratuites de médicaments 	<p>CENTRE D'EXPERTISE EN DROIT DE LA SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 773 certificats médicaux pour la demande d'asile ▪ 362 dossiers de séjour pour raison médicale ▪ 150 recours contentieux pour le droit au séjour
<p align="center">ACCUEIL, SOINS ET SOUTIEN (CENTRE DE SANTE ET ESPACE SANTE DROIT)</p> <p align="center">Prise en charge médico-psycho-sociale pour 4 860 patients de 100 nationalités</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accueil de 3 450 nouveaux patients ▪ 7 725 consultations de médecine générale ▪ 4 320 consultations infirmières et de santé publique ▪ 1 986 consultations socio-juridiques ▪ 891 entretiens de psychothérapie ▪ 1 953 consultations avec interprète 			

Le Comede

LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

L'EQUIPE PROFESSIONNELLE DU COMEDE

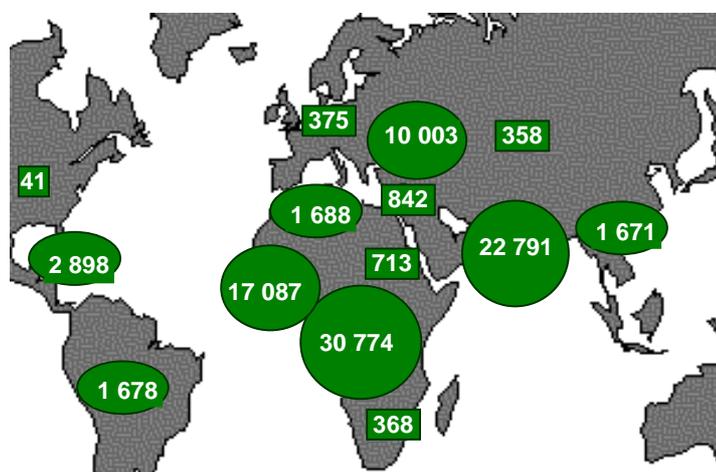
- **Directeur** : Arnaud Veisse
- **Directrice adjointe** : Emilie Biaré
- **Responsable de projets** : Philip Aidan
- **Responsable financière et administrative** : Catherine Jollet
- **Médecins chargés du Suivi médical** : Françoise Fleury, Olivier Lefebvre
- **Responsable du Service social et Chargé de la formation** : Didier Maille
- **Cadre infirmier** : Guy Delbecchi
- **Responsable du service Accueil** : Magali Ciais
- **Secrétaire de direction** : Claire Katembwe
- **Professionnels** : Rose Adu (*Personnel d'entretien*), Monique Aujay (*Assistante sociale*), Assane Aw (*Personnel d'accueil*), Serge Baux (*Chirurgien*), Carole Chazole (*Personnel administratif*), Youri Courrège (*Assistant social*), Geneviève Cousin (*Pharmacienne*), Franck Enjolras (*Psychiatre*), Isabelle Erangah-Ipendo (*Psychologue*), Laure Feldmann (*Médecin*), Bénédicte Gaudillière (*Médecin*), Guy de Gontaut (*Technicien d'accueil*), Annaïck Jibard (*Médecin*), Patricia Kante (*Technicien d'accueil*), Yacine Lamarche-Vadel (*Médecin*), Marie Larger (*Diététicienne*), Sandrine Lebreton (*Médecin*), Hervé Lhostis (*Médecin*), Monili Lumoni (*Personnel d'entretien*), Yassaman Montazami (*Psychologue*), Patrick Mony (*Assistant juridique*), Etsianat Ondongh-Essalt (*Psychologue*), Barbara Pellegrini-Guegnault (*Médecin*), Marie Petruzzi (*Médecin*), Marie-Gabrielle Riestch (*Assistante juridique*), Florence Rouleau-Favre (*Infirmière*), Rosa Sadaoui (*Technicien d'accueil*), Julien Sallé (*Médecin*), Vincent Souchier (*Médecin*), Pierre Szilagyi (*Médecin*), Khalda Vescovacci (*Médecin*), et les collègues de l'Espace Santé Droit membres de la Cimade.

Depuis sa création en 1979, le Comede travaille à la promotion de la santé des exilés. En 29 ans, l'accueil et la prise en charge médico-psychosociale de 92 000 patients de 140 nationalités ont fait du Comede un poste d'observation unique de la santé des exilés en France. Les activités d'accueil, soins et soutien (Centre de santé et Espace Santé Droit), et de recherche, information et formation (Centre-ressources du Comede) 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

Nationalité des patients du Comede (1979-2007)



son médecin par le malade. Mais l'exclusion des soins 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.

Dans la course d'obstacles que constitue pour de nombreux exilés le « parcours d'intégration », la découverte tardive de la maladie peut constituer un handicap fatal. 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

www.comede.org - 01 45 21 38 40

■ MAUX D'EXIL, 4 NUMEROS PAR AN

Abonnement gratuit et frais de diffusion pris en charge par le Comede. Abonnement et annulation par mail à contact@comede.org indiquant vos noms, activités, et adresses.

■ GUIDE COMEDE ET LIVRETS BILINGUES EN 23 LANGUES

Diffusion gratuite par l'Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, par Fax 01 49 33 23 91, ou par mail edif@inpes.sante.fr

■ PERMANENCE TELEPHONIQUE DU SUIVI MEDICAL ☎ 01 45 21 39 59

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

■ PERMANENCE TELEPHONIQUE DE L'ACCES AUX SOINS ☎ 01 45 21 63 12

Sur les conditions d'accès aux dispositifs de soins, les droits et les procédures d'obtention d'une protection maladie (sécurité sociale, CMU-C, AME).

■ FORMATIONS ☎ 01 45 21 38 25

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

■ CENTRE DE SANTE A BICETRE (94)

Consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques et socio-juridiques en 20 langues, sur rendez-vous du lundi au vendredi. Tél : 01 45 21 38 40.

■ ESPACE SANTE DROIT AVEC LA CIMADE A AUBERVILLIERS (93)

Consultations socio-juridiques et évaluation médico-juridique sur rendez-vous du mardi au vendredi. Tél : 01 43 52 69 55.

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
CNDA	Cour nationale du droit d'asile (ex-CRR)
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie (département)
CRR	Commission des recours de réfugiés (désormais CNDA)
CSS	Centre de sécurité sociale
CST	Carte de séjour temporaire
Dasem	Droit au séjour des étrangers malades
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
Ofptra	Office français de protection des réfugiés et apatrides
OQTF	Obligation de quitter le territoire français
Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
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 2007

Comme les années précédentes, l'année 2007 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 réforme de novembre 2007 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) ayant encore durci les conditions du regroupement familial. Et si le droit au séjour des étrangers malades a officiellement été préservé malgré les menaces de suppression en 2006, les pratiques restrictives des préfectures se sont considérablement renforcées. Ces pratiques sont sanctionnées dans plus de la moitié des cas par les juridictions en charge de recours contentieux de plus en plus nombreux (voir page 29). En matière d'accès aux soins, les obstacles se sont multipliés en particulier contre les bénéficiaires potentiels de l'Aide médicale Etat, alors que de nouvelles menaces planent sur la mise en place d'un « ticket modérateur » qui signifierait l'absence de recours aux soins pour des personnes dont les ressources mensuelles sont inférieures à 600 €.

Migration contrainte, l'exil entraîne tout-à-la fois une perte d'affection et de protection, une 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 personnes réfugiées. Mais dans un contexte durable de crise de l'hospitalité, 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 30). Et depuis la dernière réforme de l'asile en 2003, la détérioration des conditions d'accueil et de procédure réservées aux demandeurs d'asile constitue une grave préoccupation pour la Coordination française pour le droit d'asile (voir CFDA page 30).

En 2007, le **droit d'asile** a connu une double évolution : négative sur le plan de l'accès au territoire pour les nouveaux demandeurs (dont le nombre baisse pour la quatrième année consécutive, voir encadré page suivante) et positive sur le plan du traitement des demandes sur le territoire. Avec un taux d'accord de 30% (8 075 statuts de réfugiés et 706 protections subsidiaires), taux majoritairement dû aux recours auprès de la Commission (Cour nationale du droit d'asile depuis novembre 2007), l'Ofpra retrouve un niveau comparable à celui du début des années 90, mais qui reste très inférieur aux taux de reconnaissance pratiqués au début des années 80.

DEMOGRAPHIE, EPIDEMIOLOGIE ET SANTE PUBLIQUE

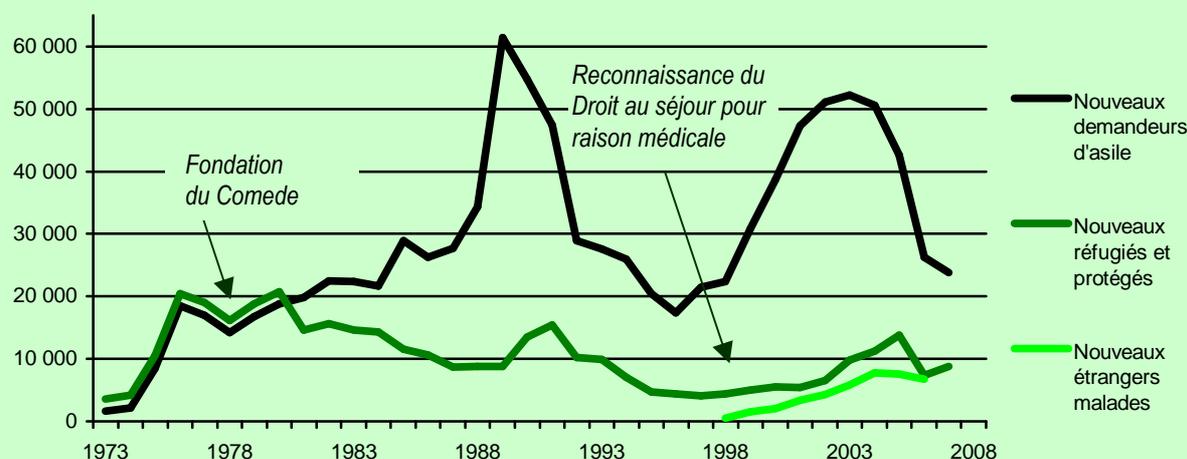
Réfugiés, demandeurs d'asile, étrangers malades, mineurs étrangers isolés et autres migrants/étrangers en situation précaire, les exilés se situent dans une population de près d'un million de personnes vulnérables sur le plan de la santé (voir Démographie page 13). Principalement originaires d'Afrique, d'Asie, d'Europe de l'Est et des Caraïbes, ils résident majoritairement en régions Ile-de-France (51% des réfugiés, 43% des demandeurs d'asile et 70% des bénéficiaires de l'AME), Départements d'Outre-mer, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur. La population accueillie au Comede est constituée des exilés les plus vulnérables sur le plan de la santé. Beaucoup d'entre eux sont des demandeurs d'asile « isolés », séparés des membres de la famille dont ils ignorent souvent le destin, qui doivent en outre survivre en situation de très grande précarité administrative et sociale. La moitié des patients du Comede ont eu à subir des violences (54% en 2007) dans leur pays d'origine, et un quart ont eu à subir la torture (23%, voir page 19).

La **pathologie observée** à l'occasion des bilans de santé est plus fréquente dans certains

La demande d'asile en France et en Europe

Evolution de la demande d'asile et du droit au séjour des étrangers malades en France

(Sources : Ofpra, Cici – pour les étrangers malades, voir Droit de la santé page 31)



	2005	2006	2007
Demandes d'asile			
Premières demandes : (hors mineurs accompagnant et hors réexamens)	42 578	26 269	23 804
Total demandes : 1 ^{ères} demandes + mineurs accompagnant + réexamens	59 221	39 332	35 520
Réexamens	9 488	8 584	6 133
Procédures prioritaires (PP)			
Total demandes traitées en PP	23 %	30%	28%
Premières demandes traitées en PP	12%	14%	14%
Réexamens traités en PP	72%	83%	80%
Accords du statut de réfugié et de la protection subsidiaire			
Taux d'accord global	27%	20%	30%
Nombre global accord	13 770	7 354	8 781
Protection subsidiaire (et taux d'accords)	557 (4%)	368 (5%)	706 (8%)
Répartition Commission des recours des réfugiés/Ofpra	70% - 30%	60% - 40%	61% - 39%

La demande d'asile en Europe (Sources : Ofpra, Cici)

Pays	Demande d'asile 2007	Demande d'asile 2006	Evolution 2006/2007
Suède	36 207	24 322	+49%
France	35 520	39 332	-10%
Allemagne	30 303	30 100	+1%
Grèce (*)	26 735	12 267	+118%
Grande-Bretagne (*)	26 351	28 019	-6%
Autriche	11 879	13 349	-11%
Belgique	11 115	11 587	-4%
Suisse	10 387	10 537	-1%
Pays-Bas	9 731	14 465	-33%

* données 9 mois projetés sur 12 mois ; Source : homologues respectifs et IGC

Le ralentissement de la baisse de la demande d'asile observé en France en 2007 semble s'inscrire dans une tendance générale en Europe vers une stabilisation de la demande, voire une reprise dans certains pays. En 2007, la France passe au second rang des pays destinataires de demandeurs d'asile en Europe, derrière la Suède où la demande augmente fortement (+49 %) pour la deuxième année consécutive. Il faut noter également une brusque accélération de la demande en Grèce alors que la demande d'asile aux Pays-Bas, qui était en augmentation constante depuis 2004, amorce une baisse significative (-33 %) en 2007.

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 actions de dépistage conduisent à la découverte d'affections ou risques médico-psychologiques graves chez un certain nombre de patients. 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 : psycho-traumatismes graves, maladies infectieuses et parasitaires, et maladies chroniques (voir Epidémiologie page 19). 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.

La **prise en charge** des ces patients nécessite souvent une équipe pluridisciplinaire, où les connaissances psychologiques et juridiques viennent compléter la formation médico-sociale de base. Elle nécessite également de disposer du temps et des conditions de communication satisfaisantes, en particulier le recours à l'interprétariat professionnel. En matière de santé publique, au delà de la lutte contre le VIH ou la tuberculose, il est désormais prioritaire de développer des actions de dépistage et de prévention secondaire face à l'impact des **psycho-traumatismes et des hépatites virales chroniques** chez les exilés récemment arrivés en France, prenant en compte à la fois les phénomènes de violence et les données d'épidémiologie médico-psycho-sociale.

XENOPHOBIE, SUSPICION ET EXCLUSION

Dans un climat d'inhospitalité à l'égard des étrangers dans notre pays, dont le concept « d'immigration subie » représente la figure de proue, xénophobie et racisme sont largement répandus. Avec son rapport 2006, la CNCDH (Commission nationale consultative des droits de l'Homme) s'inquiète du fait, que dans un

contexte toujours marqué par de fortes préoccupations économiques et sociales, les immigrés et les étrangers restent souvent stigmatisés, et soupçonnés de ne pas vouloir réellement s'intégrer à la société française. Selon la CNCDH, ce **climat de xénophobie latente** « est inquiétant en ce qu'il révèle des problèmes endémiques d'inégalités et de discriminations, que les mesures mises en oeuvre par les autorités, au cours de l'année 2006, à la suite des violences urbaines de novembre 2005, ne sont pas encore parvenues à résorber ». Et de citer des sondages qui laissent songeurs : 30% des Français se déclarent eux-mêmes racistes, 58% estiment que « certains comportements peuvent justifier des réactions racistes », et 48% des personnes interrogées estiment qu'aujourd'hui « le nombre d'immigrés est trop important en France ».

Déjà soupçonnés de rechercher dans l'exil un bénéfice économique induit, 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. 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, les **restrictions observées au cours des dernières années en matière de protection juridique des étrangers malades** rejaillissent désormais sur l'ensemble du corps médical, médecins praticiens et Médecins inspecteurs de santé publique (MISP), au delà des associations et services sociaux qui aident aux démarches administratives. Au Comede en 2007, les questions relatives au droit au séjour des étrangers malades (Dasem) ont occupé 24% des consultations et fortement mobilisé les équipes médico-socio-juridiques du Centre de santé et de l'Espace Santé Droit (voir page 25).

Menacé d'abrogation en 2006, le droit au séjour des étrangers malades a finalement été préservé grâce à la mobilisation opérée autour de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (voir ODSE page 30). Mais en mars 2007, la mise en ligne sur le site intranet ministériel de « fiches-pays » recommandant aux MISP de ne pas tenir compte de l'accessibilité effective aux soins – en contradiction avec la loi, ces recommandations sont présentées comme n'ayant « aucun caractère normatif » - a conduit à une nouvelle baisse des accords préfectoraux, les taux ayant chuté en dessous de 50% pour les nouvelles demandes dans les préfectures les plus sollicitées. Dans l'observation mise en place par le Comede faute de données publiées par les administrations en charge des procédures, les variations des pratiques mettent en évidence des discriminations spatiales et nationales pour l'application du droit au séjour des étrangers malades : plus forte est la demande, plus restrictifs sont ses critères d'application pratique.

Sur un plan global et à l'instar des pratiques du droit d'asile, les juridictions de recours apparaissent plus favorables aux étrangers malades que les administrations en charge des procédures initiales : les recours contentieux se sont multipliés devant la juridiction administrative, pour des décisions favorables au malade dans 54% des cas. Mais les recours juridiques ne parviennent pas toujours à éviter le pire : au cours des derniers mois, l'ODSE a observé plus d'une dizaine de cas de refus de séjour et d'éloignement du territoire contre l'avis des MISP sollicités, alors que jusqu'en 2006 la préservation du secret médical conduisait les préfets à respecter les avis des MISP. Dans le même temps, l'accès à la procédure de demande de titre s'est considérablement compliqué en 2007 en raison des difficultés croissantes pour les malades de trouver un médecin « agréé par la préfecture » acceptant de délivrer le rapport médical dans les conditions prévues pour les bénéficiaires de la CMU-Complémentaire ou de l'AME. Pour les 10 ans de la loi du 11 mai 1998, les actions de soins, de soutien et de plaidoyer pour la protection des étrangers malades sont plus que jamais nécessaires.

ACCES AUX SOINS, PRISE EN CHARGE GLOBALE

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. 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 au cours des dernières années, dans un climat de restriction accrue de l'application du droit résiduel à la CMU et à l'AME (voir Accès aux soins page 25). En 2007, 52% des nouveaux patients du Comede étaient dépourvus de protection maladie lors du premier accueil. Consultations médicales et bilans de santé effectués sans remboursement, délivrance gratuite de médicaments et demandes de protection maladie, autant de services rendus indispensables pour des personnes qui doivent trop souvent compter sur l'intervention de professionnels avertis pour obtenir une protection maladie à laquelle ils ont théoriquement droit. En 2007, de telles interventions ont été nécessaires pour 1 patient sur 5 dans l'observation du Comede.

Les **difficultés d'accès aux soins** des exilés restent très majoritairement des difficultés d'accès aux droits, qui reposent le plus souvent sur des dysfonctionnements de la Sécurité sociale affectant en particulier les bénéficiaires potentiels de l'AME : difficultés d'accès au Centre de sécurité sociale, erreurs de droit dues à la méconnaissance du statut des personnes et des procédures d'instruction rapide de la CMU-C ou de l'AME, et erreurs de procédures. 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, 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 instructions illégales de la Sécurité sociale ont en outre

nécessité plusieurs interventions institutionnelles du Comede et des partenaires associatifs de l'ODSE pour permettre *in fine* l'application du droit à la CMU et à l'AME. Mais, l'ouverture de droits ne garantit pas l'accès aux soins, et les refus de soins dénoncés en 2006 sont loin d'avoir disparu du système de soins. En outre, certaines carences des dispositifs publics contrarient également la continuité des soins : absence de bilan de santé, de psychothérapie ou encore d'interprétariat professionnel dans les services de soins sollicités par des patients exilés.

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. Dans ce contexte, les intervenants sollicités 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.

LE COMEDE EN 2007

Sur l'ensemble de l'année, le Comede a accueilli 4 860 patients domiciliés dans 295 communes et 41 départements. Situé dans l'hôpital de Bicêtre, le **Centre de santé** (voir page 39) a délivré 14 855 consultations (médicales 51%, infirmières 29%, socio-juridiques 12%, et psycho-thérapeutiques 6%). Avec l'ouverture en septembre 2007 de l'Espace Santé Droit (voir infra), le service Social et juridique du Comede, ainsi que les médecins du Suivi médical, ont réparti leurs activités sur les deux lieux d'accueil proposés par l'association.

Plus de la moitié des consultations du Comede requièrent une **expertise administrative et juridique**. Les informations et interventions relatives au droit au séjour des étrangers malades ont été les plus fréquentes face à la dégradation des conditions d'accès (24% du total des consultations, et 69% au service Social et juridique). L'expertise dans le domaine de la procédure d'asile, et tout particulièrement la certification médicale, reste également très fréquente (19% du total, 26% en médecine). Enfin, 9% des consultations nécessitent une information spécialisée et souvent une intervention en matière d'accès aux soins, plus souvent au cours des consultations socio-juridiques (14%). Les « Patients à suivre », atteints de maladie grave et/ou chronique, représentent 38% de la file active du Comede et utilisent 50% des consultations. Leur prise en charge au Comede s'inscrit dans un moyen terme, avant le plus souvent un relais médical au sein du système de santé de droit commun. En 2007, le **continuité des soins** a été assurée pour 85% d'entre eux, le plus souvent au bénéfice d'un suivi médico-social hospitalier proche de leur lieu de résidence.

Avec la généralisation des rendez-vous en médecine, les patients ne sont plus contraints comme les années précédentes de se présenter au petit jour à l'entrée du Centre de santé pour

pouvoir « s'inscrire sur la liste ». Toutefois, et malgré le renforcement des moyens du service Accueil soutenu notamment par le Conseil régional d'Ile-de-France, l'accès téléphonique s'est révélé de plus en plus difficile fin 2007, en raison de l'accroissement des sollicitations par les patients et les autres usagers du Comede. Et les difficultés pour les patients de prendre un rendez-vous par téléphone se doublent d'un allongement des délais de ces rendez-vous, jusqu'à une semaine au service Infirmier, et un mois pour la médecine et les consultations psychothérapeutiques, ce qui ne peut pas être satisfaisant pour des personnes dans une telle situation de vulnérabilité.

Hébergé par le Foyer protestant d'Aubervilliers, **l'Espace Santé Droit** a ouvert en septembre 2007 dans le cadre d'un partenariat opérationnel entre la Cimade et le Comede (voir page 45). Son action est destinée aux migrants/étrangers en situation d'exclusion des droits ou victimes de discrimination dans le domaine de la santé, ainsi qu'aux intervenants professionnels, associatifs et institutionnels auprès de ces populations. Au cours du dernier trimestre 2007, l'Espace Santé Droit a délivré 203 consultations socio-juridiques pour 152 patients, dont 17 étaient également suivis au Centre de santé du Comede à Bicêtre. Les premiers mois d'activités ont confirmé la très grande attente en matière de droit à la santé de la part des malades étrangers, et de celle des professionnels et associations qui leur viennent en aide.

Le Centre-ressources du Comede (voir page 47) a connu ces dernières années un important développement consécutif aux succès de diffusion du **Guide Comede**, dont l'édition 2008 a été imprimée par l'Inpes à 50 000 exemplaires au cours du second semestre. L'année 2007 a également été marquée par une forte diffusion du Livret de santé bilingue, nommé pour le prix Prescrire du Livre médical et pharmaceutique (423 849 nouvelles commandes). Le Centre-ressources a également traité 3 000 appels et méls dans le cadre des permanences téléphoniques, et réalisé 28 publications, dont les dossiers trimestriels de Maux d'exil (5 000 lecteurs).

Les activités de formation et d'enseignement menées par le Comede sont restées globalement stables en 2007, en raison de la stabilité des moyens en personnels et malgré la multiplication des sollicitations. Les professionnels du Comede ont animé 36 demi-journées de formation sur l'année, pour 1 176 stagiaires, et assuré 10 séances d'enseignement. Parmi les activités de recherche, citons en particulier les travaux relatifs aux doubles violences faites aux femmes migrantes, dans le cadre d'un projet financé par le GRSP d'Ile-de-France et labellisé par la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde), ainsi que la mise en place du séminaire « *Accès aux soins et protection des migrants/étrangers : les enjeux et les aléas de la santé mentale* », co-organisé avec la Maison des Sciences de l'Homme Paris-Nord.

Les **financements** du Comede proviennent principalement de subventions nationales (43% des produits en 2007 émanant de la DGS, de la DPM, de l'Inpes, de l'Acse et de la DGAS), de subventions régionales (21%, GRSP, Drassif, Conseil régional IDF, CPAM 94 et Acse IDF), d'autres subventions (26%, FER, ONU, Sidaction), alors que les ressources propres constituent 10% des produits. Nonobstant les difficultés de trésorerie engendrées par le retard des versements de plusieurs subventions, la pérennité et la diversité des financeurs du Comede constitue une condition nécessaire à la poursuite de son action, en particulier la structuration de l'Espace Santé Droit en partenariat avec la Cimade, et l'ouverture d'un centre médico-psychologique dans le cadre du projet « *Boèce : Exil, Violences et Santé* » (voir page 56). Le développement correspondant des charges de gestion et d'encadrement imposent à l'avenir le renforcement de l'équipe de direction en matière de coordination, d'administration et de communication. Dans une période sombre pour l'accueil des exilés dans notre pays, le Comede doit continuer de conjuguer l'engagement humaniste et la rigueur professionnelle prescrits par les statuts de l'association ■



Démographie : caractéristiques des exilés

(Indicateurs pages 57 et 58)

Les exilés (voir définition ci-contre) 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, ETRANGERS ET EXILES EN FRANCE

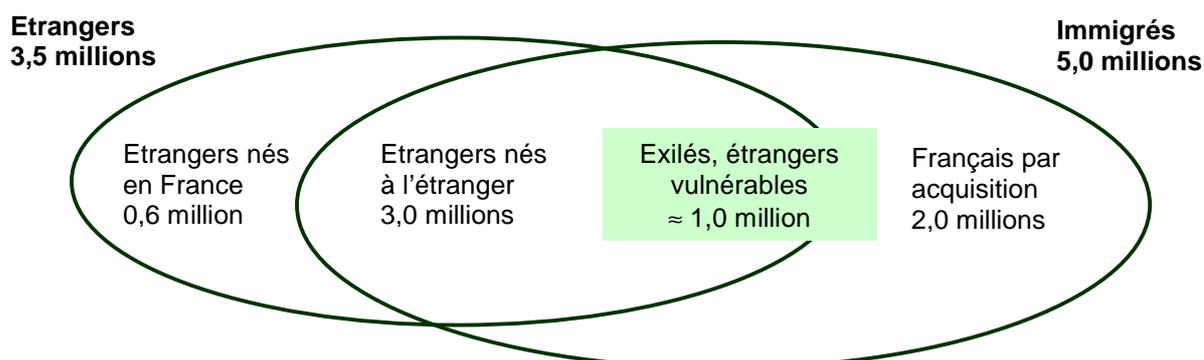
La France compte officiellement 5,0 millions d'**immigrés** (dont 40% de Français) et 3,5 millions d'**étrangers** (*Rapport DPM 2006, Insee 2006*). Un tiers des immigrés sont originaires d'Europe de l'Ouest (UE 25, Espace économique européen et Suisse), un tiers d'Afrique du Nord, et un tiers de l'ensemble des autres régions. Fin 2006, le Comité interministériel de contrôle de l'immigration (Cici) comptait 527 964 ressortissants de « pays-tiers » titulaires d'un titre de séjour précaire (70% titres d'un an, 5% titres < 1 an, et 25% documents provisoires, incluant les demandeurs d'asile), et l'Ofpra 130 926 réfugiés fin 2007. Les **exilés** se situent dans une population de près

Définitions

- **Migrant** : personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France, terme utilisé notamment en santé publique.
- **Immigré** : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition du Haut-Conseil à l'Intégration utilisés pour le recensement démographique (Insee). Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.
- **Étranger** : personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique. L'expression « **étranger malade** » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.
- **Exilé** : personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, terme évoquant notamment les conséquences psychologiques des migrations forcées.
- **Demandeur d'asile** : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.
- **Réfugié** : personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordé/e par l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la Commission des recours des réfugiés (Cour nationale du droit d'asile depuis le 20 novembre 2007).
- **Sans-papiers** ou **Clandestin** : étranger en séjour irrégulier. Ces termes sont destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») ou légitime (attaches en France du « sans-papiers ») de la présence de la personne.

Populations d'étrangers et immigrés résidant en France

Sources : Rapport DPM 2006, Insee 2006, ministère de l'Intérieur 2006
Estimation : 300 000 étrangers en séjour irrégulier nés à l'étranger



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

Sources : Ministère de l'Intérieur décembre 2005, Ofpra 2006

Région d'origine	Total titres de séjour	Reconnus réfugiés	Documents provisoires	Demandeurs d'asile	Etrangers malades	Total exilés * en séjour régulier
Afrique Australe	2%	<1%	4%	1%	3%	5 420 (10%)
Afrique centrale	5%	15%	12%	16%	25%	46 448 (37%)
Afrique de l'Est	<1%	2%	1%	2%	<1%	3 357 (55%)
Afrique du Nord	53%	1%	26%	3%	22%	43 627 (4%)
Afrique de l'Ouest	8%	8%	14%	11%	29%	40 350 (21%)
Amérique du Nord	4%	2%	7%	6%	4%	18 165 (20%)
Amérique du Sud	2%	1%	2%	1%	2%	4 707 (9%)
Asie centrale	<1%	2%	1%	1%	<1%	3 527 (89%)
Asie de l'Est	6%	25%	7%	4%	3%	44 171 (30%)
Asie du Sud	2%	14%	4%	14%	2%	27 576 (50%)
Europe de l'Est	13%	27%	20%	40%	8%	77 635 (25%)
Moyen-Orient	2%	3%	4%	1%	2%	7 784 (17%)
Océanie	<1%	0%	<1%	0%	<1%	210 (6%)
Effectifs (100%)	2 294 506	123 253	136 531	39 332	23 591	322 977 (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.

d'un million de personnes vulnérables sur le plan de la santé : réfugiés, demandeurs d'asile et autres étrangers en séjour précaire, incluant le nombre de « déboutés » et « sans-papiers » généralement estimé à 300 000.

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 (40% des demandeurs d'asile, 27% des réfugiés), Afrique centrale (25% EM, 16% des demandeurs d'asile), Asie de l'Est (25% des réfugiés, 7% DP), Afrique du Nord (26% DP, 22% EM), Afrique de l'Ouest (29% EM, 14% DP), Asie du Sud (14% des réfugiés, 14% DA), et Amérique du Nord (7% DP, 6% DA). 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 RESIDENCE

En 2007, le Comede a accueilli 4 860 patients (4 725 au Centre de santé et 152 à l'Espace Santé Droit), dont 71% sont des nouveaux patients. S'agissant du Centre-ressources, les 2 800 appels traités dans le cadre des permanences téléphoniques ont directement concerné 1 999 personnes, ce qui porte le total d'exilés soutenus par le Comede à près de 7 000 dans l'année.

Pour la moitié des patients, l'**orientation** vers le Comede est due à des relations personnelles (50%), plus souvent des amis, proches et/ou compatriotes que des membres de la famille pour ces personnes très souvent « isolées ». La part de ce mode d'orientation a nettement diminué depuis 4 ans (67% en 2003) au profit d'une orientation en « 2^{ème} recours » de personnes déjà soutenues par les associations spécialisées (29%, dont France Terre d'Asile 9% et Cimade 6%), les services de l'Etat (9%),

les avocats (6%) et les services de santé (4%). 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 Centre de santé page 39). S'agissant des permanences téléphoniques, on observe une proportion plus importante qu'au niveau des consultations d'exilés soutenus par un service de santé (19%) et un service de l'Etat (16%). Les femmes sont plus souvent que les hommes orientés sur le Comede par une association (35%), un service de l'Etat (13%) et un service de santé (6%). Les exilés originaires d'Afrique de l'Ouest sont plus souvent orientés par une association (41%) et un avocat (8%); ceux d'Afrique centrale par un service de l'Etat (14%) et un service de santé (6%); ceux d'Asie du Sud par des relations personnelles (78%). Parmi l'ensemble des patients du Comede, les 152 personnes accueillies à l'Espace Santé Droit ont été majoritairement orientées par des associations (86%), et des services de santé (8%).

La **résidence** des patients du Centre de santé du Comede se situe très majoritairement en région Ile-de-France (voir tableau infra). Sur un plan administratif, 96% d'entre eux y ont leur adresse, dont 29% à Paris, 22% en Seine-Saint-Denis, et 18% 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 2007 dans 295 communes et 41 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 des permanences téléphoniques sont plus souvent domiciliés à Paris (38%), en Seine-Saint-Denis, dans le Val-de-Marne (12%), les Hauts-de-Seine (6%), l'Essonne (5%), le Val-d'Oise (5%), la Seine-et-Marne (4%), les Yvelines (2%) et en Région Rhône-Alpes (2%).

Mode d'orientation vers le Comede

Détail pour les occurrences ≥1%	Centre de santé	Centre- ressources
Avocats et CRR/CNDA	6%	4%
Associations de soutien	29%	23%
Aftam	1%	<1%
Cafda	2%	1%
Cimade	6%	5%
Dom'asile	2%	<1%
Enfants du Monde/EMDH	1%	<1%
France terre d'asile	9%	1%
Gisti	1%	1%
Médecins du monde	1%	1%
Secours catholique/Cedre	2%	<1%
Collectifs	<1%	1%
Recherche et formation	<1%	1%
Relations personnelles	50%	36%
Ami, proche, compatriote	44%	13%
Famille	5%	6%
Patient du Comede	-	13%
Site internet	1%	<1%
Services de l'Etat	9%	16%
Anaem	1%	<1%
AS Ville	2%	2%
Cada	4%	3%
Centre de rétention CRA	<1%	1%
Ofpra	1%	<1%
Préfecture	1%	<1%
Sécurité sociale	<1%	1%
Services de santé	4%	19%
Hôpital	3%	6%
Médecin Ville	1%	2%

Lieu de domiciliation des patients et usagers

Régions et Départements >1%	Centre de santé	Centre- ressources
Bretagne	<1%	1%
Centre	1%	<1%
Ile-de-France	96%	86%
75-Paris	29%	38%
77-Seine-et-Marne	3%	4%
78-Yvelines	4%	2%
91-Essonne	5%	5%
92-Hauts de Seine	6%	6%
93-Seine-Saint-Denis	22%	12%
94-Val-de-Marne	18%	12%
95-Val d'Oise	9%	5%
Languedoc-Roussillon	<1%	1%
Midi-Pyrénées	<1%	1%
Nord-Pas-de-Calais	<1%	1%
PACA	<1%	1%
Picardie	1%	<1%
Rhône-Alpes	<1%	2%
Divers autres	<1%	6%

LES EXILES SOIGNES ET SOUTENUS PAR LE COMEDE

Accueillis en 2007 à Bicêtre et/ou à Aubervilliers, **les 4 860 patients du Comede sont originaires de 100 pays**, principalement de 11 régions :

- ❶ Afrique de l'Ouest (1 353 patients, dont 341 Maliens, 236 Mauritaniens, 226 Guinéens et 221 Ivoiriens) ;
- ❷ Asie du Sud (1 281, dont 785 Sri-Lankais [Tamouls] et 380 Bangladais) ;
- ❸ Afrique centrale (1 147, dont 665 Congolais/RD, 180 Congolais et 160 Camerounais) ;
- ❹ Europe de l'Est (420, dont 219 Turcs [Kurdes]) et 103 Russes/Tchéchènes ;
- ❺ Afrique du Nord (240, dont 183 Algériens) ;
- ❻ Caraïbes (106, dont 104 Haïtiens) ;
- ❼ Asie centrale (76, Mongols, Afghans) ;
- ❽ Moyen-Orient (65, Egyptiens, Iraniens) ;
- ❾ Afrique de l'Est (62, Soudanais, Ethiopiens) ;
- ❿ Asie de l'Est (32, Chinois) ;
- ⓫ Afrique Australe (34, Malgaches, Comoriens).

Les 25 principales nationalités des patients accueillis au Comede

Nationalité	N	Age	Femmes
Sri Lanka	785	31 ans	18%
Congo RD	665	34 ans	49%
Bangladesh	380	31 ans	3%
Mali	341	34 ans	22%
Mauritanie	236	35 ans	10%
Guinée Conakry	226	29 ans	33%
Côte d'Ivoire	221	32 ans	36%
Turquie	219	29 ans	15%
Algérie	183	41 ans	38%
Congo	180	35 ans	43%
Cameroun	160	35 ans	55%
Haïti	104	34 ans	40%
Russie/Tchéch.	103	38 ans	36%
Sénégal	91	39 ans	29%
Nigeria	89	30 ans	23%
Angola/Cabinda	81	35 ans	28%
Pakistan	60	36 ans	6%
Inde	51	33 ans	5%
Sierra Leone	43	32 ans	25%
Maroc	40	37 ans	49%
Mongolie	37	33 ans	50%
Togo	36	36 ans	38%
Afghanistan	29	23 ans	0%
Rwanda	24	24 ans	44%
Egypte	24	36 ans	12%

Les augmentations les plus importantes par rapport à 2006 concernent huit nationalités : Russie/Tchéchénie (+82%), Algérie (+46%), Congo (+27%), Mali (+20%), Cameroun (+19%), Bangladesh (+15%), Sri Lanka (+14%), et Côte d'Ivoire (+12%). On observe également la diminution notable des ressortissants de l'Inde (-26%), d'Angola/Cabinda (-14%), de Haïti (-18%), du Pakistan (-13%), et de Turquie (-12%). Sur les 7 dernières années, le Comede a accueilli plus de 4 000 Sri-Lankais et Congolais/Zaïrois, plus de 2 000 Bangladais, plus de 1 000 Turcs, Mauritaniens et Maliens.

Si les hommes sont plus nombreux (71%), la proportion de femmes augmente régulièrement depuis 2003 (de 23% à 29% en 2007). Les patients du Comede sont jeunes (âge médian 33 ans mi-2007), et récemment arrivés en France (médiane 1,5 an). Les femmes sont relativement plus nombreuses parmi les exilés originaires d'Afrique Australe et d'Asie de l'Est (65%), d'Afrique centrale (47%), des Caraïbes (40%), et d'Afrique du Nord (38%). Les patients originaires d'Afrique de l'Est sont les plus jeunes (28 ans), ceux d'Afrique du Nord et d'Afrique Australe les plus âgés (40 ans). Les patients d'Asie du Sud, du Moyen-Orient et d'Afrique de l'Est s'adressent au Comede plus tôt après l'arrivée en France (médiane 10 mois), ceux d'Afrique du Nord, d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique Australe plus tard que les autres (médiane 3 ans, $p < 0,001$). Enfin, la proportion d'anciens patients encore accueillis en 2007 est plus importante parmi les ressortissants d'Afrique centrale (35%) et d'Afrique de l'Ouest (33%), notamment dans le cadre de prises en charge psychothérapeutiques et socio-juridiques de moyen terme.

Ouvert en septembre 2007 en partenariat avec la Cimade, **l'Espace Santé Droit a accueilli 152 migrants**, dont 17 étaient également suivis au Centre de santé à Bicêtre. Ces 152 patients sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (47%, dont 32 Maliens), d'Afrique du Nord (24%, dont 24 Algériens) et d'Afrique centrale (16%, dont 11 Camerounais). La proportion de femmes accueillies y est plus importante qu'au Centre de santé (34% vs

29%), et l'âge médian plus élevé (39 ans vs 33 ans), en raison d'un « recrutement » qui favorise les exilés atteints de maladie chronique (voir Groupes vulnérables page 17). L'ancienneté de résidence en France est de 5,5 ans (durée médiane), ce qui témoigne de la précarité du séjour de ces « étrangers malades » qui ont sollicité le soutien de la Cimade et du Comede en raison des difficultés persistantes qu'ils rencontrent pour faire valoir leurs droits à la santé.

Les **exilés informés et soutenus dans le cadre des permanences téléphoniques** du Comede (1 999 situations documentées sur ce plan, voir Centre-ressources page 48) sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (27%, Mali, Côte d'Ivoire, Guinée, Mauritanie, Sénégal), d'Afrique centrale (24%, Congo RD, Cameroun, Congo, Angola), d'Afrique du Nord (20%, Algérie, Maroc, Tunisie), d'Europe de l'Est (9%, Turquie, Russie/Tchéquie), ainsi que du Sri Lanka, de Roumanie et de Haïti. L'âge médian est de 35 ans. La proportion de femmes (39%), de personnes âgées de plus de 60 ans (8%), et de mineurs (7%) est plus importante que celles observées parmi les patients accueillis au Centre de santé ou à l'Espace Santé Droit.

GROUPES VULNERABLES

La population accueillie au Comede est constituée des exilés les plus vulnérables sur le plan de la santé. Ce sont pour la plupart des **demandeurs d'asile** « isolés », séparés des membres de la famille (parmi les patients du Centre de santé, seuls 35% 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 29% de la file active du Comede (1 403 patientes en 2007). Principalement originaires d'Afrique centrale (39%, dont Congo RD 23%, Cameroun et Congo 6%), d'Afrique de l'Ouest (24%, dont Côte d'Ivoire 6%, Mali et Guinée 5%), d'Asie du Sud (12%, dont Sri Lanka 10%), d'Europe de l'Est (8%), et d'Afrique du Nord (6%, dont Algérie 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 cardio-vasculaires ($p < 0,001$), toutes affections particulièrement fréquentes parmi les exilés d'Afrique centrale, principale région d'origine pour les femmes accueillies au Comede. 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 **enfants** de moins de 10 ans ont été soignés en 2007, accompagnés le plus souvent de leur mère. Ils sont principalement originaires d'Afrique centrale, d'Asie du Sud et d'Afrique de

Catégories administratives vulnérables

Sur un plan administratif, le statut des exilés varie au cours des mois selon les pratiques des préfectures et des instances de reconnaissance du statut de réfugié. Le Guide Comede recense ainsi 22 documents administratifs distincts dont la connaissance de la signification par les intervenants détermine l'efficacité de la prise en charge médico-psycho-sociale (Guide 2008, annexes, 394-415). Au sein du Comede, les proportions des catégories administratives les plus vulnérables sont évaluées par une enquête annuelle sur les dossiers médicaux. Un échantillon aléatoire constitué de 376 consultations de médecine en 2007 retrouve ainsi :

- 2% de réfugiés titulaires d'une carte de résident (1%) ou du récépissé de demande de carte (1%) ;
- 77% de demandeurs d'asile titulaires du récépissé (52%), de l'autorisation provisoire de séjour (3%), d'une « convocation préfecture » (3%), en « procédure prioritaire » (1%), ou « rejetés » par l'Ofpra et « déboutés » par la CRR/CNDA (18%) ;
- 17% d'autres étrangers malades titulaires de la carte de séjour temporaire (1%) ou « sans-papiers » (16%),
- et 3% de mineurs, le plus souvent mineurs étrangers isolés.

l'Ouest. 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). Sur les 7 dernières années, un tiers des enfants accueillis au Centre de santé du Comede étaient atteints d'une maladie chronique ou risque médical grave.

Le Comede a accueilli 109 **mineurs** étrangers âgés de 10 à 17 ans (-7% par rapport à 2006), dont 59 mineurs étrangers isolés). Exilés en France depuis seulement 6 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). Originaires de 39 pays (en premier lieu Congo/RD, Mali, Afghanistan et Guinée Conakry), majoritairement des garçons (68%), ils souffrent en particulier de psychotraumatisme grave, d'hépatite B chronique, 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 psychosocial, les mineurs étrangers isolés sont systématiquement « Patients à suivre » au Comede, avec désignation d'un médecin référent (voir page Suivi médical page 43).

Enfin, 80 patients **âgés de plus de 60 ans** ont été accueillis en 2007 (-24%). Principalement originaires d'Afrique centrale (36%), d'Asie du Sud (22%) et d'Afrique du Nord (20%), femmes pour les deux-tiers, plus récemment exilés (médiane 1,2 ans de résidence en France), 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 (86 pour mille), les maladies cardiovasculaires (67), l'hépatite B (49), l'infection à VIH (30), et l'hépatite C (23) sont particulièrement fréquents.

Parmi ceux d'Afrique de l'Ouest, c'est le cas de l'hépatite B (115), de la bilharziose urinaire (45), de l'asthme persistant (22) et de l'infection à VIH (14). Parmi ceux d'Afrique du Nord, c'est le cas du psycho-traumatisme grave (88), du diabète (58), et des maladies cardiovasculaires (53). Parmi les exilés originaires des autres continents, on observe la prévalence particulièrement élevée de l'infection à VIH (14) et de la tuberculose (11) pour Haïti ; de l'hépatite C pour l'Europe de l'Est (20) ; de l'hépatite B (71) pour l'Asie de l'Est ; et enfin du diabète (44) et de l'anguillulose (31) pour l'Asie du Sud ■



Epidémiologie, prévention et bilan de santé

(Indicateurs pages 59 et 60)

L'expérience de l'exil et de la violence 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.

ANTECEDENTS DE VIOLENCE ET DE TORTURE

La moitié des patients du Comede ont eu à subir des **violences** (54% définition OMS, 2002) dans leur pays d'origine, et un quart ont eu à subir la **torture** (23% définition ONU, 1984). La violence est plus fréquemment évoquée par les exilés

originaires d'Asie du Sud (75%, surtout Sri Lanka et Bangladesh), d'Afrique de l'Est (62%, principalement Soudan), d'Europe de l'Est (57%, Turquie, Russie/Tchéquie), ainsi que de Guinée Conakry, du Togo, de Mauritanie et des deux Congo. Les victimes de torture sont proportionnellement plus nombreuses parmi les personnes d'Asie du Sud (Sri Lanka 53%), d'Afrique de l'Est (Soudan 31%), et d'Afrique centrale (Congo RD 28%, Cameroun 23%), ainsi que de Guinée Conakry (38%), de Mauritanie (32%), du Togo (28%), et de Turquie (25%). Un certificat médical destiné à la procédure d'asile a été délivré pour 21% 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. 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).

Le risque de **psycho-traumatisme** grave est 2,3 fois plus élevé lorsqu'il existe un antécédent de violence, et 2,8 fois plus lorsque 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-

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

Nouveaux patients vus en médecine, 2006-2007 – Des enquêtes annuelles effectués sur 300 dossiers tirés au sort permettent de corriger la sous-évaluation des facteurs de risque Violence et Torture par les médecins.

Indicateurs	Total	Principales régions d'origine							
		AFC	AFE	AFN	AFO	ASC	ASS	CAR	EUE
ATCD Violence	54%	50%	62%	10%	51%	27%	75%	50%	57%
ATCD Torture	23%	23%	28%	4%	19%	9%	34%	6%	22%
Certificat asile	21%	14%	33%	1%	18%	12%	35%	18%	37%
Psycho-trauma	10%	14%	13%	7%	9%	2%	6%	7%	17%
effectifs	7 244	1 641	109	236	1 788	149	2 175	175	570

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

Antécédents de violence et de torture parmi les 20 principales nationalités

Nouveaux patients vus en médecine, 2006-2007

Nationalité	Effectif	Violence	Torture
Sri Lanka	1057	82%	53%
Guinée C.	261	72%	38%
Soudan	43	72%	31%
Togo	41	68%	28%
Turquie	344	61%	25%
Russie/Tch.	127	60%	21%
Mauritanie	222	59%	32%
Bangladesh	651	59%	9%
Congo RD	694	54%	28%
Congo	134	54%	22%
Côte d'Ivoire	224	51%	15%
Haïti	172	50%	6%
Nigeria	154	40%	9%
Cameroun	211	38%	23%
Angola/Cab.	138	36%	19%
Sierra Leone	53	33%	15%
Afghanistan	61	28%	11%
Pakistan	93	27%	5%
Inde	105	26%	21%
Mongolie	73	24%	5%

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 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 Droit de la santé page 31).

PREVENTION ET BILAN DE SANTE

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 43). 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 édité par le Comede, la DGS et l'Inpes (voir Publications page 61), est remis à tous les patients, 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 du Groupement régional de santé publique (GRSP d'Île-de-France), de l'Inpes et de Sidaction.

Le **bilan de santé** recommandé selon le pays d'origine a été effectué pour 82% des patients du Centre de santé (2 790 bilans chez des nouveaux patients en 2007, parfois complété lorsque certains examens avaient déjà 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 (2 448 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 2007, les 1 869 Patients à suivre représentent 38% de la File active du Comede (incluant l'Espace Santé Droit) et utilisent 50% des consultations. Ils requièrent la vigilance quotidienne du Suivi médical 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'**Education thérapeutique en langue étrangère** pour des patients atteints de

diabète de type 2, d'hypertension artérielle ou d'asthme. Ces consultations sont également dédiées aux patients francophones ou anglophones atteints de ces maladies chroniques mais qui se trouvent éloignés du système de soins ou de prévention du fait de leur exil et de leur séjour précaire. Au total, 218 consultations d'Education thérapeutique ont été effectuées, ainsi que 58 consultations d'Education pour la santé sur le plan diététique, outre les ateliers de diététique proposés aux patients dans l'attente de leur consultation médicale. Ces consultations permettent de renforcer les informations données lors de la consultation médicale et d'accorder une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé, ceci en dépit des conditions socio-économiques très difficiles. Le travail de contact téléphonique et postal, effectué avant et après la consultation par le médecin et l'infirmière, permet d'améliorer considérablement la motivation du patient et de veiller à la reprise éducative. Le recours à l'interprétariat professionnel, essentiel à la relation thérapeutique et pédagogique, doit être préparé par l'information et l'implication préalable de l'interprète sur les objectifs spécifiques de la consultation.

Les consultations d'Education thérapeutique sont effectuées par un médecin et une infirmière de santé publique et dispensées en 10 langues : Français, Anglais, Arabe, Russe ainsi qu'avec un interprète professionnel en bangali, hindi, ourdou, pular, soninke et tamoul. Le recrutement des patients s'effectue par le biais des consultations médicales, infirmières et du Suivi médical. Transversale et pluridisciplinaire, la démarche éducative se développe en quatre étapes : diagnostic éducatif, négociation d'objectifs, intervention éducative et évaluation des résultats et reprise éducative sur plusieurs mois voir plusieurs années pour certains patients. Le rythme des consultations est à adapter en fonction des besoins de chaque patient et bien sûr des possibilités d'interprétariat. Dans la démarche d'Education thérapeutique pour le patient exilé, utiliser les ressources du système de santé, faire valoir ses droits, avoir une bonne observance

Bilan de santé proposé au Comede

Examen	AFA AFC ANT ASE	AFE AFO	AFN	ASS	AUT
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 22)

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

médicamenteuse quand les objectifs comportementaux restent difficiles à mettre en œuvre pour certains, sont les compétences spécifiques à acquérir et maintenir.

PRINCIPALES AFFECTIONS DEPISTÉES

Les informations relatives aux bilans de santé et à la continuité des soins des Patients à suivre sont enregistrées et quotidiennement mises à jour par le Suivi médical au moyen d'un programme informatique développé par le Comede. 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 (27%, essentiellement des psycho-traumatismes), maladies infectieuses et parasitaires (34%), autres affections chroniques et risques médicaux graves (39%). 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 repérage des affections par les médecins, mais les indicateurs disponibles sont significatifs de la diversité pathologique et de l'évolution épidémiologique (voir Annexes page 60 et tableau page suivante). Dix affections représentent 81% des motifs de suivi au Comede en 2007,

Taux de prévalence observés au Comede par région et pays d'origine
Taux pour 1000 personnes, parmi 21 742 patients accueillis en médecine 2001-2007
Les cases foncées ■ signalent les taux de prévalence supérieurs au taux global

Région & Pays effectif	ANG	AST	BIL	DIA	MCV	PSY	TUB	VHB	VHC	VIH
Taux global (effectif 21 742)	20	14	12	29	42	61	8	51	15	13
<i>Taux global France OMS</i>	*	nc	**	38	nc	nc	0,09	7	8	2
<i>Taux global Monde OMS</i>	*	nc	**	30	nc	nc	2,4	58	31	7
Afrique centrale 5 754	24	8	2	26	71	91	13	52	24	32
Angola/Cabinda 679	38	1	3	20	54	78	24	58	38	14
Cameroun 403	15	10	2	32	80	107	8	94	44	62
Congo 677	9	9	4	35	59	92	12	53	16	28
Congo RD 3 805	27	10	1	27	78	93	12	44	23	30
Rwanda 78	26	13	13	13	90	179	13	13	13	115
Afrique de l'Est 153	20	7	7	0	13	124	13	26	13	13
Soudan 58	34	17	17	-	-	69	17	34	-	-
Afrique du Nord 487	*	22	**	68	62	103	5	13	11	2
Algérie 399	*	22	**	65	60	108	2	2	5	2
Maroc 54	*	-	**	111	56	69	17	-	17	-
Afrique de l'Ouest 4 979	12	23	47	19	36	57	7	121	7	16
Côte d'Ivoire 531	13	17	4	28	48	87	-	142	23	41
Guinée Bissau 73	55	14	27	-	41	27	27	96	14	28
Guinée Conakry 656	26	6	9	17	33	134	9	116	7	16
Mali 1 030	1	41	101	23	36	17	11	158	5	11
Mauritanie 1 652	2	20	64	6	24	24	8	109	3	9
Nigeria 265	26	23	4	23	38	98	7	72	7	19
Sénégal 287	17	35	35	28	52	21	3	129	7	3
Sierra Leone 219	50	9	13	-	36	105	4	96	-	23
Togo 90	1	33	-	78	100	144	-	56	-	-
Asie centrale 204	*	5	**	5	29	29	5	93	108	-
Afghanistan 73	*	-	**	-	14	41	-	-	27	-
Mongolie 94	*	11	**	11	32	11	11	191	191	-
Asie de l'Est 217	9	14	**	19	41	32	9	79	14	-
Chine 143	-	14	**	7	21	21	14	77	-	-
Asie du Sud 6 679	32	16	**	45	32	35	6	10	7	-
Bangladesh 1 963	59	14	**	49	26	16	2	26	3	-
Inde 453	4	16	**	29	47	29	18	9	6	-
Pakistan 320	12	44	**	53	38	19	19	25	106	-
Sri Lanka 3 932	22	15	**	45	32	46	5	1	2	-
Caraïbes 522	10	5	**	40	31	59	12	25	4	16
Haïti 520	9	5	**	40	31	59	12	25	4	16
Europe de l'Est 2 418	*	4	**	7	12	61	3	36	21	<1
Arménie 53	*	-	**	-	38	38	-	-	57	-
Géorgie 78	*	13	**	-	13	64	-	13	192	-
Moldavie 104	*	9	**	9	29	29	19	77	77	-
Russie/Tchéchénie 220	*	10	**	10	18	105	0	14	59	4
Ukraine 75	*	-	**	13	-	13	-	27	27	-
Turquie 1 768	*	3	**	7	8	58	3	39	-	-
Moyen-Orient 103	*	-	-	10	39	97	-	19	97	-

* ANG Anguillulose intestinale, présente en zone inter-tropicale, AST Asthme persistant, ** BIL Bilharziose Urinaire, présente en Afrique et en méditerranée orientale, DIA Diabète, MCV Maladies cardio-vasculaires, dont hypertension artérielle, PSY Psycho-traumatisme sévère, TUB Tuberculose, VHB Hépatite B chronique, VHC Hépatite C chronique

caractérisés dans la suite de ce chapitre par nombre décroissant de cas :

- **Psycho-traumatisme** : 507 patients, 5% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Est (taux de 178 pour 1000 chez les femmes vs 102 chez les hommes), d'Afrique du Nord (femmes 157, hommes 82), d'Afrique centrale (femmes 95, hommes 88), et du Moyen-Orient (97) ; ainsi que parmi les femmes d'Afrique de l'Ouest (142), d'Europe de l'Est (110) et d'Asie du Sud (93). Prévalence stable chez les nouveaux patients.

- **Hépatite chronique B** : 415 patients, 6% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 84, hommes 128), d'Asie centrale (femmes 153, hommes 69), d'Asie de l'Est (femmes 64, hommes 89) et d'Afrique centrale (femmes 32, hommes 67). Augmentation non significative de la prévalence chez les nouveaux patients.

- **Maladies cardio-vasculaires** : 284 patients, 39% des diagnostics connus au pays. Plus fréquents parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 88, hommes 57) et d'Afrique du Nord (femmes 74, hommes 58) ; ainsi que parmi les femmes d'Asie de l'Est (74), d'Asie du Sud (69) et d'Afrique de l'Ouest (58). La diminution de la prévalence (-14%, $p=0,09$) accompagne celle des nouveaux patients originaires d'Afrique centrale.

- **Diabète** : 197 patients, 48% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (femmes 74, hommes 66), d'Asie du Sud (femmes 82, hommes 40) et de Haïti (femmes 28, hommes 49) ; ainsi que parmi les femmes d'Afrique de l'Ouest (33). Augmentation non significative de la prévalence.

- **Hépatite chronique C** : 111 patients, 9% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Asie centrale (femmes 152, hommes 90), du Moyen-Orient (97), d'Europe de l'Est (femmes 35, hommes 18) et d'Afrique centrale (femmes 31, hommes 19). Prévalence stable.

- **Asthme persistant** : 95 patients, 67% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 21, hommes 23), d'Afrique du Nord (femmes 25, hommes 22), d'Asie du Sud (femmes 20, hommes 16) et d'Asie de l'Est (femmes 21, hommes 8). Augmentation non significative de la prévalence.

- **Anguillulose intestinale** : 88 patients, 1% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Asie du Sud (femmes 1, hommes 36), d'Afrique centrale (femmes 7, hommes 38) et d'Afrique de l'Est (femmes 22, hommes 19). L'augmentation de la prévalence (+59%, $p=0,06$) accompagne celle des nouveaux patients originaires d'Asie du Sud.

- **Infection à VIH-sida** : 47 patients, 6% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 47, hommes 19), d'Afrique de l'Ouest (femmes 30, hommes 12) et de Haïti (femmes 20, hommes 11). Augmentation non significative de la prévalence.

- **Bilharziose urinaire** : 30 patients, 1% des diagnostics connus au pays. Très fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 7, hommes 55). Diminution non significative de la prévalence.

- **Tuberculose** : 29 patients, 5% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 9, hommes 16), d'Afrique de l'Est (13), de Haïti (femmes 4, hommes 19) et d'Asie de l'Est (9). Ainsi que chez les hommes d'Afrique de l'Ouest (9). Diminution 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).

- **Parmi les autres affections graves**, on observe la fréquence relativement élevée de la bilharziose intestinale (6 pour 1000), des pathologies thyroïdiennes (4), de l'épilepsie (3), des traumatismes locomoteurs (2), des cancers

(2), des pathologies rénales (2) 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 ou l'infection par le VIH. Les Patients à suivre consultent 5,1 fois en moyenne sur la période, au cours de laquelle 55% d'entre eux bénéficient d'un suivi conjoint par un médecin spécialiste le plus souvent à l'hôpital.

En 2006, la prise en charge de 984 Patients à suivre s'est terminée au Comede (« fin de suivi »). **La continuité des soins** a été assurée pour 85% d'entre eux : 735 patients ont bénéficié d'un relais médico-social proche de leur lieu de résidence (souvent auprès d'un service hospitalier), 98 ont guéri (parasitose, psycho-trauma, tuberculose, hépatite...), alors que 2 patients sont retournés librement au pays d'origine (une Congolaise RD de 77 ans résident en France depuis 3 ans et suivie pour hypertension artérielle et hépatite C ; une Angolaise de 65 ans résident en France depuis moins d'un an et suivie pour les 2 mêmes pathologies). Les échecs concernent 148 patients perdus de vue malgré les relances téléphoniques et postales du Suivi médical. Un patient guinéen de 25 ans, résidant en France depuis un an et suivi pour une hépatite chronique B, a été reconduit à la frontière (sur 21 sollicitations téléphoniques du Suivi médical du Comede depuis les Centres de rétention administrative). Aucun cas de décès n'a été constaté en 2007. Si l'on regarde les causes caractérisées de rupture de suivi au cours des 7 dernières années parmi les 6187 patients en « fin de suivi », les médecins du Suivi médical ont relevé le retour volontaire au pays de 22 patients, le décès de 9 autres, et enfin l'éloignement de 3 étrangers malades malgré la prise en charge médicale effectuée par le Comede.

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 25). Dans le cas des psycho-traumatismes, la prise en charge psychologique s'est achevée en 2007 au Comede pour 298 patients. La thérapie était considérée comme terminée (« guérison ») pour 58% et interrompue (« suspension ») pour 42% 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.

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. Mais d'autres actions de santé restent à développer pour protéger les populations exilées les plus vulnérables sur le plan des traumatismes et de la maladie (voir supra et Démographie page 13), notamment les femmes plus souvent atteintes que les hommes de psycho-traumatisme, infection à VIH, hépatite C chronique et maladies cardio-vasculaires. Des actions de dépistage et de prévention secondaire doivent être conduites en priorité face à l'impact des psycho-traumatismes et des hépatites virales chroniques chez les exilés récemment arrivés en France, prenant en compte à la fois les phénomènes de violence et les données d'épidémiologie médico-psycho-sociale ■



Accès aux soins et protection maladie

(Indicateurs page 25)

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 mars 2008) 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 33), celle du droit aux soins est l'un des axes majeurs des actions du Comede et de ses partenaires associatifs de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (voir ODSE page 30).

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 au cours des dernières années, 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 faveur de l'accès aux soins ont poursuivi leur progression, avec notamment l'ouverture de l'Espace santé droit en septembre 2007 à Aubervilliers en partenariat avec la Cimade (voir page 45). Pour ces actions, le Comede bénéficie en particulier

de subventions de la Drass dans le cadre du GRSP, ainsi que du Conseil Régional d'Ile-de-France.

ACTIONS DU COMEDE

En 2007, 52% des nouveaux patients du Centre de santé (Bicêtre) 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, 61% des consultants du Centre de santé ont finalement bénéficié d'une protection maladie intégrale**, par la CMU complémentaire (CMU-C, 45%) ou l'Aide médicale Etat (AME, 16%) ; alors que 1% des patients étaient exonérés du ticket modérateur pour les soins relatifs à une Affection de longue durée (ALD, 1%). Les consultations médicales et infirmières sont effectuées sans remboursement dans 39% des cas (7 333 consultations « gratuites » sur l'année), en totalité (32% des consultants sont également dépourvus de protection de base) ou pour la part complémentaire (7% ont la base sans la Complémentaire). La pratique des examens complémentaires lors des bilans de santé initiés par le Comede (2 909 patients), la délivrance gratuite de médicaments (918 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 les recours pratiques et juridiques en cas d'obstacles à l'accès aux soins :

- **Guide Comede**, section Accès aux soins (www.comede.org)
- **Permanence téléphonique** de l'Accès aux soins ☎ 01 45 21 63 12

Pour tous les patients du Centre de santé dépourvus de protection complémentaire, le **service Accueil délivre une information et un formulaire-Comede personnalisé** à l'attention du Centre de sécurité sociale (CSS) de secteur (**1 865 nouveaux patients orientés en 2007**). Le livret de santé bilingue (voir Centre-ressources page 47) 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 8% 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 (149 fois sur l'année). En cas de blocage, les médecins, infirmiers et assistants socio-juridiques doivent intervenir par téléphone auprès du CSS, des « plateformes » et, en cas de blocage persistant, de la direction de la CPAM concernée.

Ouvert en septembre 2007 à Aubervilliers, **l'Espace Santé Droit** a également soutenu 152 migrants en butte à des difficultés d'accès aux soins. Comme à Bicêtre, chaque nouveau patient se voit remettre un livret de santé bilingue personnalisé, et ouvrir un dossier sur lequel figurent l'état des droits. Les interventions en matière d'accès aux soins ont ainsi occupé une part importante des 203 consultations socio-juridiques et des 300 appels téléphoniques traités par l'équipe de la Cimade et du Comede. La fréquence et la nature des obstacles observés à l'Espace Santé Droit feront l'objet en 2008 d'une évaluation comparable à celle déjà effectuée au niveau du Centre de santé.

Au total en 2007, **l'expertise et l'intervention** des professionnels médico-sociaux en matière d'accès aux soins ont été nécessaires pour 9% des consultations du Comede, relativement plus souvent dans les consultations socio-juridiques (14%), 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 19% des démarches effectuées, soit **pour 1 patient sur 5**. Ces activités sont coordonnées par le groupe de Suivi de l'accès aux soins du Comede (SAS),

composé du Service social et juridique, du Cadre infirmier, d'un Médecin chargé du Suivi médical, de la Responsable du service Accueil et de la Responsable administrative. 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 (voir Indicateurs page 61). La permanence téléphonique est particulièrement sollicitée sur des questions d'accès aux soins par des particuliers (41% de leurs motifs d'appel), des services de l'Etat (39%), et des services de santé (32%).

OBSTACLES A L'ACCES 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 Centre de santé du Comede, les interventions en matière d'accès aux soins sont signalées sur les relevés de consultation et de permanence téléphonique, les intervenants 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. Sur l'année 2007, 784 obstacles à l'accès aux soins ont été documentés pour 231 patients. La répartition de ce sous-groupe par région d'origine (30% Afrique de l'Ouest, 28% Asie du Sud, 25% Afrique centrale, 7% Europe de l'Est), ainsi que la durée médiane de résidence en France sont comparables à celles de la file active du Comede. La proportion de femmes (33%) apparaît cependant plus élevée que celle de la file active globale (29%), même si l'écart entre les deux groupes est faiblement significatif ($p=0,09$). Le poids relatif de l'AME par rapport à la CMU-C parmi les dossiers nécessitant une intervention est nettement supérieur à la proportion des bénéficiaires au sein de la file active (39% vs 26%, $p<0,001$), écart significatif des difficultés accrues d'accès à l'AME suite aux restrictions législatives de 2002 et 2003.

Au total en 2007, **92% des obstacles** à l'accès aux soins pour ces patients **relèvent des dysfonctionnements de la Sécurité sociale**. Les difficultés d'accès au Centre de sécurité

Typologie des obstacles à l'accès aux soins pour les patients du Comede en 2007

784 obstacles documentés dans 12 départements pour 231 patients

Type d'obstacle	%
Difficultés d'accès au CSS	40%
Absence d'interprétariat	15%
Besoin d'aide au dossier	9%
Traçabilité du dossier	5%
CSS injoignable par téléphone	3%
Obstacles à la domiciliation	3%
Problème de boîte à lettre	2%
Défaut de preuve pour l'intéressé	2%
Abandon de la demande	1%

Erreurs de droit du CSS	35%
<i>Pour la Sécu et l'AME</i>	4%
Régularité de séjour CMU/AME	4%
<i>Pour la Sécu-CMU-C</i>	19%
CMU-C refus admission immédiate	5%
Attente des Assedic	3%
Régularité du séjour	2%
Exigence EAN	2%
Exigence de RIB	2%
Date d'ouverture des droits	1%
Ouverture Base & oubli CMU-C	1%
Stabilité du séjour (asile)	1%
Calcul des ressources	1%
Autres	1%
<i>Pour l'Aide médicale Etat</i>	12%
Résidence en France	4%
Refus Instruction prioritaire AME	2%
Preuves de ressources	2%
Exigence EAN	2%
« Preuve » d'irrégularité du séjour	1%
Exclusion erronée de l'AME	1%

Erreurs de procédure du CSS	16%
Délai de traitement > 2 mois	6%
Absence de reçu	4%
Dossier « perdu » par le CSS	2%
Refus Guichet AME	2%
Accord non notifié	2%

Obstacles dispositifs de soins	8%
Arrivée en France < 3 mois	3%
Facture hôpital	2%
Refus de soins « en ville »	1%
Vitale	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.

sociale de secteur (CSS) sont les plus fréquentes, principalement en raison de l'absence d'interprète pour les démarches ou d'aide insuffisante sur le « remplissage » des formulaires de demande : de nombreux patients ne trouvent pas un agent de la caisse pouvant « se débrouiller » dans une langue partagée par l'exilé. Plus d'un tiers des obstacles sont liés à des erreurs de droit, des erreurs très diverses qui témoignent à la fois de la méconnaissance du statut juridique des personnes (régularité, stabilité du séjour) et de celle des procédures d'instruction rapide des droits (refus non réglementaires d'admission immédiate à la CMU-C ou d'instruction prioritaire à l'AME). En particulier, on observe en 2007 une forte progression des obstacles à l'AME pour des raisons liées à une évaluation restrictive du critère de résidence préalable en France. Les erreurs de procédure sont également signalées dans 16% des cas, les délais de procédure, la délivrance de reçu ou encore la notification des accords n'étant pas respectés. Enfin, 8% 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 41 départements de résidence des patients de la file active du Comede en 2007. Ils sont **significativement plus fréquents** dans le **Val-de-Marne** (27% *versus* 18% de la file active), et dans les **Hauts-de-Seine** (12% *vs* 6%, $p < 0,001$). Huit ans après la réforme CMU, les CPAM du 92 et du 94 étaient toujours en 2007 dans l'incapacité d'assurer dans le délai légal, la séquence 1ère 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 utilise toujours 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. Cependant, une rencontre constructive avec la Direction de la Caisse, organisée début 2008 à la demande du Comede et soutenue par l'ODSE, devrait permettre une amélioration de la situation. Enfin, la CPAM du 75 n'a toujours 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 ont allongé 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 2007 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 (35% des consultations du Comede ont eu lieu en langue étrangère en 2007, dont 13% avec un interprète professionnel).

Lorsque les droits sont enfin ouverts, l'**absence de délivrance de la carte Vitale pour de nombreux 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, les rejets restent fréquents en 2007 parmi les CPAM des 41 départements de résidence des patients de la file active. Ces rejets sont principalement liés 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

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

Année	Bénéficiaires de la CMU-Complémentaire		Bénéficiaires de l'AME	
	n	%	n	%
2001	4 980 802		125 376	
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%
2007	4 799 838	-0,7%	183 720	-3,8%

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

« 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. La multitude des difficultés rencontrées par les consultants et des sollicitations de la part des partenaires confirme la nécessité 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 en faveur de l'accès aux soins pour toute la population doivent être poursuivies, notamment en partenariat avec les associations membres de l'ODSE ■

PRINCIPAUX PARTENARIATS ASSOCIATIFS DU COMEDE EN 2007

- **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 un accès permanent. Par ailleurs, une permanence téléphonique est accessible aux étrangers en difficulté à la frontière, et à leurs proches. L'année 2007 a été marquée par une décision importante de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) en date du 26/04/2007 au sujet d'un journaliste érythréen. Alors que les autorités françaises, à son arrivée à Roissy-CDG, avaient jugé sa demande d'asile infondée, la CEDH, saisie par l'Anafé, est intervenue en urgence pour empêcher son renvoi, puis a condamné la France pour ne pas avoir de recours suspensif contre ce genre de dysfonctionnement. Le gouvernement a alors proposé au parlement d'instaurer un recours suspensif qui fut voté en novembre mais dont les modalités pratiques s'avèrent déjà très compromettantes pour son effectivité.
- **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 2007, la CFDA a principalement consacré ses forces au travail de plaidoyer pour la sauvegarde du droit d'asile face à ce qui est devenu la réforme de l'asile et de l'immigration de novembre 2007. Dans une note intitulée « *Réforme de l'asile – un bilan critique après trois années* », la CFDA a montré au travers d'une étude des modifications apportées au régime de l'asile, que la politique de dissuasion menée en France depuis 2003 a conduit à l'adoption de mesures législatives et réglementaires particulièrement restrictives et attentatoires au droit de chacun à un examen équitable de toute demande de protection. L'ensemble des organisations membres a adopté une mise à jour du texte fondateur de la CFDA « 10 conditions minimales pour que l'asile soit un droit réel », texte désormais daté du 19 juin 2007.
- **Le Graf (Groupe asile femmes)** a été créé en juin 2005, pour promouvoir le droit d'asile des femmes persécutées en tant que femmes. Constitué des associations Amnesty International section française, la Cimade, le Comede, la Fasti, Femmes de la terre, la LDH, le Rajfire, le Graf a publié en 2007 le guide « *Droit d'asile et femmes : guide pratique* », outil d'information et de réflexion pour toutes les personnes qui veulent connaître les problématiques du droit d'asile et du genre, et agir ainsi pour la pleine reconnaissance du droit d'asile. En novembre, le « Comité d'action contre les doubles violences », agissant pour le droit au séjour des femmes migrantes confrontées aux violences sexistes et étatiques, a organisé un rencontre-débat à l'occasion de la Journée internationale contre les violences faites aux femmes. Finalement, la complémentarité de ces thématiques « séjour » et « asile » a conduit plusieurs associations à créer deux groupes correspondant aux actions et droits pour les femmes exilées et migrantes. Pour 2008, le Graf a programmé différentes actions : rencontres régionales / formations interactives, réunions d'information pour les femmes victimes de violences, conférence-débat sur le thème « Femmes, traumatisme, exil », réunion interassociative sur le danger d'excision et le droit d'asile.
- **L'ODSE (Observatoire du droit à la santé des étrangers)** a pour objectif la surveillance de l'application des textes concernant la protection maladie, ainsi que des textes régissant le droit au séjour des étrangers atteints d'affections graves. Concernant la protection sociale, l'ODSE a dû intervenir pour mettre un terme aux pratiques des Cnam refusant toute couverture aux ressortissants bulgares et roumains suite à leur entrée dans l'Union européenne. L'ODSE a produit une analyse juridique approfondie et obtenu le respect du droit des communautaires démunis à un accès à la protection maladie. En matière d'aide médicale Etat, l'ODSE s'est à nouveau mobilisé fortement contre l'intention affichée par la ministre de la Santé de mettre en place un ticket modérateur, mesure qui derrière les apparences techniques constituerait la suppression de l'accès aux soins pour étrangers démunis sans titre de séjour. En matière de droit au séjour pour raison médicale, l'ODSE est intervenu auprès du ministère de l'Immigration contre la tentative de substituer au concept « d'accessibilité » aux traitements celui de « disponibilité » notamment par la diffusion des « fiches pathologie-pays » (pays médicalement sûrs). L'ODSE a lancé une pétition nationale « *Peut-on renvoyer des malades mourir dans leur pays?* », hébergée sur le site de Médecins du Monde. L'expulsion d'étrangers malades infectés par les virus du sida ou des hépatites, contre l'avis donné par les médecins de l'administration, a nécessité des interventions publiques et un lourd travail d'interpellation du ministère de l'Immigration pour faire revenir en France les malades concernés.



Droit de la santé et expertise médico-juridique

(Indicateurs pages 59)

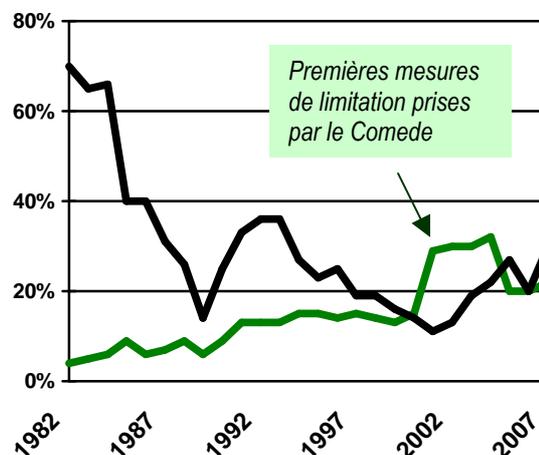
Si les effets médico-psychologiques de la crise du droit d'asile sont restés majoritairement cantonnés aux associations et services de soins spécialisés, les restrictions observées au cours des dernières années en matière de protection juridique des étrangers malades rejaillissent sur l'ensemble du corps médical, médecins praticiens et Médecins inspecteurs de santé publique (MISP), 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 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 Ceseda).

Ces sollicitations émanent à la fois des patients du Centre de santé, de l'Espace Santé Droit ainsi que des usagers du Centre-ressources. En 2007, **les consultations du Comede ont relevé d'une expertise médico-juridique dans 43% des cas**, en matière de droit d'asile (19%) et de droit au séjour des étrangers malades (Dasem, 24%). Si la demande de certificat médical destiné à l'Ofpra ou à la Commission des recours des réfugiés (CRR/CNDA) reste la plus importante numériquement, la demande de rapport pour la préfecture et de certificat pour le tribunal a continué de progresser en 2007. 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 61). 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.

CERTIFICATION MEDICALE ET DEMANDE D'ASILE

En 1992, dans une lettre-réponse adressée à la présidente du Comede qui alertait l'Office sur les dangers de l'exigence croissante du « certificat médical » pour la reconnaissance du statut de réfugié, le directeur de l'Ofpra reconnaissait : « *Il convient de réserver les demandes de certificat médical à des cas tout-à-fait exceptionnels, où l'avis d'un médecin est vraiment indispensable à la compréhension du cas, en complément de la parole du sujet et non à sa place* ». Pourtant, 29 ans après la création du Comede et dans un contexte de crise du droit d'asile (voir page 8), les problèmes posés par la certification médicale en matière de droit d'asile constituent pour l'association une « vieille histoire » d'une terrible actualité. De manière très significative dans l'observation du Comede, la pression des demandes de certificat constatant les « sévices et tortures » est d'autant plus forte que le taux de reconnaissance du statut de réfugié par l'Ofpra et la CRR est plus bas (voir graphique ci-dessous). Cette situation présente des risques majeurs pour la santé des demandeurs d'asile, mais également pour l'exercice du droit d'asile.

Evolution du taux de reconnaissance du statut de réfugié en France et du taux de délivrance de certificat médical au Comede



Dans un contexte où les demandeurs d'asile sont supposés de « faux réfugiés » jusqu'à preuve du contraire, l'exigence des « preuves » de persécutions entretient le mythe du « bon certificat de torture », selon l'expression d'un avocat sollicitant le Comede. Dans le psychodrame que constitue souvent 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 », qui constitue une dérive dans l'application de la convention de Genève – laquelle mentionne des craintes de persécutions et non des persécutions avérées - , peut avoir des effets secondaires particulièrement néfastes sur la santé des patients. Au delà de quelques semaines après les faits, la preuve médico-psychologique de torture est un mythe. La torture ne laisse le plus souvent pas de trace physique, et le traumatisme psychologique observable a de multiples causes possibles dans ce contexte d'exil et d'exclusion. En outre, la demande de certification « en urgence », induite par la réduction des délais de recours, peut réveiller ou aggraver le traumatisme psychologique, en cas de prise en charge thérapeutique « accélérée » qui ne respecte pas le rythme du patient.

En 2007, Les médecins du Comede ont délivré **773 certificats destinés à la demande d'asile**, correspondant à 22% des patients reçus en Médecine. Si elle se poursuivait, cette nouvelle augmentation (+19% par rapport à l'année précédente) contraindrait le Comede à appliquer à nouveau des mesures de limitations déjà mises en place entre 2003 et 2005 (délai maximum de rendez-vous fixé à 3 mois). Le taux d'accord des médecins du Comede face aux patients souhaitant joindre un certificat médical à leur dossier de demande d'asile est de 81%. 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 19% 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 Bangladesh (37% d'entre eux ont obtenu un certificat en 2007), du Sri Lanka (31%), de Turquie (27%), de Guinée Conakry (23%), et de Russie/Tchéquie (21%), nationalités corrélées à des antécédents de violence et torture plus fréquents (voir Epidémiologie page 19).

Enfin, le Service social et juridique du Comede intervient pour les demandeurs d'asile aux prises avec des difficultés de procédure (autorisations de séjour, documents Ofpra/CRR/CNDA, allocations, demande de Cada), outre le soutien social 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-juridique (voir page 61). En 2007, ces questions sont surtout venues des services de l'Etat (12% de leurs motifs d'appel), des services de santé (7%) et des avocats (7%).

PROTECTION JURIDIQUE DES ETRANGERS 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 2007, dans le cadre du Centre de santé, de l'Espace Santé Droit (partenariat Cimade/Comede, voir page 45), et 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 relativement les plus souvent mis à contribution sont les assistants sociaux et juridiques (69% de leurs consultations relèvent d'une expertise en matière de droit au séjour) et les médecins

(21%). Les permanences téléphoniques du Comede sont particulièrement sollicitées sur cette question par les avocats (79% de leurs motifs d'appel), associations (63%), ou des particuliers (57%).

En 2007, les médecins et les assistants sociaux ont soutenu **262 étrangers malades pour un total de 362 demandes de titre et recours**. Face à la multiplication des refus de première demande et de renouvellement de titre par les préfectures (voir Observation page 34), les interventions les plus nombreuses sont les recours contentieux (150, dont 26 soutenus par l'Espace Santé Droit). Les juridictions concernées ont été les Tribunaux administratifs (129 recours contre un refus de délivrance de titre dont 17 en référé, 8 recours contre un APRF) et les Cours administratives d'appel (13). Le Comede a également soutenu 95 premières demandes de titre pour des patients déboutés et sans-papiers, 78 demandes de renouvellement de titre, 16 recours gracieux auprès de la préfecture et du MISP, et 23 demandes à la préfecture consécutives à une annulation judiciaire du refus initial (12 injonctions à réexaminer et 11 injonctions à délivrer un titre de séjour).

L'évaluation des demandes des patients par les médecins du Comede a conduit dans 75% 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 » (voir Guide Comede 2008). C'est chez les Maliens (13% des patients de cette nationalité ont déposé une demande), Camerounais (12%), Sénégalais (12%), et Nigériens (10%) que les demandes sont les plus fréquentes. L'accord du médecin entraîne l'intervention du Service social et juridique, qui évalue préalablement les autres motifs éventuels et les critères administratifs de régularisation. Les intervenants salariés et bénévoles du Comede et de la Cimade 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, l'augmentation des recours contentieux (+38%) a entraîné en 2007 une forte progression de la charge de travail du Service social et juridique (obtention de l'aide juridictionnelle, orientation vers un avocat et suivi du dossier) ainsi que de celle des médecins chargés du Suivi médical (certification médicale destinées aux juridictions compétentes).

L'accroissement du recours aux procédures contentieuses est amené à s'amplifier, avec l'entrée en vigueur en 2007 de la réforme sur l'Obligation de quitter le territoire français (OQTF, loi de 2006), qui sanctionne désormais les refus préfectoraux de délivrance d'un titre de séjour : toute contestation doit être portée devant le Tribunal administratif et non plus par voie gracieuse ou hiérarchique. Par ailleurs, le délai de recours se trouvant réduit de deux à un mois, les patients et intervenants souhaitant engager un recours se trouvent dans la double contrainte de devoir agir plus vite pour un recours plus complexe. Enfin, les procédures d'instructions des demandes d'aide juridictionnelle (afin de permettre aux personnes démunies de financer un avocat) se sont considérablement durcies au point de générer des refus eux-mêmes objets de recours.

Enfin, de nombreuses pratiques non réglementaires des préfectures ont encore été constatées en 2007 : refus de délivrance de « récépissés de renouvellement », refus de renouvellement « au guichet » sans décision écrite, délivrance d'APS pour des étrangers résidant en France depuis plus d'un an, refus d'enregistrement d'une demande en cas d'absence de passeport, ou en cas de demande d'asile en cours, ou faute d'hébergement stable, exigence pour les personnes hébergées que l'hébergeant se présente au guichet de la préfecture sous la menace de poursuite pénale pour aide au séjour irrégulier, demandes de paiement de taxe de chancellerie au delà du tarif réglementaire... Elles feront l'objet d'un prochain rapport de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (voir ODSE page 30).

OBSERVATION DES ACCORDS ET DES REFUS

Depuis l'apparition en 2003 d'une vague de refus de délivrance de carte de séjour pour raison médicale, le Comede a mis en place un programme d'observation des réponses administratives et judiciaires aux demande de protection faites par les « étrangers malades ». L'objectif est double : informer les malades et les professionnels concernés sur les pratiques effectives, et alerter l'opinion et les pouvoirs publics sur l'évolution restrictive dans l'application du droit au séjour pour raison médicale. Les résultats suivants sont issus des données enregistrées en continu par le Comede, pour les patients soutenus dans le cadre du Centre de santé et de l'Espace Santé Droit co-animé avec la Cimade. Les critères médicaux de demande retenus par le Comede sont stables sur la période ¹.

La méthode utilisée consiste à caractériser chaque réponse préfectorale et judiciaire 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 enregistrement 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/OQTF ⁶, Décision implicite de rejet, APRF ⁷, 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

¹ Voir Guide Comede 2008, www.comede.org

² Correspondant à un accord du MISF. 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

⁷ Arrêté préfectoral de reconduite à la frontière

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 au moyen d'un programme informatique développé par le Comede.

Les données suivantes portent sur la période 2001-2007 et concernent 523 patients du Comede. Majoritairement des hommes (76%), jeunes (âge médian 38 ans), ils sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (50%), d'Afrique centrale (29%), d'Asie du Sud (9%), d'Afrique du Nord (3%) et d'Europe de l'Est (3%). Ils bénéficient d'une prise en charge médicale pour une ou plusieurs affections graves (661 au total, soit en moyenne 1,3 affection renseignée pour chaque demandeur), dont les plus nombreuses sont l'hépatite B chronique (31%), les maladies cardiovasculaires (16%), le diabète (11%), l'asthme persistant (10%), les psycho-traumatismes (7%), l'infection par le VIH (4%), l'hépatite C chronique (4%), les cancers (3%) et les traumatismes locomoteurs (3%).

Les procédures engagées ont été une première demande de carte de séjour (34%), une demande de renouvellement (29%), un recours gracieux auprès du Préfet et du Médecin (21%), un recours contentieux auprès des juridictions concernées (12%, correspondant à 158 recours auprès du Tribunal administratif, 9 auprès de la Cour administrative d'appel et 1 auprès du Conseil d'Etat), enfin le réexamen ou l'exécution par la préfecture consécutive à une annulation judiciaire du refus de séjour (3%). Les démarches ont eu lieu dans 14 départements, principalement Paris (59%), la Seine-Saint-Denis (12%), le Val-de-Marne (10%), le Val d'Oise (6%), l'Essonne (4%) et les Hauts-de-Seine (3%). L'analyse statistique croisée des réponses avec les affections en cause conduit à la constitution d'un échantillon de 1 348 enregistrements documentés sur la période 2001-2007, dont 241 en 2007.

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

Données Comede 2001-2007, 1348 enregistrements sur 14 départements pour 523 étrangers malades

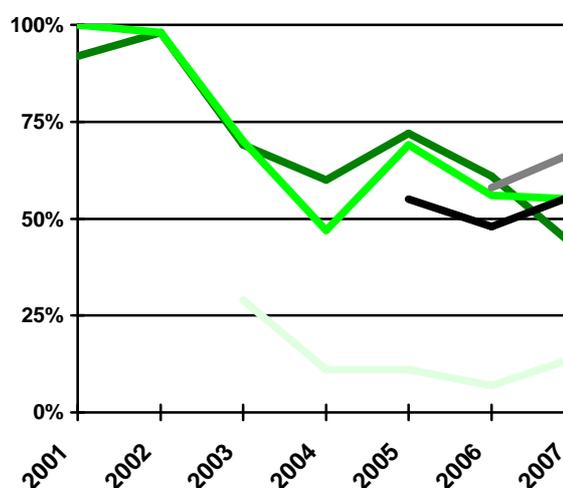
% si n>10	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
1^{ère} demande de titre								
Taux d'accord	92%	98%	69%	60%	72%	61%	43%	66%
effectif	25	44	52	78	99	85	76	459
Renouvellement								
Taux d'accord	100%	98%	70%	47%	69%	56%	55%	66%
effectif	24	42	66	66	68	71	55	392
Recours gracieux¹								
Taux d'accord	3/3	-	29%	11%	11%	7%	14%	13%
effectif	3	-	17	74	95	63	37	289
Recours contentieux²								
Taux d'accord	-	-	0/1	4/5	55%	48%	56%	54%
effectif	-	-	1	5	49	58	55	168
Exécution/réexamen³								
Taux d'accord	-	-	-	1/1	7/9	58%	67%	68%
effectif	-	-	-	1	9	12	18	40

1. 3% 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) 2. Annulation du refus de séjour par la juridiction administrative 3. 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.

En 2007, la mise en ligne sur le site intranet ministériel de « fiches-pays » recommandant aux MISP de ne pas tenir compte de l'accessibilité effective aux soins – en contradiction avec la loi, ces recommandations sont présentées comme n'ayant « aucun caractère normatif » - conduit à une nouvelle baisse des taux d'accords préfectoraux. Dix ans après la création du droit au séjour des étrangers malades, on observe pour la première fois le croisement des courbes : à l'instar des pratiques du droit d'asile, les

1 ^{ère} demande de titre de séjour
Demande de renouvellement de titre
Recours gracieux auprès de la préfecture
Recours contentieux auprès de la juridiction
Exécution/réexamen suite à une annulation



juridictions de recours apparaissent plus favorables aux étrangers malades que les administrations en charge des procédures initiales. Cette évolution étant observée hors de toute modification législative et réglementaire « officielle », 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.

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

Données Comede 2001-2007, 1348 enregistrements sur 14 départements pour 523 étrangers malades

Département & effectif	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
75 - Paris 792	94%	100%	58%	39%	49%	38%	36%	50%
77 - Seine-et-Marne 47	-	4/5	2/4	4/5	50%	6/9	43%	57%
91 - Essonne 59	1/1	-	3/4	3/3	4/6	70%	76%	75%
92 - Hauts-de-Seine 44	3/3	3/3	4/4	1/2	73%	50%	3/7	68%
93 - Seine-St-Denis 157	9/9	90%	63%	43%	45%	30%	36%	48%
94 - Val-de-Marne 130	4/4	5/5	7/7	43%	44%	76%	83%	66%
95 - Val-d'Oise 83	-	3/3	5/8	1/9	62%	48%	40%	47%
Autres 36	-	-	5/5	3/8	67%	3/5	3/6	61%
Total	96%	98%	64%	41%	51%	46%	46%	53%
effectif	52	86	136	224	320	289	241	1348

Les cases colorées □ signalent des taux inférieurs au taux global

[Tableau 2a] Les taux d'accord observés varient sensiblement dans le temps mais aussi dans l'espace, et présentent des différences significatives entre les départements. Les préfectures de Seine-Saint-Denis et de Paris - où la demande est la plus forte - sont à l'avant-garde des refus, rejoints depuis 2006 par celle du Val-d'Oise ; alors que les taux d'accord

globaux restent significativement plus élevés dans les 11 autres départements observés. Ces variations mettent en évidence des discriminations spatiales pour l'application du droit au séjour des étrangers malades : plus forte est la demande, plus restrictifs sont ses critères d'application pratique.

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

Données Comede 2001-2007, 1348 enregistrements sur 14 départements pour 523 étrangers malades

% si n > 10	Taux et effectifs			Procédure				Département			
	2007	n	01/07	1 ^{ère}	Ren	Rec G	Rec C	75	93	95	autre
Asthme	59%	133	50%	74%	61%	6%	56%	44%	50%	67%	63%
Diabète	39%	154	45%	59%	74%	8%	2/9	43%	17%	60%	66%
MCV	42%	204	55%	76%	70%	9%	50%	45%	61%	50%	75%
PSY	50%	74	55%	68%	54%	0/9	5/7	56%	40%	5/9	70%
VHB	42%	417	46%	54%	60%	13%	47%	44%	34%	30%	61%
VHC	6/9	66	68%	75%	83%	18%	73%	68%	4/4	1/1	59%
VIH	4/4	42	95%	95%	100%	1/2	1/1	90%	5/5	2/2	100%
Autres	47%	258	59%	74%	60%	27%	63%	57%	71%	1/7	60%
Total	46%	1348	53%	66%	66%	13%	54%	50%	48%	47%	66%
effectifs	241		1348	459	392	289	168	792	157	83	316

MCV Maladie cardio-vasculaire, PSY Psycho-traumatisme grave, VHB Hépatite B chronique, VHC Hépatite C chronique, VIH Infection à VIH-sida. Procédures : 1^{ère} demande, demande de renouvellement, recours gracieux, recours contentieux (TA). Les cases colorées □ signalent des taux inférieurs au taux global

[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 (Paris et Seine-Saint-Denis), de maladies cardio-vasculaires (Paris et Val-d'Oise) et d'hépatite B chronique (Val d'Oise et Seine-Saint-Denis). Signe de la précarité du séjour pour ces étrangers atteints

de maladie chronique, les demandes de renouvellement de titre n'ont pas plus souvent été accordées que les premières demandes sur l'ensemble de la période. Les recours gracieux générant des décisions implicites de rejet, les recours contentieux se sont multipliés devant la juridiction administrative (54% de décisions favorables au malade).

[Tableau 3] Taux d'accord par affection selon les principaux pays d'origine

Données Comede 2001-2007, 1348 enregistrements sur 14 départements pour 523 étrangers malades

% si n>10	01/07	ALG	BAN	CAM	CRD	CIV	GUI	MAL	MAU	PAK	SEN	SRI
Asthme	50%	2/3	77%	1/1	67%	1/3	-	34%	41%	60%	1/8	-
Diabète	45%	0/6	48%	1/4	46%	0/8	-	17%	1/1	1/1	25%	94%
MCV	55%	0/5	59%	27%	85%	2/9	1/1	38%	50%	4/8	4/8	4/5
PSY	55%	0/2	5/6	1/2	55%	0/1	¾	1/2	2/2	-	-	6/8
VHB	46%	-	63%	3/8	51%	20%	27%	51%	38%	4/4	32%	-
VHC	68%	-	7/7	50%	67%	2/4	-	1/2	-	90%	4/4	-
VIH	95%	-	-	1/1	92%	5/5	1/1	5/5	5/6	-	2/2	-
autres	59%	5/9	4/7	4/7	47%	33%	78%	60%	70%	1/2	55%	5/5
Total	53%	28%	64%	43%	62%	28%	63%	48%	46%	71%	40%	89%
effectifs	1348	25	123	44	234	67	35	276	119	35	70	35

ALG Algérie, BAN Bangladesh, CAM Cameroun, CRD Congo RD, CIV Côte d'Ivoire, GUI Guinée Conakry, MAL Mali, MAU Mauritanie, PAK Pakistan, SEN Sénégal, SRI Sri Lanka.

Les cases colorées signalent des taux inférieurs au taux global

[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 (taux d'accord 69%) et d'Afrique centrale (60%) font l'objet d'une décision plus souvent positive que ceux d'Afrique de l'Ouest (46%) ou d'Afrique du Nord (28%, $p < 0,001$). Si l'on compare les taux des 11 principales nationalités des patients soutenus par le Comede avec les effectifs d'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.

ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

L'année 2006 avait été marquée plusieurs attaques à l'encontre du droit au séjour des étrangers malades, déclenchant la mobilisation des associations et des professionnels de santé autour de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, et les déclarations consécutives des ministres de la Santé et de l'Intérieur en faveur de la permanence de l'esprit de la loi. Pourtant, au nom de « l'immigration choisie », les nouvelles réformes de l'immigration de juillet 2006 puis de novembre 2007 ont encore aggravé la situation de précarité pour de nombreux étrangers résidant dans notre pays au titre de l'immigration familiale, interdisant

Nationalité	Etrangers malades*	Taux d'accord** (effectif observé)
Algérie	3 619	28% (25)
Côte d'Ivoire	2 120	28% (67)
Cameroun	1 969	43% (44)
Mali	1 884	48% (276)
Congo RD	1 632	62% (234)
Sénégal	701	40% (70)
Guinée Cona.	481	63% (35)
Mauritanie	303	46% (119)
Pakistan	195	71% (35)
Bangladesh	110	64% (123)
Sri Lanka	93	89% (35)

* 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 2001-2007

notamment à de nombreux exilés malades de pouvoir vivre avec leur famille. Surtout, en mars 2007, le gouvernement mettait en ligne sur le site intranet ministériel des « fiches-pays » indiquant « l'existence de l'offre de soins » à l'attention des Médecins inspecteurs de santé publique. Or de telles données ne renseignent en rien sur les réalités de l'accès aux soins des malades, et ne répondent pas au critère retenu par la loi de l'accessibilité effective au traitement dans le pays d'origine pour décider de l'attribution d'un titre de séjour et de la possibilité d'une expulsion. Malgré une nouvelle

alerte lancée par l'ODSE en avril (« *Peut-on renvoyer des malades mourir dans leur pays ?* »), et un nouveau courrier de réponse où les ministres de la Santé et de l'Intérieur réaffirment la primauté du droit, ces recommandations restrictives n'ont pas été retirées, et les MISP sont régulièrement encouragés à les appliquer, ce dont témoignent la nouvelle baisse des taux d'accord observée par le Comede au cours de l'année écoulée. En outre, au cours des derniers mois, l'ODSE a observé plus d'une dizaine de cas de refus de séjour et d'éloignement du territoire contre l'avis des MISP sollicités, alors que jusqu'en 2006 la préservation du secret médical conduisait les préfets à respecter les avis des MISP. Dans le même temps, l'accès à la procédure de demande de titre s'est considérablement compliqué en 2007 en raison des difficultés croissantes pour les malades de trouver un médecin « agréé par la préfecture » acceptant de délivrer le rapport médical dans les conditions prévues pour les bénéficiaires de la CMU-Complémentaire ou de l'AME.

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

Devenir des patients du Comede régularisés

Le Comede a pu documenter le devenir de 625 patients ayant fait une demande de carte de séjour pour raison médicale depuis la loi du 12 mai 1998 instituant le droit au séjour des étrangers malades. Selon les dernières informations obtenues début 2008 :

- **55% détiennent un titre de séjour** : Carte de résident (2%), CST (27%) et document provisoire (26%) ;
- **45% sont sans-papiers** : notification d'une IQF (13%), d'une OQTF (9%), d'un APRF (3%), ou décision implicite de rejet de l'Administration (13%), rejet du tribunal (7%).

d'expertise médicale et de soutien socio-juridique menées par le Comede seront développées en 2008, en particulier dans le cadre de l'Espace Santé Droit, partenariat opérationnel avec la Cimade prévoyant également le renforcement des actions de promotion de l'ensemble du droit de la santé des étrangers (voir page 45). 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 et de la justice face aux demandes de protection juridique pour les étrangers malades doit être poursuivie et étendue à d'autres départements et d'autres partenaires ■

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

En mars 2008, les données exhaustives les plus récentes publiées par le ministère de l'Intérieur datent de 2002 (Titres de séjour par nationalité). Le quatrième rapport au parlement établi en décembre 2007 par le Comité interministériel de contrôle de l'immigration (Cici), en application de l'Art. L.111-10 du Ceseda, indique le total des premières délivrances de titres de séjour (Cartes de séjour temporaires et Certificats de résidence pour les Algériens) pour les étrangers malades entre 2002 et 2006 (métropole et DOM-TOM), mais ne fournit d'information ni sur les renouvellements de titres, ni sur la délivrance des Autorisations provisoires de séjour (APS), ni sur les avis médicaux rendus par les MISP (nombre et taux d'accord).

Les indicateurs complémentaires portant sur les années 2003 à 2005 ont été communiqués oralement à l'ODSE par le Secrétaire général du Cici 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	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total avis médicaux rendus	3 827	5 678	23 090	33 133	36 008	40 940	?
Taux d'accord des MISP	75%	76%	63%	72%	65%	68%	?
Total CST première délivrance	1 996	3 414	4 253	5 779	7 813	7 612	6 790
Total APS toutes délivrances	?	?	3 315	5 976	5 245	4 288	?
Total CST prem. dél. et renouvellement	4 941	7 259	9 149	12 109	16 164	?	?



Le Centre de santé à Bicêtre

(Indicateurs pages 57 à 60)

Hébergé par l'AP-HP dans l'hôpital de Bicêtre, le Centre de santé du Comede a délivré **14 855 consultations en 2007**, soit 63 consultations par jour en moyenne. La progression de l'activité par rapport à l'année précédente (+2%), a principalement été le fait du service Infirmier (+11%). Malgré la diminution décidée fin 2006 de 8 à 7 patients en moyenne par médecin sur une demi-journée, le renforcement des moyens alloués au Comede a permis que le nombre des consultations médicales se maintienne (+2%). Avec l'ouverture en septembre 2007 de l'Espace Santé Droit (voir page 45), en partenariat avec la Cimade, le service Social et juridique du Comede, ainsi que les médecins du Suivi médical, ont réparti leurs activités sur les deux lieux d'accueil proposés par l'association. Au cours de ses premières semaines de fonctionnement, l'Espace Santé Droit a dispensé 203 consultations socio-juridiques, ce qui porte le total des consultations réalisées par le Comede à 15 058 pour l'année 2007.

Plus d'un tiers des consultations du Comede ont lieu en **langue étrangère (35%)**, et 13% en présence d'un interprète professionnel, soit 1 953 consultations avec interprète effectuées lors des permanences hebdomadaires en tamoul, turc, bangali, russe, soninke/pular, et ourdou/hindi. Les permanences dédiées à la psychothérapie ont lieu 2 fois par mois en turc/kurde, en tamoul et en russe. La progression de l'interprétariat dans les consultations du Centre de santé a été favorisée en fin d'année par le partenariat institué entre le DGS (bureau RI2), Inter-Service-Migrants, Médecins du monde et le Comede dans le but de promouvoir le recours à l'interprétariat professionnel au sein des lieux de prévention et de soins destinés aux migrants. En outre, 13% des consultations en langue étrangère ont été conduites directement par les professionnels du Comede, alors que dans 9% des cas, faute de locuteur professionnel, les patients du Comede ont été aidés par leurs accompagnateurs.

Plus de la moitié des consultations du Comede requièrent une **expertise administrative et juridique (52%)**. Les informations et interventions relatives au droit au séjour des étrangers malades ont été les plus fréquentes face à la dégradation des conditions d'accès (24% du total des consultations, et 69% au service Social et juridique). L'expertise dans le domaine de la procédure de demande d'asile, et tout particulièrement la certification médicale, reste également très fréquente (19% du total, 26% en médecine). Enfin, 9% des consultations nécessitent une information spécialisée et souvent une intervention en matière d'accès aux soins, plus souvent au cours des consultations socio-juridiques (14%). Pour les patients dépourvus de protection maladie complémentaire (voir Accès aux soins page 25) et pour les consultations non médicales qui ne sont pas remboursées par la sécurité sociale, le Comede a bénéficié en 2007 d'un important financement par la Direction de la population et des migrations et du Fonds européen pour les réfugiés.

BILAN DES NOUVELLES REGLES D'ACCES

Depuis novembre 2006, l'accès au Centre de santé du Comede se fait intégralement sur rendez-vous, alors que la durée moyenne des consultations a continué de progresser face à la complexification de la prise en charge requise. La part croissante des patients suivis pour affection grave (voir Patients à suivre page 60), la progression de l'interprétariat et celle de l'expertise ont conduit à allonger la durée moyenne des consultations de Médecine, de service Infirmier et du service Social et juridique. Le service Infirmier est chargé d'accueillir sur rendez-vous les nouveaux patients, et ceux parmi les patients déjà connus qui connaissent de nouvelles difficultés, dans le cadre d'une consultation de santé globale (première évaluation, orientation, conseil de santé). Les

consultations médicales sont désormais toutes accessibles sur rendez-vous. Afin de garder une attention particulière pour les patients les plus vulnérables, deux places libres par médecin et par jour sont réservées pour une orientation du service Infirmier.

Après un peu plus d'un an, cette nouvelle organisation a pleinement atteint son objectif qualitatif de facilitation de l'accès au Centre de santé du Comede, les patients n'étant plus contraints comme les années précédentes de se présenter au petit jour pour pouvoir « s'inscrire sur la liste ». Toutefois, et malgré le renforcement des moyens du service Accueil soutenu notamment par le Conseil régional d'Ile-de-France, l'accès téléphonique s'est révélé de plus en plus difficile fin 2007, en raison de l'accroissement des sollicitations par les patients et les autres usagers du Comede. Et les

difficultés pour les patients de prendre un rendez-vous par téléphone se doublent d'un allongement des délais de ces rendez-vous, actuellement d'une semaine au service Infirmier, et d'un mois pour la médecine et les consultations psychothérapeutiques, ce qui n'est pas satisfaisant pour des personnes dans une telle situation de vulnérabilité.

SERVICE ACCUEIL

Le service Accueil est le lieu où s'établit pour les exilés le **premier contact avec le Centre de santé**. Soutenus par la Responsable du service – poste créé en août 2007 -, deux accueillants y assurent la permanence de l'accueil du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30. Cette mission réclame à la fois du calme, de la patience ainsi qu'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 pour un entretien d'un quart d'heure, où l'accueillant y établit le dossier médical, remet au patient son livret de santé bilingue, et donne les premiers éléments d'information les démarches administratives et sociales à accomplir. Pour tous les patients dépourvus de protection maladie, les accueillants complètent et délivrent un formulaire-Comede de demande à l'attention du centre de Sécurité sociale de secteur (pour 1 865 patients en 2007, voir Accès aux soins page 25).

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 61), assurant de ce fait également 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 fortement progressé en 2007 en raison des demandes de rendez-vous des patients dans le cadre de la nouvelle organisation de l'accès au Centre de santé.

Enquête auprès des patients du Comede

A l'occasion d'un stage de formation début 2008, une infirmière a interrogé 102 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.

- **Accès aux soins avant le recours au Comede** : 60% ont déjà consulté un médecin, 76% pensent avoir droit à une protection maladie/CMU/AME, 48% des patients ayant sollicité la sécurité sociale considèrent que les démarches ont été « difficiles ou très difficiles ».
- **Pour un rendez-vous au Comede** : 15% ont téléphoné une fois, 5% deux fois, 21% trois fois ou davantage, et 59% se sont déplacés directement au Centre de santé.
- **Motif de recours au Comede** : 80% consulter le « médecin », 25% faire « un bilan de santé », 24% obtenir un « certificat médical », 23% obtenir un « conseil juridique », 14% consulter « l'infirmière », 14% consulter « l'assistant social », 13% consulter « le psychologue ».
- **Perception du statut du Comede** : 50% « association/ONG », 29% « service de l'Etat », 29% « hôpital public », 23% un Centre de santé ambulatoire.
- **Secret professionnel** : 97% pensent que les professionnels du Comede y sont soumis.
- **Satisfaction du service rendu par le Comede** : 94% se déclarent « satisfaits ou très satisfaits », 41% souhaitent diminuer le temps d'attente, 16% souhaitent de la lecture ou l'animation de la salle d'attente.

CONSULTATION DE MEDECINE

Les médecins généralistes ont effectué **7 725 consultations, dont 16% avec interprète**, pour 3 679 patients (+2% par rapport à 2006). Au total, 41% des consultations de médecine ont eu lieu en langue étrangère. Avec 15 professionnels pour 3 équivalent temps plein (ETP), la consultation de médecine générale constitue le pivot de la prise en charge initiale et peut orienter vers le service Social et juridique, 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 (26%). Ils consacrent 37% des consultations à la prévention et à la proposition du bilan de santé, et 14% à la rédaction des certificats et rapports médicaux destinés à la demande d'asile ou de carte de séjour pour raison médicale. Par rapport au total des consultations, les médecins reçoivent davantage de patients d'Asie du Sud (29%).

Le **bilan de santé** recommandé a été effectué chez 82% des patients, un taux en diminution depuis 3 ans. 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 de dépistage 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, dans 61% des cas, réalisées dans les pharmacies et laboratoires de ville, lorsque les patients détiennent une protection maladie intégrale (voir Accès aux soins page 25). Les premières consultations de médecine conduisent à la

Hospitalisations en urgence

En 2007, les médecins du Comede ont fait hospitaliser 11 patients en urgence, sur l'hôpital de secteur du patient ou à Bicêtre en cas d'urgence immédiate. Motifs d'orientation aux urgences : diabète décompensé (3 cas), une suspicion de tuberculose (2), cardiopathie, asthme, dépression, grossesse à risque, infection cutanée, et VIH/Sida (1).

délivrance de médicaments par la pharmacie du Comede (10% de l'ensemble, 26% pour les patients dépourvus de Complémentaire), dans l'attente de l'ouverture des droits. La demande d'admission immédiate à la protection Complémentaire CMU ou d'instruction prioritaire à l'AME est indiquée dans 8% des cas, lorsqu'il est nécessaire de recourir sans délai à un examen spécialisé, au médecin spécialiste 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).

La consultation de médecine relève d'une **expertise médico-juridique** dans 63% des cas, en matière de droit d'asile (26%), de droit au séjour (21%) et d'accès aux soins (8%). Sous la pression exercée par les acteurs du droit d'asile, la demande de certificat médical « constatant » les séquelles de violence et de torture a progressé de 19% par rapport à 2006. 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 81% des cas en 2007), un rendez-vous ultérieur consacré à la rédaction. Les médecins du Comede ont délivré 773 « certificats pour l'asile » sur l'année, ce qui représente 22% des nouveaux patients. L'évaluation des demandes de carte de séjour pour raison médicale a également conduit à la rédaction de rapports et certificats médicaux dans 75% des cas en 2007, dans un contexte très restrictif à l'égard des étrangers malades (voir Droit de la santé et expertise médico-juridique page 31).

SERVICE INFIRMIER

Les infirmiers et le médecin de santé publique ont effectué **4 320 consultations pour 3 679 patients** (+11%), dont 218 consultations spécialisées d'éducation thérapeutique (voir Prévention page 60). Au total, 35% des consultations infirmières ont eu lieu en langue étrangère. La permanence du service Infirmier est assurée par 3 professionnels pour un équivalent de 1 plein-temps auprès des patients. 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 (11%), de demande d'asile (18%), et de droit au séjour pour les étrangers malades (17%). Outre les consultations dédiées à l'éducation thérapeutique (5% du total), les infirmier/es effectuent sur prescription médicale des soins techniques (2%), des vaccinations (1%, 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 25), notamment pour la permanence téléphonique, et intervient dans le domaine de la formation (voir Centre-ressources page 47).

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 43% des cas, et orienter vers un autre dispositif de santé dans 4% 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. 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. Le partenariat du Comede avec Pharmacie humanitaire internationale devra prendre en compte en 2008 l'évolution des discussions entre le ministère de la Santé, les laboratoires pharmaceutiques, et les associations humanitaires, suite aux nouvelles dispositions réglementaires relatives aux médicaments non utilisés.

SERVICE SOCIAL ET JURIDIQUE

Le service Social et juridique a effectué **1 986 consultations pour 896 patients** (+3%), parmi lesquelles 203 consultations ont été dispensées à l'Espace Santé Droit ouvert en septembre 2007 à Aubervilliers (voir page 45). Au niveau du Centre de santé, 8% des consultations de service Social ont lieu en langue étrangère. La permanence du service Social et juridique est assurée par 4 professionnel pour un équivalent de 1,2 plein-temps auprès des patients au niveau du Centre de santé (3,2 ETP avec l'Espace Santé Droit). L'orientation vers le service Socio-juridique 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 et juridique reçoit davantage de femmes (31%), de patients d'Afrique de l'Ouest (42%), d'Afrique centrale (33%), d'Afrique du Nord (6%) et de Patients à suivre (72%). Compte-tenu de la précarité des conditions de vie des exilés accueillis au Comede, les consultations sociales sont très souvent l'occasion d'aide à la vie quotidienne - hébergement excepté -, directement ou avec une orientation vers les partenaires publics ou associatifs. Les assistants socio-juridiques sont proportionnellement plus souvent sollicités que les autres consultants en matière de droit au séjour pour raison médicale (voir Droit de la santé et expertise médico-juridique page 31).

En 2007, 86% des consultations du service Social du Comede relevaient d'une **expertise juridique**, en matière de droit au séjour (69%), d'accès aux soins (14%), et de droit d'asile (5%, incluant les bilans socio-juridiques consacrés aux personnes qui viennent d'obtenir le statut de réfugié). Le service Social et juridique 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 PSYCHOTHERAPIE

Les psychothérapeutes ont effectué **891 entretiens pour 330 patients (stable)**, dont 33% en langue étrangère (interprètes en tamoul, kurde, turc et russe, outre les entretiens conduits directement en anglais et lingala). Trois psychologues ont assuré en 2007 des consultations pendant 7 demi-journées par semaine au Centre de santé, alors qu'un renforcement substantiel de ce service est escompté en 2008 (voir projet « Boèce – Exil, violence et santé page 56). Par rapport au total des consultations, on observe une présence plus importante des femmes (47%), des patients d'Afrique centrale (39%), et des patients d'Europe de l'Est (17%), alors que tous les patients suivis en psychothérapie sont « Patients à suivre » au Comede.

L'orientation initiale vers le psychothérapeute 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, près de 10% des patients souffrant de psycho-traumatisme poursuivent une prise en charge exclusivement médico-sociale. La durée médiane de suivi au Comede est de 7 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 (4% des affections psychologiques graves en 2007). En région parisienne, la sollicitation des 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 MEDICAL

La **permanence quotidienne du Suivi médical** du Comede est assurée par 4 médecins, pour 1,2 ETP au Centre de santé et 0,5 ETP à l'Espace Santé Droit, au bénéfice de l'équipe du Comede, ainsi que des professionnels et particuliers du réseau, notamment dans le cadre de la permanence téléphonique (voir Centre-ressources page 47). 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. Les médecins du Suivi médical traitent l'ensemble des courriers médicaux, effectuent la mise à jour des dossiers et l'information de l'équipe soignante, et assurent la transmission des renseignements médicaux aux médecins partenaires. Ils s'enquêtent régulièrement des compte-rendus de consultation, d'hospitalisation, de centre de lutte anti-tuberculeuse 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 niveau du Centre de santé. A partir du Dossier à suivre, fiche de liaison entre le Thérapeute référent et le Suivi médical, ainsi que d'un programme informatique développé par le Comede, 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'infections virales chroniques. En outre, les deux 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. 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 ■



L'Espace Santé Droit à Aubervilliers

(Indicateurs pages 57 et 59)

Hébergé par le Foyer protestant d'Aubervilliers, **l'Espace Santé Droit a ouvert en septembre 2007** dans le cadre d'un partenariat opérationnel entre la Cimade et le Comede. Son action est destinée aux migrants/étrangers en situation d'exclusion des droits ou victimes de discrimination dans le domaine de la santé, ainsi qu'aux intervenants professionnels, associatifs et institutionnels auprès de ces populations. La longue tradition de partenariat entre les deux associations se fonde sur leur complémentarité dans le domaine du droit à la santé des étrangers, ainsi que sur leur attachement aux mêmes principes d'action, accueil inconditionnel, soutien individuel, et promotion préférentielle du droit. Début 2008, l'équipe de l'Espace Santé Droit est composée de 4 juristes pour 2 équivalents temps plein (ETP), ainsi que 3 médecins pour 0,5 ETP, les salariés assurant l'encadrement et le soutien de 7 bénévoles en charge de l'accueil et des consultations (1,5 ETP).

ACTIVITES FIN 2007

Au cours du dernier trimestre 2007, l'Espace Santé Droit a délivré **203 consultations socio-juridiques pour 152 patients**, dont 17 étaient également suivis au Centre de santé du Comede à Bicêtre. Ces 152 exilés sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (47%, dont 32 Maliens), d'Afrique du Nord (24%, dont 24 Algériens) et d'Afrique centrale (16%, dont 11 Camerounais). La proportion de femmes accueillies y est plus importante qu'au Centre de santé (34% vs 29%), et l'âge médian plus élevé (39 ans vs 33 ans), en raison d'un « recrutement » qui favorise les exilés atteints de maladie chronique (voir Groupes vulnérables page 23). L'ancienneté de résidence en France est de 5,5 ans (durée médiane), ce qui témoigne de la précarité du séjour de ces malades étrangers qui ont sollicité le soutien de la Cimade et du Comede en raison des difficultés persistantes qu'ils

rencontrent pour faire valoir leurs droits à la santé.

Résidant en Seine-Saint-Denis, dans le Nord-Est parisien et les communes proches du Val d'Oise, de Seine-et-Marne et du Val-de-Marne, les patients de l'Espace Santé Droit ont été majoritairement orientés par des associations (86%), et des services de santé (8%). Ils sollicitent l'Espace Santé Droit pour des

La Cimade

Créée en 1939 par des mouvements de jeunesse chrétiens pour venir en aide aux populations déplacées et aux réfugiés regroupés dans les camps d'internement français, la Cimade, selon l'article 1^{er} de ses statuts, « a pour but de manifester une solidarité active avec ceux qui souffrent, qui sont opprimés et exploités et d'assurer leur défense, quelles que soient leur nationalité, leur position politique ou religieuse. En particulier, elle a pour objet de combattre le racisme (...). Elle travaille notamment au service des réfugiés, des travailleurs migrants, des détenus et des peuples des pays en voie de développement ».

Tout au long de son histoire, la Cimade a développé ses actions d'accueil et de défense des droits des étrangers, migrants ou demandeurs d'asile, tant sur les questions relatives au statut juridique des personnes que sur celui des droits sociaux. Aujourd'hui, à travers ses bureaux régionaux et ses permanences d'accueil réparties sur le territoire français, la Cimade reçoit et conseille chaque année plusieurs milliers d'étrangers sur leurs droits et leur situation juridique. La Cimade développe parallèlement des actions visant à l'insertion des populations réfugiées, en assurant la responsabilité de deux foyers d'hébergement (un CADA et un CPH) et celle d'actions de formation linguistique. La Cimade soutient également plusieurs partenaires dans les pays du Sud, par des actions favorisant le développement et la démocratie.

Enfin, la Cimade est présente depuis 1984 dans plusieurs Centres de rétention administrative dans le cadre de conventions renouvelées avec le ministère des Affaires sociales. Depuis fin 2004, la Cimade est présente dans tous les Centres de rétention administrative de France métropolitaine et dans plusieurs locaux de rétention administrative.

problèmes d'accès aux soins et de protection maladie (voir page 25), de droit au séjour pour raison médicale (voir page 33), ou d'autres prestations sociales liées à l'état de santé. La multiplication des obstacles pour l'accès à la procédure « étrangers malades » et des rejets de première demande comme de renouvellement de carte de séjour impose un niveau d'expertise juridique et médicale renforcée. L'Espace Santé Droit a ainsi soutenu 29 étrangers malades, parmi lesquels 26 ont déposé un recours contentieux incluant un certificat médical du Comede (voir Droit de la santé et expertise médico-juridique page 33).

Si les conditions de fonctionnement de l'Espace Santé Droit fin 2007 n'ont pas permis l'ouverture de la ligne dédiée à la permanence téléphonique pour les professionnels, on estime qu'environ **300 des appels traités par les juristes et médecins** via le standard téléphonique relevaient de cette mission, au bénéfice direct ou indirect de malades étrangers. Avec le démarrage des activités, la dynamique de partenariats institués avec les acteurs professionnels et associatifs du département a permis de développer les activités d'observatoire, d'information et de plaidoyer menées par chacune des deux associations. Pour ses actions de prévention et de lutte contre les situations de discriminations qui affectent les migrants, particulièrement les femmes, les personnes âgées de plus de 60 ans, et les exilés vivant avec le VIH, le Comede bénéficie d'un soutien de l'Acse Ile-de-France, de Sidaction et de la Direction générale de la santé.

PERSPECTIVES 2008

Les premiers mois d'activités en 2007 ont confirmé la très grande attente en matière de droit à la santé de la part des malades étrangers, et de celle des professionnels et associations qui leur viennent en aide. Pour sa première année pleine de fonctionnement, l'Espace Santé Droit doit faire face à de nombreux chantiers en 2008 :

- Achever la mise en place des moyens matériels, informatiques et des procédures destinées à l'évaluation des activités ;
- Développer l'équipe professionnelle sur un plan quantitatif et qualitatif (poursuite du recrutement et de la formation des bénévoles) ;
- Adapter les activités simultanées d'accueil, de consultation, et de permanence téléphonique aux caractéristiques spatiales du lieu ;
- Démarrer le groupe de réflexion associant les acteurs institutionnels, professionnels et chercheurs sur le thème de la lutte contre les discriminations à l'égard des migrants ;
- Assurer la stabilisation financière du projet pour les deux partenaires ■



Le Centre-Ressources du Comede

(Indicateurs pages 61 et 62)

Recherche, information, et formation destinées aux acteurs de la santé des exilés en France : les actions du Centre-ressources représentent la moitié de l'activité globale du Comede, et reposent en premier lieu sur l'expérience quotidienne des équipes du Centre de santé et de l'Espace Santé Droit. Le Centre-ressources a connu ces dernières années un important développement consécutif aux succès de diffusion du **Guide Comede**, dont l'édition 2008 a été imprimée par l'Inpes à **50 000 exemplaires** au cours du second semestre. L'année 2007 a également confirmé le succès de diffusion du Livret de santé bilingue, coédité par le Comede, la DGS et l'Inpes et nommé pour le prix Prescrire du Livre médical et pharmaceutique (423 849 nouvelles commandes, pour un total de diffusion proche de 750 000 exemplaires en 23 langues). Le Comede a également édité 4 numéros de *Maux d'exil* sur l'année, pour un tirage de 5 000 exemplaires par numéro. Les activités de permanence téléphonique, de partenariat et de recherche ont encore progressé en 2007, alors que les activités de formation se sont stabilisées.

A partir de son **poste d'observatoire de la santé des exilés**, le Comede a ainsi poursuivi le développement des activités constitutives du Centre-ressources. L'importance et la variabilité de la file active du Centre de santé et de l'Espace Santé Droit, 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.

Destinées à la **promotion de la santé des exilés**, les activités du Centre-ressources impliquent l'ensemble de l'équipe professionnelle, 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.

INFORMATION, PUBLICATIONS ET INTERVENTIONS

Les **permanences téléphoniques** du Comede ont traité environ **2 800 appels en 2007** - dont 2 142 ont été caractérisés par les relevés détaillant l'origine et le motif des sollicitations – ainsi que 200 méls adressés aux services en charge des permanences. Ces 2 800 appels ne représentent toutefois que les deux tiers des appels présentés au cours de l'année, le Comede n'étant pas doté actuellement des moyens nécessaires pour faire face à l'augmentation régulière des besoins en matière d'appels téléphoniques. Sur l'année 2007, les appelants sont principalement des particuliers (22%), des associations (22%, voir détail dans le tableau page suivante), des services de santé (18%), et des services de l'Etat (17%). Ils émanent principalement de la région Ile-de-France (84%), et concernent dans 65% des cas des migrants/étrangers résidant à Paris, en

Caractéristiques des appelants des permanences téléphoniques

2 142 appels enregistrés

Usagers	n	%
Particuliers	474	22%
Famille	119	6%
Ami, proche	80	4%
Exilé pour lui-même	46	2%
Autre et non détaillé	213	10%
Associations	463	22%
Cimade	118	6%
Autre et non détaillé	345	16%
Services de santé	381	18%
Hôpital, service social	84	4%
Médecin « Ville »	39	2%
Hôpital, médecin	31	1%
Autre et non détaillé	227	11%
Services de l'Etat & coll.	336	16%
Cada	56	3%
Assistante sociale	43	2%
Autre et non détaillé	237	11%
Autres professionnels	220	10%
Avocats	50	2%
Autre et non détaillé	170	8%
Patient du Comede	268	13%

Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne. Les appels traités par le Comede portent principalement sur le droit au séjour des étrangers malades (53%, et 79% parmi les avocats) ; des questions d'accès aux soins (33%, et 41% pour les appels des particuliers) ; des questions de prise en charge médico-psychologique (29%, et 34% parmi les associations) ; et la procédure d'asile (4%). Les caractéristiques des exilés concernés par ces appels sont détaillées au chapitre Démographie, page 16. Les appels ont été traités par la permanence du Suivi médical (67%), celle du Suivi de l'accès aux soins (10%, voir page 25) et le Service socio-juridique (23%).

En complément de ces permanences téléphoniques, le développement et l'animation du site internet du Comede constitue toujours l'une des priorités de développement du Centre-ressources, nécessitant une augmentation des moyens alloués à l'association pour l'exercice de ses missions.

Edité en partenariat entre le Comede, la DGS et l'Inpes, avec le concours de l'Anaem, 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 16 mois depuis sa parution en septembre 2006, 744 873 exemplaires ont été diffusés. Les 423 849 nouvelles commandes de 2007 proviennent principalement des régions Ile-de-France (40%), Rhône-Alpes (10%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA, 8%), Départements d'Outre-Mer (DOM, 6%), Lorraine (5%), Alsace (4%) et Pays-de-la-Loire (4%). Les langues les plus utilisées (outre les versions français/anglais qui représentent 11% du total des commandes) ont été l'arabe dialectal maghrébin (11%), le turc (8%), le chinois mandarin (6%), l'espagnol (6%), le portugais (6%), le roumain (6%), le russe (6%), le créole haïtien (4%), le tamoul (4%) et le wolof (4%). Les commandes émanent principalement de professionnels et structures de santé, de services administratifs et sociaux de l'Etat, d'associations de soutien, et de particuliers.

La répartition géographique par version bilingue commandée permet d'observer le lien entre les régions d'origine des migrants et leurs régions de résidence en France (voir tableau page ci-contre). 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 ; les régions Rhône-Alpes et PACA une proportion plus importante de migrants d'Europe de l'Est et d'Afrique du Nord ; et les DOM (Départements Français d'Amérique) une proportion plus importante de migrants des Caraïbes et d'Amérique latine. On observe ainsi une présence plus importante de migrants originaires :

- d'Afrique du Nord [arabe] en régions PACA, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées ;
- d'Afrique de l'Ouest [pular, soninke, wolof, et en partie portugais] en Ile-de-France, Haute-

Diffusion 2007 du Livret de santé bilingue par langue et par région

Pour chaque région, les cases colorées signalent une diffusion de la langue supérieure à la moyenne globale

Région	FRA ANG	ALB	ARA	ARM	BAN	BUL	CRE	CHI	ESP	GEO	HIN	KUR	OUR	POR	PUL	ROU	RUS	SER	SON	TAM	TUR	WOL
	↓%	3%	11%	3%	2%	3%	4%	6%	6%	2%	3%	3%	2%	6%	2%	6%	6%	3%	3%	4%	8%	4%
Alsace	4%	13%	4%	4%	1%	12%	1%	2%	2%	6%	12%	11%	1%	2%	1%	3%	7%	4%	4%	2%	6%	2%
Aquitaine	2%	3%	2%	2%	1%	5%	1%	2%	5%	2%	1%	2%	2%	2%	3%	1%	2%	2%	2%	2%	1%	1%
Auvergne	1%	1%	1%	1%	1%	<1%	<1%	1%	1%	<1%	<1%	2%	<1%	1%	1%	1%	2%	<1%	<1%	<1%	1%	<1%
Basse-Normandie	1%	<1%	1%	<1%	<1%	<1%	<1%	1%	1%	1%	1%	1%	<1%	1%	<1%	<1%	2%	<1%	<1%	<1%	2%	<1%
Bourgogne	1%	<1%	<1%	1%	1%	<1%	<1%	<1%	<1%	2%	1%	<1%	1%	1%	<1%	<1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Bretagne	2%	2%	1%	2%	2%	3%	2%	2%	3%	3%	2%	3%	2%	2%	1%	2%	3%	2%	1%	1%	2%	2%
Centre	3%	2%	3%	13%	4%	5%	<1%	2%	2%	3%	1%	8%	5%	3%	1%	4%	6%	7%	<1%	2%	4%	1%
Champagne-Ardennes	<1%	1%	1%	1%	<2%	1%	<1%	<1%	<1%	1%	<1%	<1%	<1%	1%	<1%	<1%	1%	1%	<1%	<1%	1%	<1%
DOM	6%	12%	-	-	-	-	34%	8%	20%	-	-	-	-	22%	-	-	-	-	-	-	-	-
Franche-Comté	1%	<1%	1%	1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	1%	<1%	<1%	<1%	<1%	1%	<1%	1%	2%	<1%	<1%	1%	<1%
Haute-Normandie	2%	1%	2%	5%	2%	1%	1%	1%	2%	3%	1%	2%	1%	1%	1%	2%	4%	3%	7%	1%	1%	5%
Ile-de-France	40%	33%	38%	24%	64%	29%	42%	56%	30%	36%	64%	36%	70%	29%	61%	39%	26%	27%	64%	77%	34%	60%
Languedoc-Roussillon	3%	4%	1%	4%	<1%	1%	<1%	3%	6%	1%	<1%	1%	<1%	5%	<1%	3%	5%	1%	<1%	<1%	3%	1%
Limousin	<1%	<1%	1%	<1%	-	<1%	-	-	<1%	<1%	-	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	-	<1%	1%	<1%
Lorraine	5%	3%	11%	3%	13%	1%	12%	1%	2%	2%	1%	2%	1%	7%	1%	7%	8%	11%	1%	<1%	9%	1%
Midi-Pyrénées	2%	2%	2%	3%	2%	<1%	<1%	1%	4%	2%	<1%	2%	1%	2%	1%	2%	2%	3%	<1%	<1%	1%	<1%
Nord-Pas-de-Calais	3%	5%	1%	4%	2%	1%	1%	1%	2%	3%	4%	3%	1%	1%	3%	7%	5%	1%	2%	<1%	1%	3%
PACA	8%	9%	6%	13%	9%	11%	8%	4%	6%	9%	2%	9%	3%	4%	7%	11%	7%	7%	8%	5%	4%	9%
Pays-de-la-Loire	4%	4%	3%	4%	6%	4%	3%	3%	3%	7%	4%	4%	5%	3%	5%	3%	5%	5%	4%	3%	4%	6%
Picardie	2%	2%	2%	1%	2%	1%	1%	<1%	1%	5%	1%	2%	2%	1%	2%	1%	2%	2%	1%	1%	2%	2%
Poitou-Charentes	1%	2%	<1%	<1%	1%	1%	<1%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	<1%	1%	1%	1%	<1%	<1%	<1%
Rhône-Alpes	10%	9%	14%	16%	5%	7%	3%	9%	9%	10%	4%	10%	6%	11%	9%	12%	10%	18%	4%	4%	18%	5%
Total	100%																					

FRA/ANG : éditions Français/Anglais et Anglais/Français, ALB Albanais, ARA Arabe dialectal maghrébin, ARM Arménien, BAN Bangali, BUL Bulgare, CRE Créole haïtien, CHI Chinois mandarin, ESP Espagnol, GEO Georgien, HIN Hindi, KUR Kurde, OUR Ourdou, POR Portugais, PUL Pular/Peul, ROU Roumain, RUS Russe, SER Serbe, SON Sominké, TAM Tamoul, TUR Turc, WOL Wolof (Une version bilingue Français-Lingala est disponible depuis fin 2007)

Normandie, Pays-de-la Loire et PACA ;

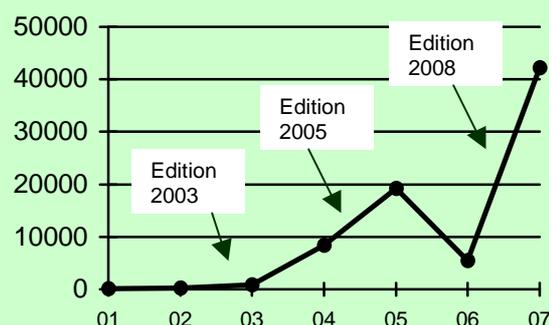
- d'Asie de l'Est [chinois mandarin] en Ile-de-France et dans les DOM ;
- d'Asie du Sud [tamoul, ourdou, hindi, bangali] en Ile-de-France, Alsace, Centre et Pays-de-la Loire ;
- des Caraïbes [créole haïtien] dans les DOM et en Ile-de-France ;
- d'Europe de l'Est [albanais, arménien, géorgien, russe, serbe, turc, et en partie kurde] en Rhône-Alpes, Alsace, Lorraine, PACA, Haute-Normandie et Centre ;
- d'Europe de l'Ouest [bulgare, roumain] en Alsace, Aquitaine, Lorraine et PACA.

Quatre numéros de Maux d'exil, la lettre du Comede aux membres du réseau, ont été publiés en 2007. D'un tirage de 5 000 exemplaires par numéros, Maux d'exil est destiné aux professionnels de la Santé, du Social, du Droit, de l'Administration, de l'Enseignement et de la Recherche. Les 3 854 lecteurs réguliers de Maux d'exil exercent principalement en régions Ile-de-France (49%), Rhône-Alpes (6%), PACA (6%), DOM (4%) et Centre (4%). Chaque numéro est consacré à un dossier proposant 4 regards croisés sur le même thème. Les dossiers ont été consacrés aux difficultés croissantes d'accès aux soins (*Accès aux soins des étrangers, année zéro*, n°18 mars 2007) ; à l'ouverture de la Cité nationale de l'histoire de l'immigration (*Histoire de l'immigration, histoire des Français*, n°19 juin 2007) ; aux violences subies par les femmes exilées dans le cadre d'un projet labellisé par la Halde à l'occasion de l'Année européenne de l'égalité des chances pour tous (*Femmes et exilées, une double discrimination*, n°20 septembre 2007) ; et à l'impact de l'épidémie de diabète (*Diabète, migrations et précarité, une équation complexe*, n°21, décembre 2007). Outre les articles parus dans Maux d'exil, les professionnels du Comede ont notamment publié dans les revues La santé de l'homme, Plein Droit ainsi que dans le Traité de santé publique édité par Flammarion Médecine-Sciences. Au total, le Comede a réalisé 28 publications spécialisées et effectué 11 interventions publiques en 2007 (détail en annexe Information page 61).

FORMATION, ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

Paru en septembre 2007, le **Guide Comede 2008** a été diffusé d'emblée à 25 000 exemplaires par l'Inpes, et réimprimé à 25 000 exemplaires supplémentaires pour faire face aux 17 234 nouvelles commandes enregistrées en 2007. Avec les utilisateurs des versions précédentes, on peut ainsi estimer à plus de 50 000 le nombre de professionnels utilisant le Guide Comede, chaque exemplaire étant utilisé par plusieurs professionnels dans de nombreux lieux d'exercice. Initialement réservé à l'usage interne du Comede depuis la première version en 1997, le Guide Comede a connu une diffusion accélérée avec l'impression des éditions 2003 (par le Comede), 2005 et 2008 (par l'Inpes).

Diffusion du Guide Comede sur les 7 dernières années



L'édition 2008 du Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire (568 pages) succède au Guide 2005 (Prix Prescrire, 40 000 exemplaires diffusés entre 2004 et 2007). Outre les nombreuses mises à jour de la version précédente, cette nouvelle édition comporte de nouveaux chapitres et articles sur des groupes particulièrement vulnérables (femmes, mineurs isolés, étrangers malades), des questions de soins et prévention (violences et mutilations sexuelles, drépanocytose, voyage au pays), des problématiques d'accès aux soins (réforme de l'AME et fonds pour les soins urgents et vitaux) ou de soutien médico-juridique en matière de droit au séjour et d'éloignement des étrangers.

Professionnels de la Santé, du Social, de la Formation, des services de l'Etat et des associations de soutien, les nouveaux utilisateurs du Guide Comede exercent principalement en régions Ile-de-France (40%), Rhône-Alpes (10%), PACA (8%), Nord-Pas-de-Calais (7%) et Aquitaine (5%). 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 globalement stables en 2007, en raison de la stabilité des moyens en personnels et malgré la multiplication des sollicitations. Les professionnels du Comede ont animé 36 demi-journées de formation sur l'année, pour 1 176 stagiaires. Les participants de ces formations *ad hoc* exercent dans les principales régions de résidence des migrants/étrangers : Ile-de-France, Rhône-Alpes, PACA et Départements français d'Amérique en particulier. Les membres du Comede ont également assuré 10 séances d'enseignement pour les Instituts de formation des soins infirmiers de Foch et de Necker-Enfants-Malades, l'Institut de formation sociale des Yvelines, les Universités Clermont-Ferrand (D.U. Santé bucco-dentaire dans les Pays en développement), et Paris 7 (IMEA/IAF, D.U. Infection à VIH dans les pays en

développement ; et M2 Migrations). Le Centre de santé du Comede accueille également en formation des stagiaires infirmier/es, médecins, psychologues, ostéopathes, avocats 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. Enfin, la participation du Comede à des partenariats de recherche opérationnelle constitue l'une des priorités du Centre-ressources, dans la limite de la disponibilité des professionnels concernés. En 2007, l'expertise du Centre-ressources a été sollicitée dans le cadre de 20 groupes de partenariats (voir page 62), sur les questions de santé, d'accès aux soins et de droit à la santé des exilés.

Parmi les **activités de recherche** conduites par le Comede en 2007, citons en particulier les travaux relatifs aux doubles violences faites aux femmes migrantes, dans le cadre d'un projet financé par le GRSP d'Ile-de-France et labellisé par la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité. Les résultats intermédiaires de cette recherche ont été publiés dans le n°20 de *Maux d'exil (Femmes et exilées, une double discrimination, septembre 2007)*. Enfin, le second semestre 2007 a été l'occasion pour le Comede de travailler à la mise en place d'un séminaire intitulé « Accès aux soins et protection des migrants/étrangers : les enjeux et les aléas de la santé mentale ». (voir programme page suivante) Co-organisé avec la Maison des Sciences de l'Homme Paris-Nord, ce séminaire s'inscrit dans le programme de recherche collective « Frontières », financé par l'Agence nationale de recherche. Face aux réalités psycho-sociales et au traitement politique des questions d'immigration et d'asile, il s'attachera à l'analyse d'un double mouvement : d'un côté, la reconfiguration des enjeux politiques liés au traitement des migrants/étrangers dans le champ de la santé mentale ; de l'autre, la place importante donnée à la santé mentale dans le traitement administratif de ces mêmes populations. Ces évolutions seront analysées dans le double champ du droit d'asile et du droit au séjour des « étrangers malades » ■

Séminaire Maison des Sciences de l'Homme Paris Nord / Comede
Programme de recherche collective « Frontières »

Accès aux soins et protection des migrants/étrangers : les enjeux et aléas de la santé mentale

Programme janvier 2008-juin 2008

Le 1^{er} mercredi de chaque mois de 18h-20h

MSH Paris Nord (Saint-Denis)

Mercredi 9 janvier 2008

Séance 1 : Les enjeux de l'accès aux soins des migrants/étrangers en santé mentale

- Christophe Paris, (Directeur), Marie-Jo Bourdin (Attachée de Direction) et Rachid Bennegadi (Psychiatre anthropologue) au Centre Minkowska (Paris)
- Franck Enjolras (Psychiatre à l'Institut Marcel Rivière et doctorant en anthropologie, EHESS)

Mercredi 6 février 2008

Séance 2 : De la clinique de l'exil à la clinique de l'asile

- Isabelle Erangah-Ipendo (Psychologue, Comede, Paris)
- Bertrand Piret (Parole Sans Frontière, Strasbourg)
- Stéphanie Larchanché (Doctorante EHESS-Southern Methodist University, Dallas, TX)

Mercredi 5 mars 2008

Séance 3 : Expertises psychiatrique/psychologique et procédure d'asile

- Maria Couroucli (Anthropologue, Université Paris 10 et juge assesseur à la Commission des recours des réfugiés)
- Arnaud Veïsse (Médecin, directeur du Comede)
- Eric Sandlarz (Psychologue clinicien et psychanalyste, Association Primo Levi)

Mercredi 2 avril 2008

Séance 4 : Santé mentale et femmes exilées

- Katia Lurbe (Sociologue, Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux)
- Isabelle Bretenoux (Psychiatre, Centre médico-psychologique secteur 15, Paris)
- Yassaman Montazami (Docteur de Psychopathologie Fondamentale et Psychanalyse)

Mercredi 7 mai 2008

Séance 5 : Expertises psychiatrique/psychologique et procédure de régularisation pour soin

- François Paul-Debionne (Médecin de santé publique)
- Richard Rechtman (Anthropologue et psychiatre, CESAMES)
- Hélène Asensi et Christian Lachal (Médecins psychiatres agréés, Clermont-Ferrand)

Mercredi 4 juin 2008

Séance 6 : Lieux d'exception, santé mentale et accès aux soins : les Centres de rétention administratives

- Nicolas Fisher (Doctorant en sciences politiques, I.E.P. Paris)
- Patricia Lossouarn (Agent de la Police Aux Frontières)
- Patrick Spiess (médecin en Centre de Rétention Administrative)

Organisation : Franck Enjolras, Arnaud Veïsse, Estelle d'Halluin
Inscription gratuite: f-enjolras@wanadoo.fr / edhalluin@hotmail.com



Gestion, finances et perspectives

(Présentation et composition du Comede page 4)

Association loi 1901, le **Comede compte 35 adhérents, dont 12 membres élus du Conseil d'administration, et emploie 40 professionnels** (médecins, assistants sociaux et juridiques, psychologues, infirmiers, personnels d'accueil, de secrétariat, d'administration et d'encadrement) pour un équivalent temps-plein de 20 ETP répartis entre le Centre de santé à Bicêtre et l'Espace Santé Droit à Aubervilliers. Le réseau du Centre-ressources compte 5 000 lecteurs de Maux d'exil et 50 000 utilisateurs du Guide Comede. Les financements du Comede proviennent principalement de subventions nationales (43% des produits en 2007 émanant de la DGS, de la DPM, de l'Inpes, de l'Acse et de la DGAS), de subventions régionales (21%, GRSP, Drassif, Conseil régional IDF, CPAM 94 et Acse IDF), d'autres subventions (26%, FER, ONU, Sidaction), alors que les ressources propres (10%) sont principalement dues aux remboursements des consultations médicales pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. Consécutivement au développement du Centre-ressources, la progression régulière du budget du Comede (+75% en 7 ans) s'est appuyée sur l'ensemble des contributeurs (22 bailleurs entre 2001 et 2007, voir page suivante), même si la contribution relative des subventions nationales a baissé (de 57% à 43%) par rapport à celle des subventions régionales (de 15 à 26%).

Pour l'année 2008, l'action du Comede se situe dans la perspective d'un **accroissement de ses activités nécessitant un budget de 1 465 000 €**, intégrant les activités prévisionnelles du projet « Boèce : exil, violence et santé » (voir page 56). Les actions complémentaires du Centre de santé, de l'Espace Santé Droit et du Centre-ressources seraient en effet impossibles à conduire sans un effectif suffisant de personnel qualifié, formé et rémunéré. **Ce budget ne représente toutefois que la moitié du coût réel du Comede**, qui intègre les charges supplétives

correspondant aux prestations gratuites dont il bénéficie : loyer, produits pharmaceutiques, personnel bénévole et prestations gratuites. L'Assistance publique des hôpitaux de Paris héberge le Centre de santé du 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 Centre de santé. Dans le cadre du partenariat établi depuis 2004, l'Inpes prend à sa charge l'impression et la diffusion nationale du Guide Comede et du Livret de santé bilingue. La Cimade contribue pour moitié au budget et aux activités de l'Espace Santé Droit ouvert en septembre 2007 au sein du foyer protestant d'Aubervilliers dans le cadre d'un partenariat original entre les deux associations. De même, les activités des bénévoles intervenant à Bicêtre et à Aubervilliers sont également valorisées dans le budget supplétif de l'association.

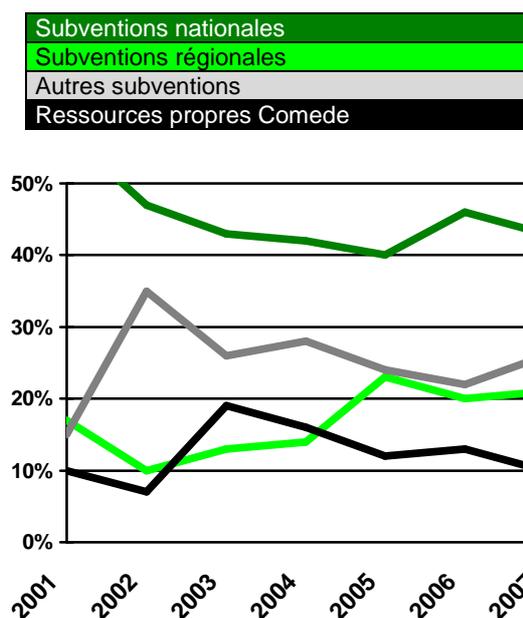
GESTION FINANCIERE 2007

Le résultat financier 2007 se situe à 23 882 € - après provision pour indemnités de départ en retraite de 33 562 € - pour un budget réalisé de 1 194 877 €, en progression de 18% par rapport à l'année précédente. **Les charges (total 1 170 995) sont principalement liées aux salaires, cotisations, impôts et taxes (81%)** et services extérieurs (11%, incluant les prestations d'interprétariat). Le développement des activités a pu être poursuivi en 2007 grâce à de nouvelles subventions accordées par la DGS RI2 (Bureau VIH, IST et hépatites, +50 000 €) et l'Acse Ile-de-France (+10 000 €), ainsi qu'à l'augmentation des subventions accordées par le Fonds européen pour les réfugiés (+100 000 €), le Conseil régional d'Ile-

de-France (+20 000 €) et la Drassif (+20 000 €), tandis que les transferts de financement de la Cnam et de la Cramif vers le GRSP se sont achevés en 2007. Le travail de perception des prestations versées par les CPAM reste considérable, en raison de la précarité administrative des patients (voir Protection maladie page 25), de la diversité de leurs lieux de résidence (295 communes dans 41 départements en 2007), 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 grandes difficultés de trésorerie en 2007. La perception des subventions s'est effectuée en mai (ONU, Sidaction), juin (Acsé, DGS, DPM),

Part des financements 2001-2007



Evolution des produits du Comede sur les 7 dernières années

Produits	2001*	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Subventions nationales	387 195	384 705	366 210	350 370	377 705	437 987	509 445
Acsé national (ex-Fasild)	102 134	92 000	82 800	51 000	33 993	35 000	35 000
DFAE	18 293	18 295	9 000				
DGAS					30 000	30 000	30 000
DGS, 6A, RI2	91 463						50 000
DGS, 6D, MC1	53 354	144 830	144 830	144 830	144 830	144 830	144 830
DPM, Asile	121 951	129 580	129 580	129 580	140 760	140 760	140 760
Inpes, Communication							43 505
Inpes, DDESET				24 960	28 122	87 397	65 350
Subventions régionales	117 311	84 792	111 666	115 684	214 987	189 616	249 271
Acsé Ile-de-France							10 000
Cnam				36 107	66 983		
Cramif, FNAS		14 329				52 000	
Cramif, FNPEIS	30 488		30 490		30 490		
Cramif, GRSP						48 000	
Conseil R. Ile-de-France	22 966	6 860	16 006	21 000	39 000	30 000	50 000
CPAM Val-de-Marne	22 698	22 442	24 009	25 648	26 014	26 616	29 271
Drassif, GRSP	41 159	41 161	41 161	32 929	52 500	33 000	53 000
GRSP							107 000
Autres subventions	100 802	280 391	219 454	235 468	228 834	208 928	306 958
Europe, FER		182 950	122 000	169 000	160 000	140 000	240 000
Fondation de France		5 000	23 000				
ONU, FCVNUVT	62 961	51 645	45 454	37 468	39 834	38 928	36 958
ONU, HCR	16 500						
Sidaction, ECS	21 341	40 796	29 000	29 000	29 000	30 000	30 000
Ressources propres	70 321	60 672	160 520	130 731	114 712	122 427	119 302
Total	675 629	810 560	857 850	832 253	936 238	958 958	1 184 976

Les cases colorées □ signalent les financeurs du Comede en 2007, * Conversion FF/€

juillet (DGAS), septembre (CRIDF) et octobre (Drass, GRSP, Inpes). Au moment de la publication de ce rapport fin mars 2008, le Comede n'a encore perçu que la moitié de la subvention 2007 du FER (20% du total des produits). Ces retards ont eu un effet très délétère sur la trésorerie de l'association, contrainte de négocier une convention de découvert bancaire entraînant frais financiers et majoration des charges sociales dont le paiement est retardé afin de pouvoir payer en priorité les salaires des personnels. Pour faire face à cette situation qui se répète d'année en année (5 mois de découvert en 2007 vs 10 mois en 2006), le Comede a besoin de constituer une réserve de fonds propres garantissant au moins 6 mois de fonctionnement, alors qu'elle est actuellement de moins de 2 mois. Ainsi, au delà des sollicitations quotidiennes qui obligent l'équipe à travailler à flux tendu, nous devons paradoxalement dépenser beaucoup de temps et d'énergie pour garantir le soutien de financeurs pourtant unanimes à reconnaître la qualité du travail effectué et l'importance du rôle joué par le Comede pour la promotion de la santé des exilés en France.

entraîné une charge de gestion et d'encadrement de plus en plus importante pour le Comede (multiplication des projets, des financeurs, et des partenaires opérationnels) qui imposent à l'avenir le **renforcement prioritaire de l'équipe de direction en matière de coordination, d'administration et de communication**. Aussi, en concertation avec les principaux financeurs et afin de renforcer l'organisation de la structure du Comede, nous devons conduire au cours du second semestre 2008 une mission d'audit et d'accompagnement. Destiné à l'ensemble des professionnels du Comede, cet audit sera conduit dans l'intérêt des patients, usagers et partenaires (professionnels, associations, administrations et pouvoirs publics). Un meilleur fonctionnement interne permettra également d'améliorer l'adaptation et la réactivité du Comede aux besoins et demandes externes. Sous réserve du financement effectif de cet audit, un rapport d'étape sera effectué dès la fin 2008, présentant un état des lieux, des recommandations et un calendrier d'accompagnement à la mise en place des recommandations dans les domaines financiers, RH et législatifs ■

PERSPECTIVES ET DEVELOPPEMENT

En 2008, le Comede devra achever la structuration opérationnelle et financière de l'Espace Santé Droit, en partenariat avec la Cimade (voir page 45). En outre, en cas de réponse favorable des financeurs sollicités sur le projet « *Boèce : Exil, Violences et Santé* » (voir page suivante), il est prévu l'ouverture fin 2008 d'un nouveau centre médico-psychologique destiné aux exilés victimes de violence, dont les activités seront intégrées à l'ensemble des actions du Comede et coordonnées avec celles du Centre de santé et de l'Espace Santé Droit. La phase initiale de ce projet a pu démarrer en février 2008 grâce au soutien du Secours catholique et d'Emmaüs.

Engendré par les succès d'estime et de diffusion du Guide Comede depuis 10 ans, le développement continu du Centre-ressources a

Projet « Boèce - exil, violence et santé »

Le projet du Comede « Boèce : exil, violence et santé » vise à l'intégration des membres du Groupe Boèce - *constitué d'anciens thérapeutes de l'Avre* - et de leur projet aux activités globales du Comede. Après plusieurs mois de rencontres et d'échanges en 2007 entre le Groupe Boèce, le Comede et plusieurs associations partenaires accueillant des migrants/exilés victimes de violences, il est apparu que les objectifs du projet porté par le Groupe Boèce rejoignent ceux du Comede pour la promotion de la santé des exilés - en particulier des femmes - victimes de la violence. Face à l'évolution de la violence contemporaine, aux mutations des causes et des formes de migration, et aux modifications des conditions d'accueil des exilés, ce projet défend la nécessité d'un certain nombre d'actions cohérentes pour les exilés victimes de violences dans le pays d'origine, lors du voyage d'exil, ou encore sur le territoire français (notamment zones d'attente et Centres de rétention administrative). Sur un plan opérationnel, ce projet nécessite la création d'un nouveau centre dédié aux actions pour les victimes de la violence en exil. Cette dernière permettra d'une part le développement des activités de centre de soins (accueil, soins et soutien) et de centre-ressources (information, formation et recherche) du Comede sur la thématique considérée, et d'autre part la mise en place de certaines formes d'actions nouvelles, comme le groupe thérapeutique pour les femmes déjà expérimenté par le Groupe Boèce, ou encore l'intégration de collectifs associatifs destinés aux actions de plaidoyer.

● Contexte et enjeux

En accord avec ses missions, le Comede travaille à la promotion de la santé des exilés, portant « 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 » (Charte du Comede, Art. 4 des statuts). Les équipes du Comede sont confrontées depuis 29 ans à des vies brisées par les violences et les tortures, à la souffrance de l'exil et au retentissement de psycho-traumatismes. Portées par les activités thérapeutiques, les actions du Centre-ressources témoignent de la vulnérabilité particulière engendrée par les violences (Maux d'exil mars 2006 et septembre 2007, Guide Comede), dans une thématique émergente de violences de genre contre les femmes exilées. Cette approche a également été privilégiée par le Groupe Boèce, en accord avec les analyses et recommandations de l'OMS (Rapport Mondial sur la Violence et la Santé, 2002) : la promotion de la santé des exilés victimes de violence ; le soin psychologique des personnes traumatisées par la violence (collective ou interpersonnelle) ; la formation, l'information, le témoignage, et la recherche interdisciplinaire relativement à la violence et à ses effets sur la santé des exilés. Sur un plan social et politique plus global, l'émergence de la problématique « Violences faites aux femmes » semble propice à la mobilisation de ressources financières et opérationnelles, par les pouvoirs publics et des associations comme le Secours catholique, la Cimade, Emmaüs, ou encore la Fnars. Pour le Comede, ce projet de promotion de la santé mentale des exilé/es présente en outre une grande complémentarité avec le développement des actions socio-juridiques au sein de l'Espace Santé Droit, ouvert en septembre 2007 à Aubervilliers en partenariat avec la Cimade.

● Objectif et actions

Ce projet a pour objectif le développement des activités du Comede sur la thématique « Exil, violences et santé », en faveur des exilé/es victimes de violences collectives (*état de guerre, massacre interethnique, enfermement arbitraire, déplacement de population, situation d'esclavage, famine organisée, viols de masse, attentats, prise d'otages*) et/ou de violences interpersonnelles incluant les violences de genre. Interactives et indissociables, les deux dimensions (centre de soins et centre-ressources) de l'action globale du Comede sont concernées ; ainsi ce projet prévoit :

- Le développement de l'accueil et des consultations psychologiques et médicales :
 - Ouverture d'un nouveau lieu d'accueil, complémentaire du Centre de santé et de l'Espace Santé Droit ;
 - Développement des consultations psychothérapeutiques et de l'activité médicale consacrées à la prise en charge thérapeutique des exilé/es victimes de violence ;
 - Prise en compte des violences spécifiques vécues par les femmes en tant que femmes et mise en place de groupes thérapeutiques (groupe de paroles) destiné aux femmes et à leurs enfants.
- Le développement des activités d'information, formation, recherche et plaidoyer
 - Développement de la formation des acteurs (salariés et bénévoles) intervenant dans le parcours des exilés : professionnels de la santé et du social, de l'Administration, du droit d'asile ;
 - Développement de la recherche transdisciplinaire et des activités de transmission des connaissances (publications, Guide Comede, participation et animation de communications scientifiques) ;
 - Développement des activités de témoignage et de plaidoyer la prévention des violences et la promotion de la santé mentale des exilés, notamment dans le cadre des collectifs inter-associatifs réunis autour de ces objectifs, dont la Coordination française pour le droit d'asile (CFDA) et le Groupe Asile Femmes (Graf).

PATIENTS

File Active = 4 860

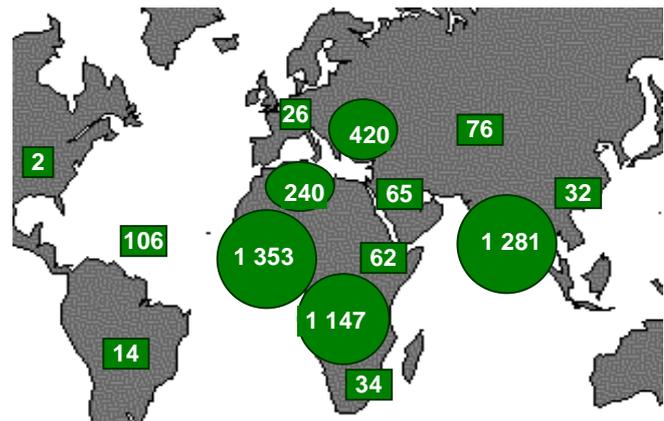
Tous patients reçus en consultation

- 71% sont des nouveaux patients
- 4 725 patients suivis au Centre de santé

Espace Santé Droit = 152

Partenariat Cimade/Comede à Aubervilliers

Ouverture en septembre 2007



Caractéristiques socio-démographiques

Région d'origine détail pour n>30	File Active							dont Espace Santé Droit				
	n	%	2007 /2006	Sexe (F/H)	Age (médiane)	Rés. Fra.	Nouv. Pat.	n	%	Sexe (F/H)	Age (médiane)	Rés. Fra.
Afrique de l'Ouest	1 353	28%	+9%	25%	33 ans	2,8	67%	71	47%	39%	38 ans	5,5
Asie du Sud	1 281	26%	+11%	13%	31 ans	0,9	78%	4	3%	-	-	-
Afrique centrale	1 147	24%	=	47%	34 ans	1,7	65%	24	16%	29%	37 ans	4,4
Europe de l'Est	420	9%	=	26%	33 ans	1,5	77%	5	3%	-	-	-
Afrique du Nord	240	5%	+37%	38%	40 ans	3,6	92%	36	24%	33%	40 ans	5,5
Caraïbes	106	2%	-17%	40%	34 ans	2,1	72%	4	3%	-	-	-
Asie centrale	76	2%	+9%	30%	28 ans	0,8	82%	0	0%	-	-	-
Moyen-Orient	65	1%	+97%	14%	34 ans	0,7	93%	2	1%	-	-	-
Afrique de l'Est	62	1%	+9%	35%	28 ans	0,7	83%	0	0%	-	-	-
Afrique Australe	34	1%	-3%	65%	40 ans	3,3	81%	2	1%	-	-	-
Asie de l'Est	32	1%	-22%	65%	37 ans	1,4	76%	0	0%	-	-	-
Divers autres	44	1%	-	-	-	-	-	4	3%	-	-	-
Total	4 860	100%	+7%	29%	33 ans	1,5	71%	152	100%	34%	39 ans	5,5

Rés. Fra. : années de résidence en France (médiane), Nouv. Pat. : pourcentage de nouveaux patients en 2007

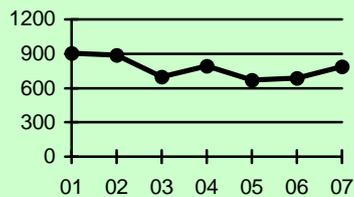
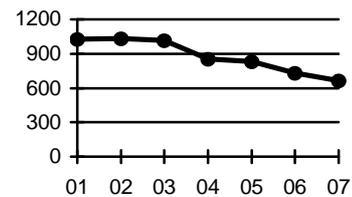
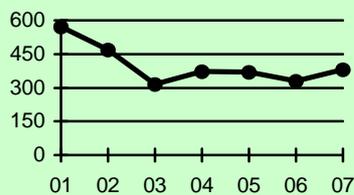
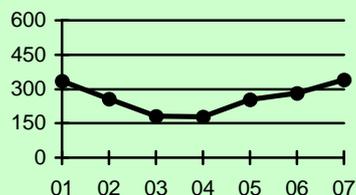
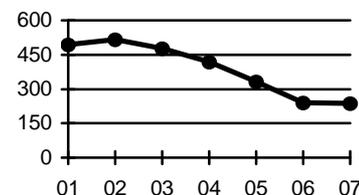
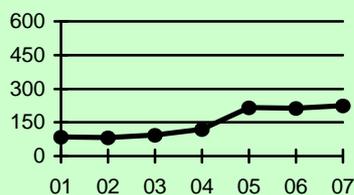
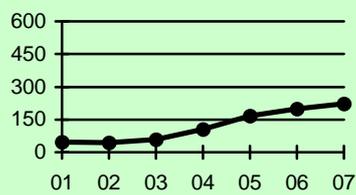
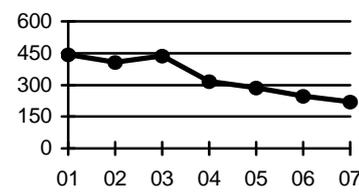
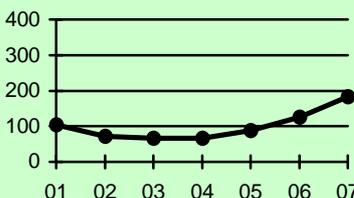
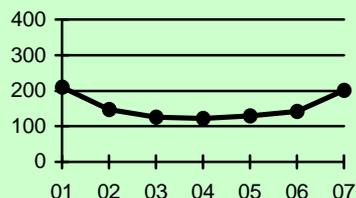
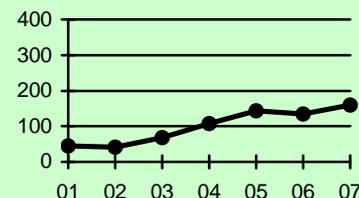
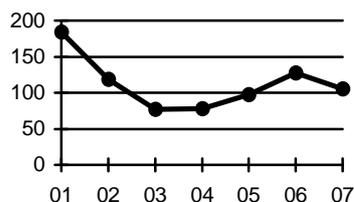
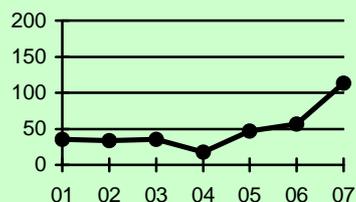
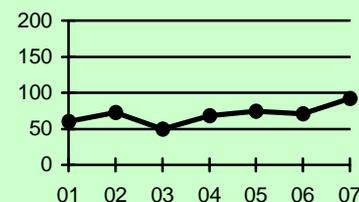
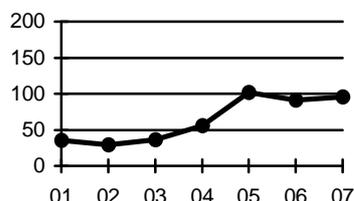
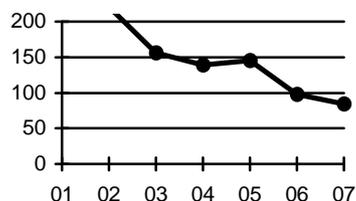
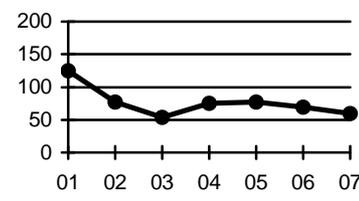
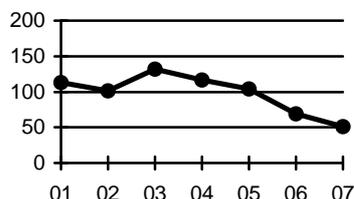
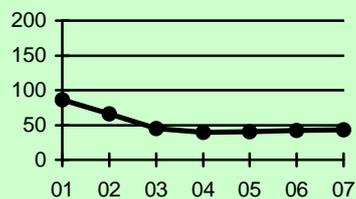
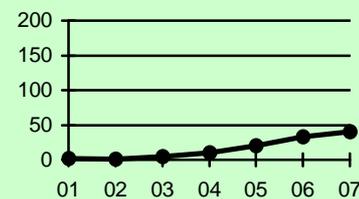
100 nationalités (33 nationalités pour l'Espace Santé Droit)

AFRIQUE AUSTRALE	SOMALIE 1 (0)	AMERIQUE DU NORD	THAÏLANDE 3 (0)	SERBIE 12 (0)
COMORES 12 (1)	SOUDAN 20 (0)	ETATS-UNIS 2 (0)	VIETNAM 1 (0)	SER/ KOSOVO 3 (1)
ILE MAURICE 4 (1)	TANZANIE 1 (0)			SER/ YOUGOSLA. 2 (0)
MADAGASCAR 15 (0)		AMERIQUE DU SUD	ASIE DU SUD	TURQUIE 219 (1)
ZAMBIE 2 (0)		ARGENTINE 1 (1)	BANGLADESH 380 (1)	UKRAINE 11 (0)
ZIMBABWE 1 (0)		BOLIVIE 2 (0)	BHOUTAN 1 (0)	
	AFRIQUE DU NORD	BRESIL 2 (0)	INDE 51 (1)	EUROPE DE L'OUEST
	ALGERIE 183 (24)	COLOMBIE 4 (0)	NEPAL 4 (0)	BULGARIE 2 (0)
	MAROC 40 (9)	PEROU 5 (0)	PAKISTAN 60 (1)	FRANCE 5 (0)
	TUNISIE 17 (3)		SRI LANKA 785 (1)	LITUANIE 2 (0)
		ASIE CENTRALE		POLOGNE 2 (0)
AFRIQUE CENTRALE		AFGHANISTAN 29 (0)	CARAÏBES	PORTUGAL 1 (1)
ANGOLA 81 (3)	BENIN 10 (2)	KAZAKHSTAN 3 (0)	ANTIGUA-ET-B. 1 (0)	ROUMANIE 15 (2)
ANG/ CABINDA 3 (0)	BURKINA FASO 6 (1)	KIRGHIZISTAN 4 (0)	DOMINIQUE 1 (0)	
BURUNDI 3 (0)	CAP VERT 4 (1)	MONGOLIE 37 (0)	HAÏTI 104 (4)	MOYEN-ORIENT
CAMEROUN 160 (11)	COTE D'IVOIRE 221 (6)	OUZBEKISTAN 2 (0)		EGYPTE 24 (2)
CENTRAFRIQUE 16 (0)	GAMBIE 9 (0)	TADJIKISTAN 1 (0)	EUROPE DE L'EST	IRAK 9 (0)
CONGO 180 (6)	GHANA 10 (1)		ALBANIE 4 (0)	IRAN 20 (0)
CONGO RD 655 (4)	GUINÉE BISSAU 19 (3)		ARMENIE 14 (0)	JORDANIE 1 (0)
CRD/ ZAIRE 10 (0)	GUINÉE CONAK. 226 (6)		AZERBAÏDJAN 12 (0)	LIBAN 5 (0)
GABON 9 (0)	LIBERIA 10 (0)		BIELORUSSIE 3 (0)	PALESTINE 3 (0)
RWANDA 24 (0)	MALI 341 (32)	ASIE DE L'EST	BOSNIE 1 (0)	SYRIE 3 (0)
TCHAD 6 (0)	MAURITANIE 236 (7)	BIRMANIE 3 (0)	GEORGIE 22 (2)	
	NIGER 2 (0)	CAMBODGE 2 (0)	MOLDAVIE 14 (1)	APATRIDE 1 (0)
AFRIQUE DE L'EST	NIGERIA 89 (0)	CHINE 15 (0)	RUSSIE 74 (0)	
DJIBOUTI 1 (0)	SENEGAL 91 (7)	CHI/ TIBET 2 (0)	RUS/ TCHETCH. 29 (0)	
ERYTHREE 14 (0)	SIERRA LEONE 43 (1)	COREE DU NORD 2 (0)		
ETHIOPIE 17 (0)	TOGO 36 (4)	PHILIPPINES 4 (0)		
KENYA 3 (0)				
OUGANDA 5 (0)				

PATIENTS

Les 20 principales nationalités sur 7 ans

augmentation 2006/2007

1
SRI-LANKA2
CONGO RD3
BANGLADESH4
MALI5
MAURITANIE6
GUINEE CONAKRY7
COTE D'IVOIRE8
TURQUIE9
ALGERIE10
CONGO11
CAMEROUN12
HAITI13
RUSSIE/TCHETCHENIE14
SENEGAL15
NIGERIA16
ANGOLA/CABINDA17
PAKISTAN18
INDE19
SIERRA LEONE20
MAROC

CONSULTATIONS

Total consultations = 15 058

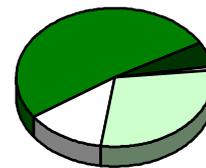
- Moyenne 63 consultations / jour au Centre de santé et 4 / jour à l'Espace Santé Droit
- Avec interprète professionnel = 1 953

Espace Santé Droit = 203

Partenariat Cimade/Comede à Aubervilliers

Médecine
générale
51%

Service
social et
juridique
13%



Psycho-
thérapie
6%

autres
1%

Service
infirmier
29%

Service	Consultations			File Active		Cs/ pat.	Suivi (médiane)	Prestations spécialisées			
	n	%	07/06	n	%			CLE	AAS	asile	séj.
Médecine générale	7 725	51%	+2%	3 478	72%	2,2	2 mois	41%	8%	26%	21%
Service infirmier	4 320	29%	+11%	3 679	76%	1,2	<1 mois	35%	11%	18%	17%
Service socio-jurid.	1 986	13%	+3%	896	18%	2,2	10 mois	8%	14%	3%	69%
dont Esp. Santé Droit	203	1%	nouv.	152	3%	1,3	<1 mois	nc	nc	nc	nc
Psychothérapie	891	6%	=	330	7%	2,7	7 mois	33%	-	-	-
Divers autres*	136	1%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	15 058	100%	+3%	4 860	100%	3,1	1 mois	35%	9%	19%	24%

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

Caractéristiques des consultations

TOUTES CONSULTATIONS

Sécu/CMU+CMU-C	45%
Aide médicale Etat	16%
ALD 100%	1%
Sécu/CMU base	7%

SERVICES GRATUITS

Cs infirmière	4 320
Cs médecine	3 013
Bilans de santé	2 909
Service socio-jurid.	1 986
Interprétariat	1 953
Médicaments	918
Psychothérapie	891

PATIENTS

Femmes	28%
Mineurs 10-18	2%
> 60 ans	2%

Afrique de l'Ouest	30%
Afrique centrale	25%
Asie du Sud	26%
Europe de l'Est	8%
Afrique du Nord	3%

Patients à suivre 50%

MEDECINE GENERALE

PATIENTS

+ Asie du Sud	29%
+ Patients à suivre	54%

INTERVENTIONS

Bilan de santé	37%
Médicam. délivrés	10%
Réd. certificat Asile	10%
Réd. rapport Dasem	4%
Urgence médicale	<1%

SERVICE INFIRMIER

PATIENTS

+ > 60 ans 3%

INTERVENTIONS

Education thérap.	5%
Soins techniques	2%
Médicam. délivrés	2%
Vaccination	1%

ADMISSION & ORIENTATION

RV Cons. médecine	43%
RV Service social	1%
Orient. Serv. Santé	2%
Orient. PASS	1%
Orient. Sécu.	1%
Orient. Assoc.	1%

SERVICE SOCIAL

PATIENTS

+ Femmes	31%
+ Afrique de l'Ouest	42%
+ Afrique centrale	33%
+ Afrique du Nord	6%
+ Patients à suivre	72%

INTERVENTIONS

Réd. dossier Dasem	18%
Urgence juridique	2%
Bilan réfugié	1%
Urgence sociale	<1%

PSYCHOTHERAPIE

PATIENTS

+ Femmes	47%
+ Afrique centrale	34%
+ Europe de l'Est	17%
Tous Patients à suivre.	

Prestations spécialisées

ACCES AUX SOINS

Demande CMU	1 361
Demande AME	504
Procédure AI/IP	149
Obstacles	784

EDUCATION SANTE

Maladies chroniques	218
Info. Diététique	113
Info médo-diététique	58

LANGUE ETRANGERE

Interprète	1 939
Comede	1 853
Accompagnateur	1 318
Téléphone ISM	119
Téléphone proche	41

38 langues étrangères

Anglais	1 723
Tamoul	1 249
Turc	430
Bengali	365
Russe	304
Soninke	153
Ourdou	105
Hindi	64
Kurde	59
Arabe	59
Lingala	52
Pular	34
Mongol	34
Farsi	28
Cinghalais	14
Espagnol	13
Créole	13
Diverses autres	567

CERTIFICATION ASILE

Taux d'accord Com. 81%

773 certificats Asile

Sri Lanka	240
Bangladesh	140
Turquie	60
Guinée Conakry	52
Congo RD	51
Côte d'Ivoire	36
Mauritanie	25
Russie/Tchéch.	22
Congo	18
Haïti	14
Cameroun	11
Divers autres	104

ETRANGERS MALADES

Taux d'accord Com. 75%	
1 ^{ère} demande	95
Renouvellement	78
Recours Gracieux	16
Recours Contentieux	150
dont Esp. Santé Droit	26
Exécution/réexamen	23

262 malades soutenus

Mali	43
Congo RD	42
Mauritanie	22
Cameroun	19
Algérie	15
Congo	12
Sénégal	11
Nigeria	9
Divers autres	71

PREVENTION

Bilans de santé = 2 790

- 82% des nouveaux patients

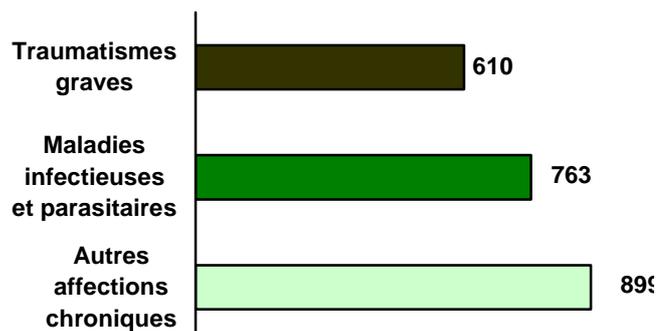
Patients à suivre (PAS) = 1 869

pour affection ou risque grave

- 79% Suivi en cours et 21% Revenus
- 38% de la FA et 50% des consultations

Education pour la santé = 389

- 218 consultations d'éducation thérapeutique et 171 consultations de diététique



Prise en charge File active par motif	FA n	En cours		Nouv. cas		Diag. Comede	Suivi		Suivi exter.	Fin de suivi *	
		n	%	n	07/06		Comede	n moy Cons		n	succès
Psycho-trauma	507	439	29%	249	+2%	80%	9 mois	5,2	31%	217	70%
Hépatite B	415	323	22%	168	+7%	51%	8 mois	4,1	61%	183	87%
Mal. cardio-vasc.	284	194	13%	119	-14%	21%	4 mois	4,4	73%	138	86%
Diabète	197	157	11%	105	+21%	21%	4 mois	4,4	75%	120	90%
Hépatite C	111	81	5%	54	=	44%	3 mois	3,6	77%	69	91%
Asthme	95	72	5%	43	+26%	2%	6 mois	4,9	74%	52	83%
Anguillulose int.	88	70	5%	54	+59%	100%	2 mois	3,6	1%	55	87%
Infection à VIH	47	30	2%	23	+5%	52%	3 mois	3,2	57%	21	90%
Bilharziose urin.	30	24	2%	11	-31%	82%	4 mois	3,5	13%	16	100%
Tuberculose	29	19	2%	12	-25%	50%	7 mois	3,1	100%	14	86%
Autres motifs	427	332	22%	195	+3%	48%	2 mois	2,8	60%	214	89%
Total PAS	1 869	1 480		979	+12%	49%	5 mois	5,1	55%	* 984	85%

* Fin de suivi (984 PAS)	Succès	Guérison		Relais médico-social		Retour volontaire au pays	
		98	0	735	148	2	1
	Echecs	Décès		Perdus de vue		Eloignement du territoire	

Prévalence MED 01/07 (21 742)	Cas n	Sexe (F/H)	Age médian	Diag pays	Taux de prévalence par région d'origine (p. 1000)								
					AFC	AFN	AFO	ASC	ASE	ASS	CAR	EUE	TOT
Psycho-trauma	1 325	41%	32 ans	5%	91	103	57	29	32	35	59	61	61
Hépatite B	1 122	17%	32 ans	6%	52	13	121	93	79	10	25	36	51
Mal. cardio-vasc.	908	42%	45 ans	39%	71	62	36	29	41	32	31	12	42
Diabète	634	31%	44 ans	48%	26	68	19	5	19	45	40	7	29
Anguillulose int.	423	6%	31 ans	1%	24	-	12	-	9	32	10	-	20
Hépatite C	323	36%	38 ans	9%	24	11	7	108	14	7	4	21	15
Asthme persist.	302	22%	35 ans	67%	8	22	23	5	14	16	5	4	14
Infection à VIH	268	58%	33 ans	6%	32	2	16	-	-	-	16	<1	13
Bilharziose urin.	247	3%	28 ans	1%	2	-	47	-	-	-	-	-	12
Tuberculose	173	20%	32 ans	5%	13	5	7	5	9	6	12	3	8
Total PAS	6 137	30%	34 ans	19%	349	396	372	407	327	191	205	156	282

AFC Afrique centrale, AFN Afrique du Nord, AFO Afrique de l'Ouest, ASC Asie centrale, ASE Asie de l'Est, ASS Asie du Sud, CAR Caraïbes, EUE Europe de l'Est, voir définition page 22

□ Les cases en vert clair signalent des occurrences supérieures à la moyenne (groupes à risque)

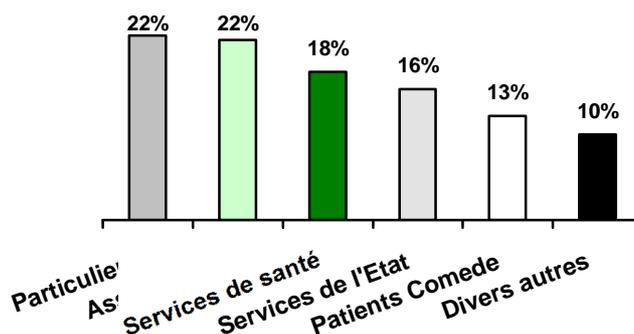
INFORMATION

Permanences téléphoniques

- 2 800 appels traités parmi 4 200 appels présentés à Bicêtre et Aubervilliers (Espace Santé Droit) et 200 méls traités

Publications et interventions

- 28 publications spécialisées
- 11 interventions publiques



Caractéristiques des permanences téléphoniques

Appelants ☎ appels enregistrés	n	%	Personne concernée					HORS IDF	Expertise			
			Fem.	AFC	AFN	AFO	EUE		AAS	ASI	SEJ	MED
Particuliers	474	22%	46%	21%	34%	19%	8%	18%	41%	4%	57%	23%
Associations	463	22%	39%	22%	19%	24%	12%	19%	24%	6%	63%	34%
Services santé	381	18%	40%	19%	17%	29%	11%	17%	32%	7%	49%	31%
Services Etat	336	16%	38%	22%	14%	30%	11%	21%	39%	12%	40%	25%
Patient Comede	268	13%	29%	41%	4%	43%	2%	2%	32%	6%	42%	32%
Avocat/Jurid.	82	4%	18%	18%	20%	33%	9%	9%	10%	7%	79%	42%
Total	2 142	100%	39%	24%	20%	27%	9%	16%	33%	4%	53%	29%

Fem. Femmes ; AFC Afrique centrale, AFN Afrique du Nord, AFO Afrique de l'Ouest, EUE Europe de l'Est ; HORS/IDF appels de régions autres que l'Ile-de-France ; AAS Accès aux soins ; ASI Procédure d'asile et certification ; SEJ Droit au séjour et certification ; MED Médecine.

Publications

- *Accès aux soins des étrangers, année zéro*, Dossier Maux d'exil n°18.
- *Accompagner les migrants face aux effets du déracinement et de l'exil*, Veisse A., La santé de l'homme n°392.
- *Au commencement était un frigidaire*, Baboulaz J-C., Maux d'exil n°19.
- *Comede : des consultations pour promouvoir la santé des exilés*, Delbecchi G., Rouleau-Favre F., Vescovacci K., La santé de l'homme n°392.
- *De l'accès aux soins des étrangers à la santé pour tous*, Geeraert J-P., Maux d'exil n°18.
- *Deux siècles d'histoire*, Volovitch-Tavares M-C., Maux d'exil n°19.
- *Diabète, migrations et précarité, une équation complexe*, Dossier Maux d'exil n°21.
- *Du travail social à l'action juridique*, Maille D., Plein Droit n°72.
- *Femmes et exilées, une double discrimination*, Dossier Maux d'exil n°20.
- *Femmes, exils et droit d'asile*, Lesselier C., Maux d'exil n°20.
- *Femmes exilées et violences spécifiques*, Aidan P., Djordjevic D., Maux d'exil n°20.
- *Femmes migrantes : de l'invisibilité à la surexposition*, Lacaze F., Maux d'exil n°20.
- *Femmes, soin et parcours d'exil*, Aidan P., Actes du colloque Terra Persécutions des femmes, Ed. du croquant.
- *Guide Comede 2008*, édition en partenariat Comede DGS Inpes.
- *Histoire de l'immigration, histoire des Français*, Dossier Maux d'exil n°19.
- *L'accès aux soins pour tous n'est pas une utopie*, Simonnot N., Maux d'exil n°18.
- *L'AFD, pour être acteur de sa santé*, Le Dizez J., Maux d'exil n°21.
- *La Cité nationale de l'histoire de l'immigration : diffuser une histoire encore méconnue*, Héraud N., Maux d'exil n°19.
- *La maladie chronique, « un malheur de plus »*, Fleury F., Maux d'exil n°21.
- *La santé des femmes, sans frontières*, Beddock R., Maux d'exil n°20.
- *Le diabète, une maladie à prévenir d'urgence*, Vexiau P., Maux d'exil n°21.
- *Médecins sur la frontière*, Veisse A., Maux d'exil n°18.
- *Migrations et santé*, Veisse A., Aïna-Stanojevich E., Traité de santé Publique, Flammarion Médecine-Sciences.
- *Obstacles à l'ouverture des droits*, Le Comede., Maux d'exil n°18.
- *Petite histoire de la présence étrangère en France*, Regnard C., Maux d'exil n°19.
- *Repères sur la santé des migrants*, Aïna-Stanojevich E., Veisse A., La santé de l'homme n°392.
- *Une épidémie mondiale de diabète*, Besançon S., Maux d'exil n°21.
- *Vie privée, vie familiale et ADN*, Maille D., Migrations santé Alsace, n°56.

Interventions publiques

- Centres de santé, 47^e Congrès national, *Accès aux soins des étrangers*, Maille D.
- Cimade/Themis, Conférence européenne sur les mineurs, *Aspects psychologiques de l'enfermement*, Ondongh-Essalt.
- Collectif contre les double-violences faites aux femmes migrantes, Aidan P.
- Conférence de presse Inpes / Comede sur la parution du Guide 2008, Veisse A.
- Direct 8, *Santé des migrants*, Veisse A.
- ESD Cimade/Comede, *Inauguration*, Veisse A.
- HCR, Recherche-action sur les réfugiés vulnérables, Aidan P.
- MDM, Journées Mission France, *Droit au séjour des étrangers malades*, Veisse A.
- MDM, La réforme de l'immigration, *Les étrangers malades*, Maille D.
- RFI Priorité santé, *Migrants et VIH*, Veisse A.
- Ucij réunion publique, Immigration : où est le problème ? *Conditions de vie, conditions de résidence*, Maille D.

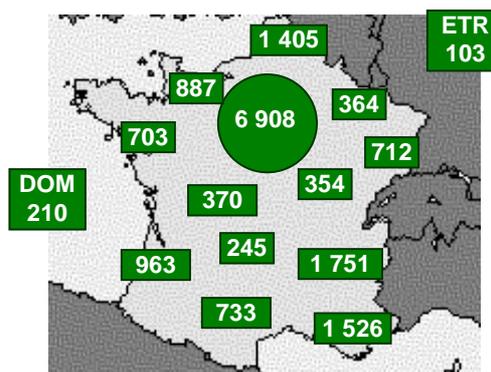
FORMATION

Guide Comede et Maux d'exil

- 42 234 diffusions du Guide Comede (25 000 diffusion initiale et 17 234 nouvelles commandes)
- 3 854 lecteurs réguliers de Maux d'exil

Formation et partenariats

- 36 demi-journées de formation pour 1 176 stagiaires
- 20 partenariats de recherche opérationnelle



Région	Guide Com.	Livret Bil.	Maux d'exil	Perm. Tél.
Alsace	4%	4%	2%	<1%
Aquitaine	5%	2%	2%	1%
Auvergne	1%	1%	2%	1%
Bas.-Normandie	1%	1%	1%	<1%
Bourgogne	1%	1%	2%	<1%
Bretagne	2%	2%	2%	1%
Centre	2%	3%	4%	1%
Champagne-Ar.	1%	<1%	1%	1%
DOM	1%	6%	4%	<1%
Franche-Comt.	1%	1%	1%	1%
Hte-Normandie	4%	2%	1%	1%
Ile-de-France	40%	40%	49%	84%

Région	Guide Com.	Livret Bil.	Maux d'exil	Perm. Tél.
Languedoc-Ro.	2%	3%	2%	1%
Lorraine	2%	5%	2%	1%
Midi-Pyrénées	2%	2%	3%	1%
Nord-Pas-de-C	7%	3%	3%	1%
PACA	8%	8%	6%	1%
Pays-de-la-Loir	2%	4%	3%	1%
Picardie	1%	2%	1%	1%
Poitou-Charent	1%	1%	1%	<1%
Rhône-Alpes	10%	10%	6%	2%
Autres & Etr.	2%	-	1%	1%

Effectif	17234	423849	3854	2087
-----------------	--------------	---------------	-------------	-------------

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

Enseignement

- IFSI Foch, *Prise en charge des migrants*, Delbecchi G.
- IFSI Necker, *Accès aux soins*, Delbecchi G. *
- IFSI Necker, *Santé des migrants*, Lefebvre O. *
- IFS des Yvelines, *Intervenir auprès des migrants*, Veisse A.
- IFS des Yvelines, *Droit de la santé des étrangers*, Maille D.
- Université Clermont-Fd, DU PED, *Santé des migrants*, Veisse A.
- Université Genève Webster, RIDH, *Action du Comede*, Aidan P.
- Université Paris 7, IMEA/IAF, DU VIH, *Nord-Sud*, Veisse A.
- Université Paris 7, M2 Migrations, *Santé des étrangers*, Maille D.
- Un. Tours, DU Education pour la santé, Vescovacci K. et Aidan P.

Recherche et partenariats

- Anafé, Assistance aux frontières pour les étrangers.
- ANRS, Groupe migrants, VIH et hépatites.
- ANRS/ministère santé/Sidaction, Tests rapides VIH.
- ASPBD/AOI, Accès aux soins bucco-dentaires.
- CFDA, Coordination française pour le droit d'asile.
- Collectif interassociatif Droit au compte bancaire
- Collectif interassociatif Outre-mer.
- Collectif Protection sociale des étrangers et précaires
- Conférence régionale de santé, PRSP.
- Dases, Groupe migrants et tuberculose.
- DGS, Programme national de lutte contre le VIH.
- DGS, Evolution des Médicaments non utilisés (MNU).
- DGS, Visite de prévention bénéficiaires AME.
- Drees, Santé et soins des bénéficiaires de l'AME.
- Graf, Groupe asile femmes.
- Inpes, Communication VIH migrants
- Interprétariat et santé, Comede/DGS/ISM/MDM.
- ODSE, Observatoire du droit à la santé des étrangers.
- Picum, Heath project on undocumented migrants in Europe.
- Rapport Yéni, Recommandations Prise en charge VIH.

Formation professionnelle

- Bicêtre, School of international training, *Migrations et santé* (1/20) *
- Evry, Association Française contre les Myopathies, *Prise en charge des migrants* (2/24)
- Grenoble, Ateliers Santé Ville, *Droit de la santé des étrangers* (1/50)
- Lyon, MDM, Mission France, *Droit de la santé des étrangers* (2/20)
- Paris, AP-HP, HAD, *Droit de la santé des étrangers* (2/21)
- Paris, Points Emeraude, CHU Necker, *Droit de la santé* (1/30)
- Paris, Cresif, Personnes SDS, *Approche géopolitique des publics* (3/12) *
- Paris, FN hébergement VIH, *Droit de la santé des étrangers* (1/16)
- Paris, Gisti/Comede stage national, *Protection sociale des étrangers* (10/24) *
- Paris, Journées Samu Social, *Diabète et précarité*, (1/120).
- Paris, MDM, Mission France, *Droit de la santé des étrangers* (1/30)
- Paris, Médecins d'Afrique, *Prise en charge des migrants* (1/25)
- Paris, SFLS, *Accès aux droits, accès aux soins* (1/21) *
- Strasbourg, ENSP, *Procédure Etrangers malades* (1/12) *
- Toulon, Codes, Journées de promotion de la santé, *Guide Comede 2008 et Répertoire PACA* (1/150).
- Toulon, PromoSoins, Rencontres régionales PACA, *Santé globale et accès aux soins* (2/100).
- Tours, CHU, *Droit de la santé des étrangers* (4/22)
- Vaucresson, PJJ, *Prise en charge des migrants* (1/8)

* formation déjà effectuée l'année précédente