

# La Santé *des exilés*



**RAPPORT  
D'ACTIVITÉ ET  
D'OBSERVATION  
2008**

**COMITÉ MÉDICAL  
POUR LES EXILÉS**

*comede*

# Table des matières

Présentation du Comede 4  
Glossaire 6

## SYNTHESE

La santé des exilés et le Comede en 2008 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  
*Groupe d'échange avec les femmes* 48  
Le Centre-ressources du Comede 49  
Gestion, finances et perspectives 55  
*Collectifs associatifs pérennes* 58

## ANNEXES

Consultants 59  
Consultations 61  
Prévention 62  
Information 63  
Formation 64

## Principaux indicateurs d'activité du Comede en 2008

### RECHERCHE, INFORMATION ET FORMATION (CENTRE-RESSOURCES)

#### 50 000 utilisateurs du Guide Comede et 5 000 lecteurs de Maux d'exil

- 3 000 appels et méls traités dans les permanences téléphoniques de Bicêtre et Aubervilliers
- 24 publications spécialisées, 17 interventions publiques, et 97 221 Livrets bilingues diffusés
- 51 demi-journées de formation/enseignement et 20 groupes de recherche et plaidoyer

#### CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE

- 2 100 bilans de santé pour des nouveaux patients
- 1 956 patients à suivre pour affection grave
- 311 consultations d'éducation thérapeutique

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

- 6 294 consultations médicales et infirmières gratuites
- 1 753 demandes de protection maladie
- 850 délivrances gratuites de médicaments

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

- 672 certificats médicaux pour la demande d'asile
- 324 dossiers de séjour pour raison médicale
- 138 recours contentieux pour le droit au séjour

### ACCUEIL, SOINS ET SOUTIEN (CENTRE DE SANTE ET ESPACE SANTE DROIT)

#### Prise en charge médico-psycho-sociale pour 4 591 patients de 93 nationalités

- Accueil de 2 889 nouveaux patients
- 6 579 consultations de médecine générale
- 3 734 consultations infirmières et de santé publique
- 2 184 consultations socio-juridiques
- 507 entretiens de psychothérapie
- 1 644 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

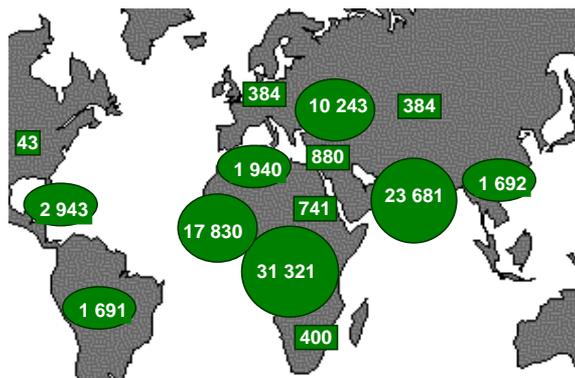
- **Directeur** : Arnaud Veïsse
- **Directrice adjointe** : Emilie Biaré
- **Médecin coordinateur** : Pascal Revault
- **Responsable financière et administrative** : Catherine Jollet
- **Responsable du Service social et Chargé de la formation** : Didier Maille
- **Responsable adjoint du Service social et juridique** : Benjamin Demagny
- **Responsable du service Accueil** : Magali Ciaïas
- **Médecins chargés du Suivi médical** : Françoise Fleury, Olivier Lefebvre
- **Cadre infirmier** : Guy Delbecchi
- **Secrétaires de direction** : Claire Katembwe, Aurelia Picq
- **Professionnels** : Aline Adu (*Technicien d'accueil*), Rose Adu (*Personnel d'entretien*), Assane Aw (*Technicien d'accueil*), Serge Baux (*Chirurgien*), Carole Chazoule (*Personnel administratif*), Youri Courrège (*Assistant social*), Franck Enjolras (*Psychiatre*), Isabelle Erangah-Ipendo (*Psychologue*), Laure Feldmann (*Médecin*), Bénédicte Gaudillière (*Médecin*), Guy de Gontaut (*Technicien d'accueil*), Marie-Madeleine Gutle (*Pharmacienne*), Yacine Lamarche-Vadel (*Médecin*), Marie Larger (*Dietéticienne*), Sandrine Lebreton (*Médecin*), Monili Lumoni (*Personnel d'entretien*), Patrick Mony (*Assistant juridique*), Etsianat Ondongh-Essalt (*Psychologue*), Barbara Pellegrì-Guegnault (*Médecin*), Marie Petrucci (*Médecin*), Florence Rouleau-Favre (*Infirmière*), Rosa Sadaoui (*Technicien d'accueil*), Julien Sallé (*Médecin*), Pierre Szilagyi (*Médecin*), Khalda Vescovacci (*Médecin*), Manette Wandji (*Technicien d'accueil*), et les collègues bénévoles de l'Espace Santé Droit.

**Depuis sa création en 1979, le Comede travaille à la promotion de la santé des exilés. En 30 ans, l'accueil et la prise en charge médico-psycho-sociale de 95 000 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 (1979-2008)



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 199, de la couverture maladie « universelle » en 1999, et enfin, pour certaines périodes, de l'Aide médicale Etat résiduelle en 200, 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, témoignent de l'attente et de la mobilisation des acteurs de la santé en faveur des exilés ■

### LES SERVICES DU COMEDE [www.comede.org](http://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](mailto:contact@comede.org) indiquant vos noms, activités, et adresses.
- **GUIDE COMEDE ET LIVRETS BILINGUES EN 24 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](mailto: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

Adfem	Action pour les droits des femmes exilées et migrantes
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)
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
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
ISM	Inter service migrants Interprétariat
MDM	Médecins du monde
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
ODSE	Observatoire du droit à la santé des étrangers
Ofpra	Office français de protection des réfugiés et apatrides
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 : activité du Comede destinée à la continuité des soins et à l'information médicale



## La santé des exilés et le Comede en 2008

Suite aux restrictions du droit de vivre en famille introduites en novembre 2007 par la dernière réforme du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda), l'année 2008 a été très contrastée en matière d'accueil des exilés. Le **droit d'asile** a connu une double évolution : négative sur le plan de l'accès au territoire pour des personnes fuyant les persécutions, et positive sur le plan de la protection offerte aux demandeurs d'asile qui ont pu franchir les frontières. Avec un taux d'accord de 36% (9 648 statuts de réfugiés et 1 793 protections subsidiaires), taux majoritairement dû aux recours auprès de la Cour nationale du droit d'asile (55% du total des admissions) la France retrouve un niveau comparable à celui du début des années 1990, mais qui reste très inférieur aux taux de reconnaissance pratiqués au début des années 1980.

Dans le même temps, le **droit au séjour des étrangers malades** a connu de nouvelles restrictions d'application, avec la multiplication des obstacles pour l'accès à la procédure et des refus administratifs sanctionnés dans plus de la moitié des cas par les juridictions en charge de recours contentieux de plus en plus nombreux (voir page 52). En matière d'**accès aux soins**, les obstacles restent très importants, en particulier contre les bénéficiaires potentiels de l'Aide médicale Etat, alors que des menaces planent toujours 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 620 €.

**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 58). 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 58).

### DEMOGRAPHIE, EPIDEMIOLOGIE ET SANTE PUBLIQUE

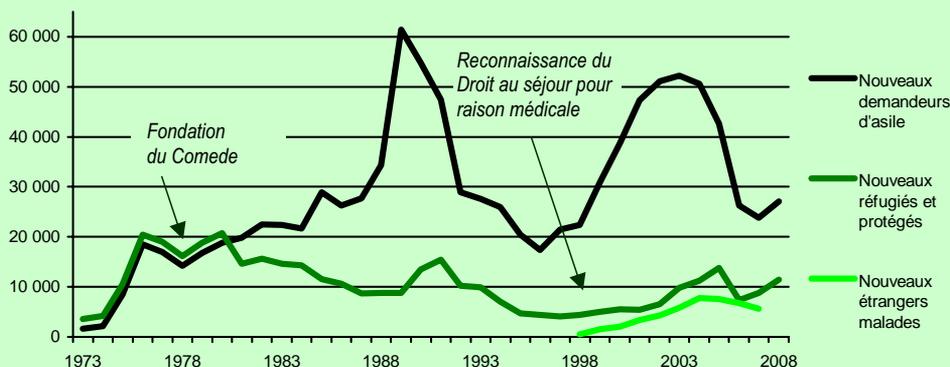
**Réfugiés, demandeurs d'asile, étrangers malades, mineurs étrangers et autres migrants/étrangers en situation précaire**, les exilés se situent dans une population de près d'un million de personnes vulnérables sur le plan de la santé (voir Démographie page 13). Principalement originaires d'Afrique, d'Asie, d'Europe de l'Est et des Caraïbes, ils résident majoritairement en régions Ile-de-France (51% des réfugiés, 47% 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 groupes : femmes, mineurs, personnes âgées, ainsi que chez les personnes originaires

## La demande d'asile en France et dans les pays industrialisés

### ■ 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 1)



En 2008, l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) a enregistré 42 599 demandes d'asile, incluant les réexamens (7 195) et les mineurs accompagnants. Les nouvelles demandes d'asile (27 063) sont en augmentation de 14%. Les demandeurs d'asile résident principalement en région Ile-de-France (47% de la demande globale), Rhône-Alpes (8%), DOM (7%), PACA (5%) et Alsace (4%). Les femmes représentent 38% des nouveaux demandeurs, dont l'âge moyen est de 31 ans. Les principaux pays d'origine sont la Russie/Tchéquie, Serbie/Kosovo, Turquie, Sri Lanka, Congo RD, Arménie, Mali, Bangladesh, Guinée Conakry et Comores.

Le taux global d'admission (incluant les décisions de la Cour nationale du droit d'asile) est de 36% en 2008, alors que le taux d'accord en première instance (décisions Ofpra) est de 16%. Au total, 11 441 nouvelles personnes ont été placées sous la protection de l'Ofpra en 2008, dont 1 793 au titre de la protection subsidiaire (16%). Les taux d'admission au statut de réfugiés les plus élevés en 2008 concernent les Irakiens (82%, suite à l'opération d'accueil organisée par le gouvernement français), les Erythréens (70%), les Somaliens (56%), les Rwandais (54%) et les Maliens (47%). La protection subsidiaire a été majoritairement accordée aux Sri Lankais, Maliens, Arméniens, Guinéens et Russes.

### ■ La demande d'asile dans les pays industrialisés (Sources : Ofpra, HCR)

Pays	Demande d'asile 2008	Demande d'asile 2007	Evolution 2008/2007
France	42 599	35 520	+20%
Royaume-Uni	41 215	42 355	-3%
Allemagne	28 018	30 303	-7%
Suède	24 860	38 347	-35%
Grèce	20 000	26 735	-25%
Suisse	16 606	10 387	+60%
Autriche	12 809	11 879	+8%
Belgique	12 252	11 115	+10%

Premières demandes d'asile + mineurs accompagnants + réexamens (sauf Belgique réexamens exclus)

Selon le Haut-Commissariat des Nations-Unies pour les réfugiés, 380 000 nouvelles demandes d'asile ont été déposées en 2008 dans 51 pays industrialisés, soit une augmentation de 12% par rapport à 2007. Le HCR indique que cette augmentation peut être en partie attribuée à un nombre plus important de demandes d'asiles déposées par les citoyens afghans, somaliens ou d'autres pays en proie à des conflits ou à des troubles. Le premier pays d'origine des demandeurs d'asile a été en 2008 l'Irak (40 500 personnes), suivi de la Somalie (21 800), la Russie (20 500), l'Afghanistan (18 500) et la Chine (17 400). Les augmentations les plus importantes concernent les Afghans (+85%), Zimbabwéens (+82%), Somaliens (+77%), Nigériens (+71%) et Sri Lankais (+24%). La première destination des demandeurs d'asile est restée les États-Unis (13% de l'ensemble des pays industrialisés), suivie du Canada et de la France. L'Union européenne tient en revanche la première place en comparaison de sa population nationale, avec en moyenne 2,4 demandeurs d'asile pour 1 000 habitants.

d'Afrique Sub-Saharienne. 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 22). 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 restent largement répandus. Dans son rapport 2006, la CNC DH (Commission nationale consultative des droits de l'Homme) s'inquiétait 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. Pour l'année 2007, la CNC DH soulignait que les personnes originaires d'Afrique du Nord étaient les plus touchées à la fois par les actes racistes (68 % de la **violence raciste** est dirigée contre la communauté maghrébine) et les menaces racistes (60 % du volume global).

Déjà soupçonnés de rechercher dans l'exil un bénéfice économique indû, les ressortissants des pays les plus pauvres se trouvent également soupçonnés d'un exil « thérapeutique » dès lors qu'ils sont malades. La confusion croissante dans le discours public entre le droit au séjour pour raison médicale et une « immigration thérapeutique » qui reste exceptionnelle entraîne la restriction du droit au séjour après celle du droit d'asile pour de nombreux exilés. 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 rejettent 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 2008, les questions relatives au droit au séjour des étrangers malades (Dasem) ont occupé 25% des consultations et fortement mobilisé les équipes médico-socio-juridiques du Centre de santé et de l'Espace Santé Droit (voir page 45).

Pour les **étrangers malades**, la continuité des soins est menacée depuis la mise en ligne sur le site intranet ministériel, en mars 2007, de « fiches-pays » recommandant aux MISP de ne pas tenir compte de l'accessibilité effective aux soins (mars 2007). En contradiction avec la loi, ces recommandations sont présentées comme n'ayant « aucun caractère normatif », mais elles ont néanmoins conduit à une baisse de la protection prévue par la loi. 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, le poids des juridictions de recours est de plus en plus important pour permettre *in fine* l'application du droit. 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 : en 2008, 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 qu'auparavant 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 depuis 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. Face à cette situation dont les conséquences peuvent être dramatiques pour les exilés concernés, les actions de soins, de soutien et de plaider 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). Depuis 2007, 52% des

nouveaux patients du Comede sont 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 2008, de telles interventions ont été nécessaires pour 1 patient sur 4 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 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 n'ont pas 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 2008

Sur l'ensemble de l'année, le Comede a accueilli **4 591 exilés de 93 nationalités** au Centre de santé (Bicêtre) et/ou à l'Espace Santé Droit (Aubervilliers, en partenariat avec la Cimade). Salariés ou bénévoles, les professionnels du Comede ont délivré **13 004 consultations** (médicales 51%, infirmières 29%, socio-juridiques 17%, et psycho-thérapeutiques 4%). 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 (25% du total des consultations, et 76% 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 (16% du total, 27% 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 médicales (18%). La plupart des consultations du Comede sont désormais destinées à des « Patients à suivre », atteints de maladie grave et/ou chronique. 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 2008, la **continuité des soins** a été assurée pour 93% d'entre eux, le plus souvent au bénéfice d'un suivi médico-social hospitalier proche de leur lieu de résidence.

Les activités du Centre-ressources du Comede (voir page 49) sont destinées aux professionnels de la Santé, du Social, du Droit de l'Administration et de l'Enseignement. Le succès de diffusion du **Guide Comede** s'est confirmé, avec plus de 50 000 utilisateurs en France. L'Inpes a également diffusé près de 100 000 Livrets de santé bilingue en 24 langues, dans le cadre d'une coédition avec le Comede et la Direction générale de la santé. Le Centre-ressources a également traité 3 000 appels et méls dans le cadre des permanences téléphoniques, et réalisé 24 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 2008, en raison de la stabilité des moyens en personnels et malgré la multiplication des sollicitations. Les professionnels du Comede ont animé 37 demi-journées de formation sur l'année, pour 1 012 stagiaires, et assuré 14 séances d'enseignement. Parmi les activités de recherche et de plaidoyer, les actions en faveur de la santé et de l'accès aux droits des femmes

victimes de doubles violences ont pu être poursuivies en 2008 grâce au soutien du Service des droits des femmes et de l'égalité et de la délégation régionale, ainsi que du Groupement régional de santé public.

Les **financements** du Comede proviennent principalement de subventions nationales (41% des produits en 2008 émanant de la DGS, du Service de l'asile, de l'Inpes, de l'Acsé, de la DGAS et du SDFE), de subventions régionales (21%, GRSP, Conseil régional IDF, CPAM 94, Acsé IDF, DRDF), d'autres subventions (29%, FER, ONU, Sidaction, Emmaüs et Secours catholique), alors que les ressources propres constituent 8% 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 faveur de la santé et de l'accès aux soins des exilés. Dans une période difficile 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 59 et 60)

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 administrative d'une partie des personnes concernées. Pourtant, le croisement des sources institutionnelles 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 139 212 réfugiés fin 2008. 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 Cour nationale du droit d'asile (anciennement Commission des recours des réfugiés).
- **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.

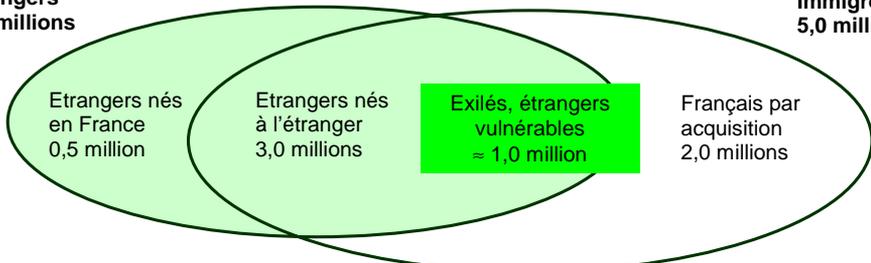
### Populations d'étrangers et immigrés résidant en France

Sources : *Rapport DPM 2006, Insee 2006, ministère de l'Intérieur 2006*

Estimation : 300 000 étrangers en séjour irrégulier nés à l'étranger

**Etrangers**  
3,5 millions

**Immigrés**  
5,0 millions



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

Les populations exilées sont **originaires de régions très diverses**, principalement Europe de l'Est (39% des nouveaux demandeurs d'asile en 2007), Afrique de l'Ouest (29% des étrangers malades en 2006), Afrique centrale (25% des étrangers malades, 16% des demandeurs d'asile), Asie de l'Est (25% des réfugiés), Afrique du Nord (26% des titulaires d'un document de séjour précaire en 2006, 22% des étrangers malades), Asie du Sud (14% des réfugiés, 13% des demandeurs d'asile), et Caraïbes (3% des demandeurs d'asile). Ils résident principalement dans les régions Ile-de-France (70% des sans-papiers bénéficiaires de l'Aide médicale Etat en 2006, 44% des demandeurs d'asile en 2007), 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 2008, le Comede a accueilli 4 591 personnes (4 131 au Centre de santé et 529 à l'Espace Santé Droit), dont 63% sont des nouveaux consultants. S'agissant du Centre-ressources, les 3 000 appels traités dans le cadre des permanences téléphoniques ont notamment concerné 2 297 personnes dont 1 735 n'étaient pas consultants au Comede, ce qui nous permet d'estimer le total des exilés directement soutenus par le Comede à près de 6 500 dans l'année.

Pour la moitié des patients, l'**orientation** vers le Comede est due à des relations personnelles (47%, voir tableau page suivante), 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 continue de diminuer (67% en 2003) au profit d'une orientation en « deuxième recours » de personnes déjà soutenues par les

associations spécialisées (29%, dont Cimade 8% et France Terre d'Asile 5%), les services de l'Etat (12%, dont Cada 5%), les avocats (6%) et les services de santé (6%). Ces « deuxième recours » concernent principalement des personnes particulièrement vulnérables qui requièrent une prise en charge spécialisée (expertise médico-sociale, juridique, psychologique, interprétariat professionnel). L'orientation spécifique sur le Centre de santé émane plus souvent de particuliers (51%), celle sur l'Espace Santé Droit plus souvent d'associations (57%) et de services de santé (12%). S'agissant des permanences téléphoniques, on observe une proportion plus importante qu'au niveau des consultations d'exilés soutenus par un service de santé (18%) et un service de l'Etat (13%).

La **résidence** des patients du Comede n'a pu être documentée de manière exhaustive en 2008, en raison de difficultés propres au nouveau logiciel de facturation imposé par les normes de la télétransmission. En 2007, les patients du Centre de santé résidaient très majoritairement en région Ile-de-France.

### Lieu de domiciliation des patients et usagers

Régions et Départements >1%	Centre de santé	Perm. Téléphon.
Aquitaine	<1%	1%
Bretagne	<1%	1%
Centre	1%	2%
Champagne-Ardennes	<1%	1%
Ile-de-France	96%	85%
75-Paris	29%	37%
77-Seine-et-Marne	3%	3%
78-Yvelines	4%	2%
91-Essonne	5%	4%
92-Hauts de Seine	6%	5%
93-Seine-Saint-Denis	22%	21%
94-Val-de-Marne	18%	10%
95-Val d'Oise	9%	3%
Languedoc-Roussillon	<1%	1%
Midi-Pyrénées	<1%	1%
Nord-Pas-de-Calais	<1%	1%
PACA	<1%	1%
Picardie	1%	1%
Poitou-Charentes	<1%	1%
Rhône-Alpes	<1%	2%
Divers autres	<1%	2%

Sur un plan administratif, 96% d'entre eux y avaient leur adresse, dont 29% à Paris, 22% en Seine-Saint-Denis, et 18% dans le Val-de-Marne. Les autres patients étaient principalement domiciliés dans le Centre et en Picardie. Au total, les patients du Centre de santé étaient domiciliés dans 295 communes et 41 départements. Toutefois, un nombre important d'entre eux ne résidaient pas dans le département où ils avaient 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 (37%), en Seine-Saint-Denis (21%), dans le Val-de-Marne (10%), les Hauts-de-Seine (5%), l'Essonne (4%), le Val-d'Oise et la Seine-et-Marne (3%), les Yvelines (2%) et en Régions Centre (2%) et Rhône-Alpes (2%).

### Mode d'orientation vers le Comede et usagers du Centre-ressources

<i>Détail pour les occurrences ≥1%</i>	Tous Patients	Centre de santé	Espace santé droit	Perm. Téléphon.	Abonnés Maux d'exil
Associations de soutien	29%	26%	57%	20%	26%
Aftam	1%	1%	<1%	<1%	<1%
Aides	<1%	<1%	1%	1%	2%
Cafda	1%	1%	<1%	<1%	<1%
Cimade	8%	4%	39%	8%	3%
Comede (CDS/ESD)	<1%	<1%	7%	1%	7%
Dom'asile	2%	2%	<1%	<1%	<1%
France terre d'asile	5%	5%	<1%	<1%	<1%
Gisti	1%	1%	1%	<1%	<1%
Médecins du monde	1%	1%	2%	1%	1%
Secours catholique/Cedre	2%	2%	<1%	<1%	<1%
Avocats et CRR/CNDA	6%	6%	5%	5%	1%
Collectifs	<1%	<1%	2%	1%	1%
Collectifs sans-papiers	<1%	<1%	1%	1%	<1%
RESF	<1%	<1%	1%	<1%	<1%
Recherche et formation	<1%	<1%	<1%	1%	6%
Médias	<1%	<1%	<1%	<1%	1%
Universités et laboratoires	<1%	<1%	<1%	<1%	2%
Particuliers	47%	51%	13%	42%	14%
Exilé ou proche	40%	43%	6%	19%	-
Famille	5%	6%	2%	10%	-
Comede (patient/membre)	1%	1%	3%	12%	9%
Site internet	1%	1%	2%	<1%	-
Services de l'Etat	12%	12%	12%	13%	22%
ASE	1%	1%	<1%	1%	<1%
AS Ville	3%	2%	7%	5%	3%
Cada	5%	5%	<1%	3%	7%
Centre de rétention CRA	<1%	<1%	1%	1%	<1%
DDASS/MISP	<1%	<1%	<1%	<1%	4%
Mairie, CCAS	<1%	<1%	2%	<1%	1%
Ofpra	1%	1%	<1%	<1%	<1%
Préfecture	<1%	1%	<1%	<1%	<1%
Sécurité sociale	<1%	<1%	<1%	2%	<1%
Services de santé	6%	5%	12%	18%	30%
Centres de prévention	<1%	<1%	<1%	<1%	2%
CRES/CODES	<1%	<1%	<1%	<1%	2%
CMP	<1%	<1%	<1%	1%	<1%
Hôpital	2%	2%	8%	11%	5%
Médecin Ville	2%	2%	2%	2%	6%

## LES EXILES SOIGNES ET SOUTENUS PAR LE COMEDE

Accueillis en 2008 à Bicêtre et/ou à Aubervilliers, **les 4 591 patients du Comede sont originaires de 93 pays**, principalement de 10 régions :

- ❶ Asie du Sud (1 381, dont 741 Sri-Lankais [Tamouls] et 514 Bangladais) ;
- ❷ Afrique de l'Ouest (1 253 patients, dont 357 Maliens, 231 Guinéens, 182 Ivoiriens, et 171 Mauritaniens) ;
- ❸ Afrique centrale (966, dont 545 Congolais/RD, 166 Congolais et 143 Camerounais) ;
- ❹ Europe de l'Est (376, dont 179 Turcs [Kurdes] et 93 Russes/Tchéchènes) ;
- ❺ Afrique du Nord (308, dont 228 Algériens) ;
- ❻ Caraïbes (76, dont 73 Haïtiens) ;
- ❼ Moyen-Orient (48, Egyptiens, Iraniens) ;
- ❽ Afrique de l'Est (45, Soudanais) ;
- ❾ Afrique Australe (41, Comoriens) ;
- ❿❶ Asie centrale (40, Afghans, Mongols).

### Les 27 principales nationalités des patients accueillis au Comede

Nationalité	N	Age	Femmes
Sri Lanka	741	31 ans	19%
Congo RD	545	35 ans	52%
Bangladesh	514	31 ans	4%
Mali	357	34 ans	22%
Guinée Conakry	231	29 ans	35%
Algérie	228	41 ans	33%
Côte d'Ivoire	182	33 ans	42%
Turquie	179	29 ans	15%
Mauritanie	171	35 ans	12%
Congo	166	35 ans	51%
Cameroun	143	37 ans	55%
Sénégal	95	38 ans	24%
Russie/Tchéch./Ing	93	38 ans	29%
Pakistan	74	33 ans	1%
Haïti	73	37 ans	47%
Angola	69	35 ans	35%
Nigeria	67	31 ans	27%
Maroc	53	42 ans	38%
Inde	52	35 ans	2%
Togo	44	37 ans	34%
Sierra Leone	37	31 ans	30%
Arménie	28	43 ans	61%
Tunisie	27	40 ans	22%
Afghanistan	23	23 ans	4%
Comores	23	41 ans	65%
Egypte	19	34 ans	32%
Soudan	18	31 ans	17%

Dans un contexte global de diminution de la File active (-6%), on observe la forte augmentation de certaines nationalités par rapport à 2007 : Bangladesh (+35%), Maroc (+33%), Algérie (+25%), Pakistan (+23%), et Togo (+22%). Les diminutions les plus notables concernent les Haïtiens (-30%), Nigériens (-30%), Mauritaniens (-28%), Congolais/RD (-18%), et Ivoiriens (-18%). Sur les 7 dernières années, le Comede a accueilli plus de 4 000 Sri-Lankais, plus de 3 000 Congolais/Zaïrois, plus de 2 000 Bangladais, plus de 1 000 Turcs, Mauritaniens et Maliens.

Les hommes sont plus nombreux (71%), et la proportion de femmes est stable par rapport à 2007. Les patients du Comede sont jeunes (âge médian 34 ans mi-2008), et récemment arrivés en France (médiane 1,8 an). Les femmes sont relativement plus nombreuses parmi les exilés originaires d'Afrique australe (66%), d'Afrique centrale (51%), des Caraïbes (45%), et d'Afrique de l'Est (42%). Les patients originaires d'Afrique de l'Est sont les plus jeunes (29 ans), ceux d'Afrique Australe les plus âgés (43 ans). Les patients d'Afrique de l'Est et d'Asie du Sud s'adressent au Comede plus tôt après l'arrivée en France, ceux d'Afrique du Nord et d'Afrique de l'Ouest plus tard que les autres ( $p < 0,001$ ). Enfin, la proportion d'anciens patients suivis en 2008 est plus importante parmi les ressortissants d'Afrique centrale (45%), des Caraïbes (45%), et d'Afrique de l'Ouest (44%), notamment dans le cadre de prises en charge psychothérapeutiques et socio-juridiques de moyen terme.

Il existe des différences socio-démographiques importantes entre les patients accueillis au Centre de santé et à l'Espace santé Droit, même si 69 patients ont été suivis à Bicêtre et Aubervilliers en 2008. Les exilés soutenus par l'Espace Santé Droit sont plus souvent des femmes, sont plus âgés, et résident en France depuis plus longtemps lors du premier recours au Comede (voir tableau page suivante). Surtout, la répartition des nationalités diffère sensiblement entre les deux groupes, composés principalement de demandeurs d'asile à Bicêtre et d'étrangers malades à Aubervilliers.

## Consultants du Centre de santé et de l'Espace Santé Droit (partenariat Cimade)

Caractéristiques des consultants	Centre de santé	Espace santé Droit
File active	4 131	529
Femmes	28%	37%
Age médian	33 ans	38 ans
Résidence en France	1,6 an	5,9 ans
<b>Afrique australe</b>	<b>1%</b>	<b>3%</b>
Comores	<1%	1%
Ile Maurice	<1%	1%
Madagascar	<1%	1%
<b>Afrique centrale</b>	<b>22%</b>	<b>14%</b>
Angola	2%	1%
Cameroun	3%	6%
Congo	4%	3%
Congo RD	13%	4%
Afrique de l'Est	1%	0%
<b>Afrique du Nord</b>	<b>5%</b>	<b>23%</b>
Algérie	4%	16%
Maroc	1%	4%
Tunisie	<1%	2%
<b>Afrique de l'Ouest</b>	<b>25%</b>	<b>46%</b>
Bénin	<1%	1%
Centrafrique	<1%	1%
Côte d'Ivoire	4%	5%
Ghana	<1%	1%
Guinée Bissau	<1%	1%
Guinée Conakry	5%	4%
Mali	6%	21%
Mauritanie	4%	4%
Nigeria	1%	2%
Sénégal	2%	5%
Sierra Leone	1%	<1%
Togo	1%	1%
<b>Amérique du Sud</b>	<b>&lt;1%</b>	<b>1%</b>
Colombie	<1%	1%
<b>Asie centrale</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>
Afghanistan	1%	<1%
<b>Asie de l'Est</b>	<b>&lt;1%</b>	<b>1%</b>
Chine	<1%	1%
<b>Asie du Sud</b>	<b>33%</b>	<b>4%</b>
Bangladesh	10%	1%
Inde	1%	1%
Pakistan	2%	1%
Sri Lanka	18%	1%
<b>Caraïbes</b>	<b>1%</b>	<b>4%</b>
Haïti	1%	4%
<b>Europe de l'Est</b>	<b>9%</b>	<b>3%</b>
Arménie	1%	<1%
Moldavie	<1%	1%
Russie/Tch./Ing.	2%	<1%
Serbie/Kosovo	<1%	1%
Turquie	4%	<1%
<b>Moyen-Orient</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>
Egypte	<1%	1%

Le Centre de santé accueille une proportion plus importante d'exilés d'Asie du Sud, d'Afrique centrale et d'Europe de l'Est, l'Espace Santé Droit une proportion plus importante de ressortissants d'Afrique de l'Ouest, d'Afrique du Nord, et d'Afrique australe.

**Les exilés informés et soutenus dans le cadre des permanences téléphoniques** du Comede (2 297 situations documentées sur ce plan, voir Centre-ressources page 49) sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (31%, Mali, Côte d'Ivoire, Sénégal, Mauritanie), d'Afrique centrale (22%, Congo RD, Cameroun, Congo), d'Afrique du Nord (22%, Algérie, Maroc), d'Europe de l'Est (7%, Turquie, Russie/Tchéchénie), d'Asie du Sud (6%, Sri Lanka, Bangladesh), ainsi que de Haïti. L'âge médian est de 33 ans. La proportion de femmes (40%), de personnes âgées de plus de 60 ans (7%), 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 leur famille 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 (1 616 patientes en 2008). Principalement originaires d'Afrique centrale (32%, dont Congo RD 18%, Congo et Cameroun 6%), d'Afrique de l'Ouest (30%, dont Mali 9%, Côte d'Ivoire et Guinée 6%), d'Asie du Sud (11%, dont Sri Lanka 9%), d'Afrique du Nord (11%, dont Algérie 8%), et d'Europe de

l'Est (7%), 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 ».

Le Comede a accueilli 111 **enfants mineurs**, dont 59 mineurs étrangers isolés adressés par les services de l'Aide sociale à l'enfance ou certaines associations spécialisées. Principalement des garçons (67%), récemment arrivés en France (médiane 6 mois), ils sont originaires de 31 pays (en premier lieu Congo/RD, Mali, Sri Lanka, Guinée Conakry et Côte d'Ivoire). Ils souffrent en particulier de 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.

Enfin, 155 patients **âgés de plus de 60 ans** ont été accueillis en 2008, soit près de 2 fois plus que l'année précédente (80 en 2007). Femmes pour les deux-tiers, résidant en France depuis 3 ans (médiane), ils sont principalement originaires d'Algérie, du Sri Lanka, du Congo RD, du Cameroun, du Congo et de Haïti. 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 (128 pour mille), les maladies cardiovasculaires (94), l'hépatite B (65), l'infection à VIH (36), et l'hépatite C (31) sont particulièrement fréquents. Parmi ceux d'Afrique de l'Ouest, c'est le cas de l'hépatite B (145), de la bilharziose urinaire (41), de l'asthme persistant (28) et de l'infection à VIH (18). Parmi ceux d'Afrique du Nord, c'est le cas du diabète (76) et des maladies cardiovasculaires (59). Parmi les exilés originaires des autres continents, on observe pour les Caraïbes la prévalence particulièrement élevée de l'infection du psycho-traumatisme (87), du diabète (57), de l'infection à VIH (15) et de la tuberculose (13); pour l'Europe de l'Est celle de l'hépatite C (26); pour l'Afrique de l'Est celle du psycho-traumatisme grave (156); et enfin pour l'Asie du Sud celle du diabète (54) et de l'anguillulose (34) ■

### Catégories administratives vulnérables

Sur un plan administratif, le statut des exilés varie au cours des mois selon les pratiques des préfetures 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 des enquêtes régulières 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.



## 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% en 2006-2007, 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 (75%,

évoquée par les exilés originaires d'Asie du Sud 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 certains 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. 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 49), 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'Ile-de-France), de l'Inpes et de Sidaction.

Le **bilan de santé** recommandé selon le pays d'origine est effectué pour 82% des patients du Centre de santé, parfois complété lorsque certains examens avaient déjà été réalisés dans un autre dispositif médical). 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, 38% des patients du Centre de santé 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 2008, les 1 956 Patients à suivre représentent

### 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 59). NFS Numération-formule sanguine, EPS Examen parasitologique des selles, TTT Traitement systématique proposé par Albendazole, EPU Examen parasitologique des urines*

43% de la File active du Comede (incluant l'Espace Santé Droit) et utilisent 56% des consultations. Cette situation, où un dispositif initialement spécifique est devenu majoritaire, doit nous amener à reconsidérer l'organisation de la continuité des soins au Comede pour l'ensemble des patients, tant au niveau du service Accueil qu'au sein des consultations et du Suivi médical.

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 d'hypertension artérielle, de diabète de type 2 et/ou d'asthme persistant. 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, 311 consultations d'Education thérapeutique ont été effectuées, ainsi que 44 consultations de 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, 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. 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 :

### L'éducation thérapeutique en chiffres

- **311 consultations** ont été effectuées au Comede en 2008, principalement en français (55%), tamoul (13%), bangali (11%), anglais (8%), et soninke (5%). Les consultations en **langue étrangère** ont mobilisé un interprète sur place dans 31% des cas et par téléphone dans 3% des cas, les autres ayant été conduites directement par les professionnelles du Comede (9%) ou à l'aide d'un accompagnateur (2%).
- **140 patients** en ont bénéficié, soit en moyenne 2,2 consultations par patient. Principalement des hommes (65%), ils sont originaires de d'Afrique centrale (Congo RD 18%, Cameroun 11%, Congo 4%), d'Asie du Sud (Sri Lanka 15%, Bangladesh 14%), d'Afrique de l'Ouest (Mali 11%, Mauritanie et Guinée 3%), et de Haïti (3%). Ces patients sont suivis pour 207 affections, soit en moyenne 1,5 affection par patient.
- **73 patients suivis pour hypertension artérielle** (52%), dont 16 également atteints de diabète, 9 de psychotraumatisme, 6 d'hépatite B chronique, 4 de cardiopathie et 4 d'hépatite C chronique. Neuf patients présentaient 2 pathologies graves associées.
- **58 patients suivis pour diabète type 2** (41%), dont 16 également atteints d'hypertension artérielle, 5 de psychotraumatisme, 4 d'hépatite B chronique, 3 de cardiopathie et 3 d'asthme. Huit patients présentaient 2 pathologies graves associées.
- **24 patients suivis pour asthme persistant** (17%), dont 3 également atteints de diabète.

diagnostic éducatif, négociation d'objectifs, intervention éducative et évaluation des résultats et reprise éducative sur plusieurs mois voir plusieurs années pour certains patients. 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 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. Parmi les patients du Centre de santé, 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 (25%, essentiellement des psycho-traumatismes), maladies infectieuses et parasitaires (29%), autres affections chroniques et risques médicaux graves (46%). 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 62 et tableau page suivante). Les huit principaux motifs de suivi sont caractérisés dans la suite de ce chapitre par nombre décroissant de cas :

- **Psycho-traumatisme** : 533 patients, 5% des diagnostics étaient connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Est (taux de 278 pour 1000 chez les femmes vs 101 chez les hommes), d'Afrique centrale (femmes 136, hommes 121), des Caraïbes (femmes 69, hommes 106), et d'Europe de l'Est (femmes 146, hommes 72). Prévalence stable chez les nouveaux patients.

- **Hépatite chronique B** : 387 patients, 6% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 84, hommes 161), d'Asie centrale (femmes 164, hommes 70), et d'Afrique centrale (femmes 39, hommes 97). Diminution non significative de la prévalence chez les nouveaux patients.

- **Maladies cardio-vasculaires** : 366 patients, 39% des diagnostics connus au pays. Plus fréquents parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 116, hommes 74) et d'Afrique du Nord (femmes 84, hommes 49). Augmentation significative de la prévalence ( $p < 0,001$ ).

- **Diabète** : 258 patients, 49% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (femmes 108, hommes 63), des Caraïbes (femmes 42, hommes 70) et d'Asie du Sud (femmes 63, hommes 49).

Augmentation significative de la prévalence ( $p = 0,02$ ).

- **Hépatite chronique C** : 107 patients, 10% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Asie centrale (femmes 145, hommes 89), d'Afrique centrale (femmes 39, hommes 24) et d'Europe de l'Est (femmes 36, hommes 23). Diminution non significative de la prévalence.

- **Asthme persistant** : 105 patients, 66% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 17, hommes 31) et d'Asie du Sud (femmes 18, hommes 17). Diminution non significative de la prévalence.

- **Infection à VIH-sida** : 51 patients, 6% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 53, hommes 21), d'Afrique de l'Ouest (femmes 34, hommes 15) et de Haïti (femmes 16, hommes 15). Augmentation non significative de la prévalence.

- **Tuberculose** : 36 patients, 6% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 9, hommes 19), de Haïti (femmes 5, hommes 20) et d'Afrique de l'Est (12). Augmentation non significative de la prévalence. Seuls sont comptés ici les cas de tuberculose-maladie, et non les cas de radiographies pulmonaires évocatrices mais non confirmées au cours de la surveillance (dans la moitié des cas).

Parmi les autres risques médicaux observés, il faut signaler la prévalence de l'anguillulose intestinale notamment chez les exilés d'Asie du Sud (34), et d'Afrique centrale (27), ainsi que de la bilharziose urinaire, très fréquente parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (41). Enfin, parmi les autres affections graves, on note la fréquence relativement élevée des handicaps associés ou non à des traumatismes locomoteurs (5 pour 1000), des cancers (3) et de la drépanocytose (2).

## Taux de prévalence observés au Comede par région et pays d'origine

Taux pour 1000 personnes, parmi 18 996 patients accueillis en médecine 2002-2008

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

Région & Pays (n)	ANG	AST	BIL	DIA	MCV	PSY	TUB	VHB	VHC	VIH
<b>Taux global (effectif 18 996)</b>	21	16	10	37	53	81	8	62	18	14
<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
<b>Afrique australe 102</b>	-	3	-	59	127	88	20	10	10	10
<b>Afrique centrale 4 757</b>	27	11	2	36	94	128	14	65	31	36
Angola/Cabinda 491	49	2	4	37	79	120	29	88	49	22
Cameroun 453	13	9	-	44	106	106	9	95	51	57
Congo 580	12	10	3	45	84	128	12	67	17	40
Congo RD 3 057	29	13	1	33	97	130	12	55	28	32
Rwanda 74	27	14	-	41	122	243	27	14	41	95
<b>Afrique de l'Est 173</b>	12	6	1	-	12	156	12	29	12	12
Soudan 67	15	-	15	-	-	90	15	45	-	-
<b>Afrique du Nord 577</b>	*	12	**	76	59	81	2	10	10	2
Algérie 450	*	13	**	76	62	89	-	2	4	2
Maroc 81	*	12	**	111	37	49	12	-	25	-
<b>Afrique de l'Ouest 4 394</b>	13	28	41	25	47	79	8	145	8	18
Côte d'Ivoire 598	12	13	3	32	57	105	2	125	20	42
Guinée Conakry 729	30	7	8	18	36	158	8	122	7	16
Mali 848	-	55	94	31	53	25	6	206	4	12
Mauritanie 1 222	2	30	65	10	32	35	8	150	5	12
Nigeria 273	26	22	4	22	37	114	11	77	7	22
Sénégal 256	16	51	31	35	74	27	8	156	8	4
Sierra Leone 150	53	20	13	-	60	167	7	140	7	33
Togo 104	10	19	-	87	96	163	-	58	-	10
<b>Asie centrale 213</b>	*	5	**	5	28	28	9	94	103	-
Afghanistan 87	*	-	**	-	11	34	-	-	23	-
Mongolie 93	*	11	**	11	32	11	11	204	194	-
<b>Asie de l'Est 125</b>	12	16	**	40	64	56	-	120	24	-
Chine 70	-	29	**	43	29	29	-	129	-	-
<b>Asie du Sud 5 906</b>	34	17	**	54	37	44	6	14	9	<1
Bangladesh 1 748	64	16	**	61	35	20	2	35	3	-
Inde 367	5	16	**	41	57	38	25	16	3	3
Pakistan 261	4	42	**	73	42	15	19	38	142	-
Sri Lanka 3 522	23	16	**	51	35	59	5	1	2	-
<b>Caraïbes 389</b>	5	8	**	57	39	87	13	36	3	15
Haïti 384	5	8	**	55	36	89	13	36	3	16
<b>Europe de l'Est 2 103</b>	*	4	**	10	19	85	3	41	26	<1
Arménie 63	*	-	**	-	111	95	-	-	45	-
Géorgie 69	*	29	**	-	14	101	-	14	232	-
Moldavie 85	*	12	**	12	47	35	-	71	94	-
Russie/Tchéchénie 262	*	8	**	8	27	141	-	15	69	4
Turquie 1 432	*	3	**	9	10	78	4	49	2	-
Ukraine 62	*	-	**	16	16	16	-	32	32	-
<b>Moyen-Orient 133</b>	*	-	-	8	45	90	-	15	90	8

\* 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

### 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 2 mois pour le diabète. Les Patients à suivre consultent 3,8 fois en moyenne sur la période, au cours de laquelle 79% d'entre eux bénéficient d'un suivi conjoint par un médecin spécialiste le plus souvent à l'hôpital.

En 2008, la prise en charge de 1 439 Patients à suivre s'est terminée au Comede. **La continuité des soins** a été assurée pour 93% d'entre eux : 1 192 patients ont bénéficié d'un relais médico-social proche de leur lieu de résidence (souvent auprès d'un service hospitalier), 131 ont guéri (parasitose, psycho-trauma, tuberculose, hépatite...), alors que 10 patients sont retournés librement dans leur pays d'origine. Les échecs concernent 104 patients perdus de vue malgré les relances téléphoniques et postales du Suivi médical. Un patient mongol de 28 ans est décédé, il était suivi au Comede depuis plus de 2 ans pour une hépatite chronique C. Nous

avons également eu connaissance d'une procédure d'éloignement à l'encontre d'une patiente congolaise de 38 ans suivie pour une névrose traumatique grave.

Inscrites dans les **priorités de santé publique** en France, la lutte contre le VIH et la tuberculose ont 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 61)

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 la survenue de maladies jusqu'à 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 2009) 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 34), 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 58).

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, depuis la création des 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, une part importantes des activités conjuguées du Centre de santé, de l'Espace Santé Droit et du Centre-ressources du Comede a été consacrée à la promotion de l'accès aux soins des exilés en 2008. Pour ces actions, le Comede bénéficie en particulier de subventions du GRSP, du Conseil

Régional d'Ile-de-France et de la Direction générale de l'action sociale.

### ACTIONS DU COMEDE

**La moitié des nouveaux patients du Comede sont dépourvus d'une protection maladie efficiente** (dispense d'avance des frais par la CMU-C ou l'AME). En 2007, 52% des nouveaux patients du Centre de santé se trouvaient dans cette situation. Selon l'examen des conditions de facturation des consultations de médecine effectuées sur l'année, 61% des consultants du Centre de santé avaient 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). Ces données n'ont pu être actualisées en 2008 en raison des difficultés du nouveau logiciel de facturation dont le Comede a dû s'équiper face aux contraintes de la télétransmission. Rapportées à l'année 2008, elles évoquent une forte proportion de consultations médicales et infirmières « gratuites » (39% des cas, pour plus de 4 000 consultations sur l'année), en totalité (32% des consultants étaient également dépourvus de protection de base) ou pour la part complémentaire (7% avaient la sécurité sociale de base sans la Complémentaire). La pratique des examens complémentaires lors des bilans de santé initiés par le Comede (2 100 patients), la délivrance gratuite de médicaments (900 fois) et les demandes de protection maladie décrites ci-après complètent ces actions de Permanence d'accès aux soins de santé (Pass) du Comede.

Pour tous les patients du Centre de santé dépourvus de protection complémentaire, **le service Accueil délivre une information et un formulaire-Comede personnalisé** à l'attention du Centre de sécurité sociale (CSS) de secteur.

Le livret de santé bilingue (voir Centre-ressources page 51) 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 près de 10% 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. En cas de blocage, les médecins, les infirmiers et les 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. Les usagers de l'Espace Santé Droit se voient également remettre un livret de santé bilingue personnalisé, et ouvrir un dossier sur lequel figurent l'état des droits, alors que les interventions en matière d'accès aux soins ont occupé une part importante des consultations socio-juridiques et des appels téléphoniques traités par l'équipe de la Cimade et du Comede.

Au total en 2008, **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 de médecine (18%), 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 23% des démarches effectuées, ce qui montre les difficultés majeures que doivent affronter les personnes isolées pour accéder aux dispositifs de droit commun. Les activités de veille réglementaire et d'intervention spécialisée, en consultation ou par téléphone, sont portées par les membres du groupe de Suivi de l'accès aux soins du Comede (SAS). Les intervenants du SAS contribuent notamment à la permanence téléphonique destinée aux professionnels et aux particuliers, et se consacrent en outre aux activités de formation, recherche et publication sur l'accès aux soins. La permanence téléphonique du Comede est sollicitée sur des questions d'accès aux soins dans 35% des cas (sur 2 428 appels caractérisés en 2008), plus souvent par des services de l'Etat (42% de leurs motifs d'appel), des particuliers (40%), et des

services de santé (36%, voir Indicateurs page 63).

### 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 2008, 687 obstacles à l'accès aux soins ont été documentés pour 239 patients. Ces obstacles ont été significativement plus fréquents parmi les patients d'Asie du Sud (42% du groupe concerné, alors qu'ils ne représentent que 30% de la file active globale,  $p < 0,001$ ) et d'Afrique centrale (26% vs 21%), soient pour des exilés plus récemment arrivés en France (médiane 16 mois lors de la consultation observée).

Au total en 2008, **82% des obstacles** à l'accès aux soins pour ces patients **relèvent des dysfonctionnements de la Sécurité sociale**. Les erreurs de droit sont les plus fréquentes (35%, voir tableau ci-contre). Il s'agit d'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, avec une augmentation significative des refus non réglementaires d'admission immédiate à la CMU-C ou d'instruction prioritaire à l'AME en 2008. Les difficultés d'accès au Centre de sécurité sociale de secteur (CSS) restent très fréquentes, principalement en raison de l'absence d'interprète pour les démarches ou d'insuffisance de « traçabilité » des dossiers avec multiples renvois d'un service à l'autre au sein de la CPAM concernée. Des 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, 18% des obstacles sont dus aux dysfonctionnements des dispositifs de soins, dont l'hôpital public sollicité en priorité par ces patients démunis.

## Typologie des obstacles à l'accès aux soins pour les patients du Comede en 2008

687 obstacles documentés dans 10 départements pour 29 patients

Type d'obstacle	%
<b>Erreurs de droit du CSS</b>	<b>35%</b>
<i>Pour la Sécu et l'AME</i>	1%
Régularité de séjour CMU/AME	1%
<i>Pour la Sécu-CMU-C</i>	26%
CMU-C refus admission immédiate	8%
Attente des Assedic	4%
Régularité du séjour	3%
Ouverture Base & oubli CMU-C	2%
Exigence de RIB	2%
Calcul des ressources	2%
Exigence EAN	2%
Date d'ouverture des droits	1%
Stabilité du séjour (asile)	1%
Autres obstacles	1%
<i>Pour l'Aide médicale Etat</i>	8%
Refus Instruction prioritaire AME	5%
Exigence EAN	1%
Résidence en France	1%
Autres obstacles	1%
<b>Difficultés d'accès au CSS</b>	<b>30%</b>
Absence d'interprétariat	9%
Traçabilité du dossier	7%
Besoin d'aide au dossier	4%
CSS injoignable par téléphone	4%
Obstacles à la domiciliation	2%
Problème de boîte à lettre	2%
Défaut de preuve de résidence	1%
Abandon de la demande	1%
<b>Erreurs de procédure du CSS</b>	<b>16%</b>
Délai de traitement > 2 mois	9%
Dossier « perdu » par le CSS	3%
Absence de reçu	2%
Accord non notifié	2%
<b>Obstacles dispositifs de soins</b>	<b>18%</b>
Soins différés sans protection mal.	8%
Arrivée en France < 3 mois	2%
Croyance erronée « pas droit »	1%
Refus de soins « en ville »	1%
Blocage accès à la carte Vitale	1%
Travailleur sans titre	1%
Facture hôpital	1%
Refus liés au défaut de carte Vitale	1%
Autres obstacles	2%

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, RIB : Relevé d'identité bancaire.

Les obstacles documentés sont plus fréquents pour des patients résidant en Seine-Saint-Denis (36%) et dans le Val-de-Marne (21%). L'année écoulée confirme la tendance générale montrant des Caisses en difficulté dans la gestion des droits pour les populations étrangères en séjour administratif précaire. La complexité du droit et des procédures, associée parfois avec au manque de moyen et de personnels, conduisent les Caisses à des pratiques approximatives voire erronées tant dans le droit applicable que dans les processus de gestions des dossiers. Huit ans après la réforme CMU, les CPAM du 92 et du 94 étaient toujours 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, a permis de stopper les refus d'assurance maladie pour les étrangers titulaires d'APS pour raisons médicales. Cependant, malgré une circulaire ministérielle très claire, la Caisse continue de refuser à tort l'assurance maladie pour les demandeurs d'asile sous convocation préfecture ou APS (autorisation provisoire de séjour). La Caisse du Val-de-Marne continue dans sa pratique de refus de protection maladie à des étrangers démunis pourtant éligibles à l'AME au motif fallacieux soit que la personne devrait se rendre en préfecture pour régularisation, soit que des droits potentiels à l'assurance maladie seraient hypothétiquement valables. Enfin, la CPAM de

Paris 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. Par ailleurs, la Caisse de Paris traite les demandeurs d'asile sous convocation « Dublin » comme étant en séjour irrégulier et les exclue de ce fait de l'assurance maladie, ce qui est contraire à la Directive européenne sur les normes minimales d'accueil des demandeurs d'asile.

En Guyane, la rencontre entre le Comede et la Caisse générale de sécurité sociale a permis de mettre en évidence des fautes importantes de la caisse en matière de réglementation applicable aux étrangers. Ainsi de nombreuses personnes, bien qu'en règle (convocation préfecture, récépissé, APS ou titre de séjour précaires) sont exclues à tort de l'assurance maladie et renvoyées vers l'AME (la Guyane est le premier département français par le nombre de bénéficiaires d'AME rapporté à la population). Les pièces exigées en matière de domiciliation pour les SDF, de rattachement des enfants sont contraires à la réglementation ou interprétées de façon restrictive.

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 (Permanences d'accès aux soins de santé de l'Hôpital public) 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 de sollicitation de la part de l'usager et d'intervention 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 les CSS de secteur dans leur méconnaissance du droit.

### BESOINS ET RECOMMANDATIONS

Les interventions du Comede auprès du CSS / de la direction de la CPAM ont permis en 2008 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 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 2008, 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 de ne pas bénéficier d'un paiement de leur prestation, 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 2008 parmi les CPAM des départements de résidence des patients de la file active.

Après l'occasion manquée de 1999, la création d'une Couverture maladie véritablement « universelle » reste nécessaire pour résoudre ces difficultés persistantes d'accès aux soins. En outre, certaines carences des dispositifs publics contrarient également la continuité des soins. Il en est ainsi de prestations essentielles à la prise en charge globale de nombreux patients qui ne sont pas toujours proposées par les Pass et autres dispositifs d'accueil et de santé fréquentés par ce public, comme la psychothérapie ou le conseil juridique, ces deux 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 Centre de santé, de l'Espace Santé Droit et du Centre-ressources du Comede, grâce aux permanences téléphoniques et aux publications consacrées à cette thématique. Enfin, les actions de plaidoyer en faveur de l'accès aux soins pour toute la population doivent être poursuivies, notamment en partenariat avec les associations de l'ODSE (voir page 58) ■

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

Année	Bénéficiaires de la CMU-C.		Bénéficiaires de l'AME	
	N	%	n	%
2001	4 980 802		125 376	
2002	4 572 965	-8%	145 394	+16%
2003	4 688 627	+3%	170 316	+15%
2004	4 734 550	+1%	146 297	-16%
2005	4 794 309	+1%	178 689	+18%
2006	4 834 250	+1%	191 955	+7%
2007	4 799 838	-1%	183 720	-4%
2008	4 232 219	-12%*	189 000	+3%

\* correction du mode de comptage en 2008

Sources : Fonds CMU, IGAS, DSS





## Droit de la santé et expertise médico-juridique

(Indicateurs pages 61)

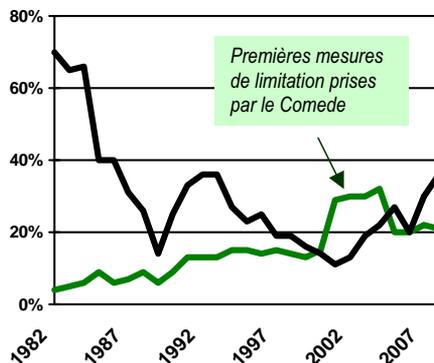
Si les effets médico-psychologiques de la crise du droit d'asile sont restés majoritairement cantonnés aux associations et services de soins spécialisés, les restrictions observées au cours des dernières années en matière de protection juridique des étrangers malades rejaillissent sur l'ensemble du corps 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 2008, **les consultations du Comede ont relevé d'une expertise médico-juridique dans 41% des cas**, en matière de droit d'asile (16%) et de droit au séjour des étrangers malades (Dasem, 25%). La demande de certificat médical destiné à l'Ofpra ou à la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) reste la plus importante numériquement, alors que la demande d'expertise et de soutien de la part des étrangers malades est restée très forte en 2008, tant au niveau du Centre de santé que de l'Espace Santé Droit. 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 63). 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, 30 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 2008, Les médecins du Comede ont délivré **672 certificats destinés à la demande d'asile**, correspondant à 21% des patients reçus en Médecine. Comme entre 2003 et 2005, le Centre de santé du Comede a du appliquer entre mai et septembre des mesures de limitations en raison d'un délai maximum de rendez-vous fixé à 2 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 resté stable à 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 Soudan (39% d'entre eux ont obtenu un certificat en 2008), du Bangladesh (37%), de Turquie (28%), du Sri Lanka (26%) et de Russie/Tchéchénie (25%), 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 31). En 2008, ces questions sont surtout venues des services de l'Etat (12% de leurs motifs d'appel) 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 ont pu être partagées en 2008 entre le Centre de santé et l'Espace Santé Droit (partenariat Cimade/Comede, voir page 45) et le Centre-ressource. 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 intervenants socio-juridiques (76% de leurs consultations relèvent d'une expertise en matière de droit au séjour) et les médecins (17%). Les permanences téléphoniques du Comede sont

particulièrement sollicitées sur cette question par les avocats (72% de leurs motifs d'appel), associations (69%), ou des particuliers (56%).

En 2008, les médecins et les assistants sociaux ont soutenu la démarche de **324 étrangers malades pour un total de 675 demandes de titre, d'aide juridictionnelle et de recours**. Les interventions les plus nombreuses ont été les demandes de première délivrance de titre (190) et demandes de renouvellement (161). Face à la multiplication des refus de première demande et de renouvellement de titre par les préfectures (voir Observation page 34), les recours contentieux ont été nombreux (138, répartis pour moitié entre les patients du Centre de santé et ceux de l'Espace Santé Droit), auprès des Tribunaux administratifs (110) et des Cours administratives d'appel (28). Le Comede et la Cimade ont également soutenu 95 demandes d'aide juridictionnelle ainsi que 6 recours contre un refus d'AJ.

L'évaluation des demandes des patients par les médecins du Comede a conduit dans 67% 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 Angolais (17% des patients de cette nationalité ont effectué une démarche en 2008), Maliens (16%), Mauritaniens, Camerounais et Sénégalais (15%), que les demandes soutenues par le Comede sont les plus fréquentes. L'évaluation du médecin se double de 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, la fréquence des recours contentieux entraîne une lourde charge de travail juridico-médicale (obtention de l'aide juridictionnelle, orientation vers un avocat,

certification médicale et suivi du dossier).

Depuis l'entrée en vigueur en 2007 de la réforme sur l'Obligation de quitter le territoire français (OQTF), 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 2008 : 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... Ces obstacles sont largement documentés dans le Rapport 2008 de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, auquel le Comede a contribué (voir ODSE page 58).

## 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 en un programme d'observation des réponses administratives et judiciaires aux demandes de protection faites par les « étrangers malades ». L'objectif est double : informer les malades et les professionnels concernés sur les pratiques effectives, et alerter l'opinion et les pouvoirs publics sur l'évolution restrictive dans l'application du droit au séjour pour raison médicale. Les 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 <sup>1</sup>.

La méthode utilisée consiste à caractériser chaque réponse préfectorale – à l'exception des recours gracieux - 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 <sup>2</sup>, CST <sup>3</sup>, APAR <sup>4</sup>, accord TA/CAA/CE <sup>5</sup>);
- ou un refus (IQF/OQTF <sup>6</sup>, Décision implicite de rejet, APRF <sup>7</sup>, 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

<sup>1</sup> Voir Guide Comede 2008, [www.comede.org](http://www.comede.org)

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

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

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

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

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

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

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 2002-2008 et concernent 546 patients du Comede, ce qui représente 2% de la file active globale du Comede sur la période, et 8% des patients suivis pour affection grave. Majoritairement des hommes (77%), jeunes (âge médian 38 ans), ils sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (47%), d'Afrique centrale (29%), d'Asie du Sud (10%), d'Afrique du Nord (4%), et d'Europe de l'Est (3%). Ils résident en France depuis 4 ans (médiane) au moment de la réponse, et 78% d'entre eux ont découvert leur maladie après l'arrivée en France (94% des personnes infectées par le VIH, le VHB ou le VHC). Ils bénéficient d'une prise en charge médicale pour une ou plusieurs affections graves (713 au total, soit en moyenne 1,3 affection renseignée pour chaque demandeur), dont les plus nombreuses sont l'hépatite B chronique (30%), les maladies cardio-vasculaires (14%), le diabète (11%), l'asthme persistant (9%), les psychotraumatismes (7%), l'hépatite C chronique (4%), l'infection par le VIH (4%), les handicaps graves (3%), et les cancers (2%).

Neuf cent procédures ont été documentées dans 14 départements, principalement Paris (47%), la Seine-Saint-Denis (15%), le Val-de-Marne (13%), le Val d'Oise (7%), l'Essonne (5%), les Hauts-de-Seine (4%) et la Seine-et-Marne (4%). L'analyse statistique croisée des réponses avec les affections en cause conduit à la constitution d'un échantillon de 1 230 enregistrements documentés sur la période 2002-2008, dont 254 en 2008.

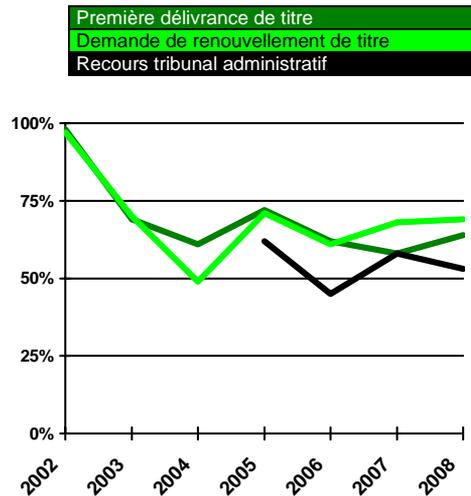
**[Tableau 1] – Evolution du taux d'accord selon la procédure**

Données 2002-2008, 1 230 enregistrements sur 14 départements pour 546 étrangers malades

% si n>10	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
<b>1<sup>ère</sup> délivrance de titre</b>	98%	69%	61%	72%	62%	58%	64%	67%
effectif	44	52	79	99	85	110	89	558
<b>Renouvellement</b>	97%	70%	49%	71%	61%	68%	69%	68%
effectif	43	66	68	69	75	73	74	468
<b>Recours tribunal adm. <sup>2</sup></b>	-	0/1	2/2	62%	45%	58%	53%	54%
effectif	-	1	2	34	31	45	91	204

[Tableau 1 et figure ci-contre] Proche de 100% jusqu'en 2002, les taux d'accord préfectoraux chutent en 2 ans à 61% (en première délivrance) et à 49% (en renouvellement). Par la suite, les taux préfectoraux vont osciller autour de 2 accords sur 3 pour les préfetures, et de 1 sur 2 pour les recours contentieux contre un refus préfectoral. Cette évolution a été observée en dehors de toute modification législative et réglementaire « officielle ». Dans la mesure où, jusqu'en 2007, la quasi-totalité des décisions préfectorales respectaient les avis médicaux, ces résultats sont significatifs de l'impact des débats politiques et militants contradictoires sur l'élaboration des avis médicaux rendus par les MISP. Les premières mises en cause publiques des MISP jugés « complaisants » interviennent en 2003, dans une circulaire du ministère de l'Intérieur, puis lors des débats parlementaires à la loi de novembre 2003 sur la « maîtrise de l'immigration ». Depuis 2004, la baisse des taux d'accord semble avoir été enrayée dans la plupart des départements, suite à la mobilisation des professionnels de santé et des associations (voir [www.odse.eu.org](http://www.odse.eu.org)), et à la publication par le ministère de la Santé d'une circulaire rappelant la nécessité pour les MISP de protéger les étrangers vivant avec le VIH contre le renvoi vers un pays où l'accès aux soins ne peut être garanti (septembre 2005).

En 2006, le droit est à nouveau menacé par un avant-projet de loi puis un projet de circulaire destinés à substituer les préfets aux médecins de l'Administration dans l'appréciation des risques médicaux encourus en cas d'éloignement du malade. Suite à une lettre ouverte des associations de l'ODSE au président de la République, les ministres



concernés déclarent publiquement leur attachement à l'esprit de la loi. Dès lors, les tentatives de restriction d'application du droit vont prendre un tour plus officieux, mais pas moins efficace. En mars 2007, contre l'avis des associations et organisations médicales consultées, le Comité interministériel de contrôle de l'immigration met en ligne sur le site intranet ministériel des « fiches-pays » pour 30 nationalités en 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 ». Malgré les protestations de nombreuses personnalités reconnues pour leur engagement éthique (pétition « *Peut-on renvoyer des malades mourir dans leur pays ?* », avril 2008), les fiches ne seront pas retirées, et constituent depuis lors le texte de référence sur lequel un certain

nombre de MISP fondent leur avis. Publié en mai 2008 à l'occasion des 10 ans de la Loi Chevènement, le dernier rapport de l'ODSE dresse un sombre bilan de l'application du droit, alors qu'apparaissent des refus de régularisation contre l'avis des MISP. Face aux pratiques restrictives des préfectures, les recours contentieux auprès du Tribunal administratif se sont multipliés au cours de ces

7 années. A l'instar de l'évolution du droit d'asile, les juridictions de recours accordent une place de plus en plus importante à la protection des étrangers malades rejetés par les administrations en charge des procédures initiales, et permettent dans une certaine mesure de corriger les discriminations mises en évidence sur le plan spatial, national mais aussi sur le plan de la pathologie en cause.

**[Tableau 2a] – Evolution du taux d'accord global par préfecture et tribunal**

Données 2002-2008, 1 230 enregistrements sur 14 départements pour 546 étrangers malades

% si n>10	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
<b>Préfectures &amp; effectif</b>	<b>98%</b>	<b>69%</b>	<b>55%</b>	<b>71%</b>	<b>62%</b>	<b>62%</b>	<b>66%</b>	<b>Total</b>
75 - Paris n=490	100%	65%	55%	71%	55%	31%	53%	62%
93 - Seine-St-Denis n=142	90%	63%	67%	61%	48%	52%	65%	61%
95 - Val-d'Oise n=80	3/3	3/6	0/4	70%	50%	43%	64%	52%
Autres départem. n=315	92%	95%	58%	79%	80%	88%	82%	82%
<b>Tribunal admin. &amp; effectif</b>		<b>0/1</b>	<b>2/2</b>	<b>62%</b>	<b>45%</b>	<b>58%</b>	<b>52%</b>	<b>Total</b>
TA Paris (75, 92) n=136	-	-	-	54%	36%	59%	55%	52%
Autres TA n=68	-	0/1	2/2	80%	5/6	57%	46%	59%

Les cases colorées □ signalent des taux inférieurs au taux global

[Tableaux 2] On observe ainsi des différences significatives entre les préfectures (voir ci-dessus,  $p < 0,001$ ), pour des populations pourtant comparables sur le plan de l'origine géographique et de la pathologie. Depuis 2005, les discriminations à l'encontre des étrangers malades sont observées dans les départements où la demande est la plus forte (Paris et Seine-Saint-Denis). La baisse des taux d'accord apparaît particulièrement marquée pour les

étrangers souffrant de psycho-traumatisme, de diabète, d'asthme persistant, de maladies cardio-vasculaires et d'hépatite B chronique. Les malades porteurs d'une hépatite C chronique active semblent également de moins en moins protégés, alors qu'on mesure l'importance de la circulaire consacrée au droit au séjour des personnes vivant avec le VIH : 100% de réponses favorables dans notre observation.

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

Données 2002-2008, 1 230 enregistrements sur 14 départements pour 546 étrangers malades

% si n>10	Taux et effectifs			Procédure				Département			
	2007	n	02/08	1ère	Ren	Réex	TA	75	93	95	autre
Asthme	<b>61%</b>	115	<b>64%</b>	75%	64%	0/2	44%	56%	5/8	69%	81%
Diabète	<b>59%</b>	138	<b>62%</b>	62%	70%	2/3	43%	59%	47%	57%	90%
MCV	<b>59%</b>	192	<b>67%</b>	71%	69%	2/3	55%	52%	64%	72%	89%
PSY	<b>40%</b>	82	<b>61%</b>	66%	60%	1/1	4/9	55%	3/9	64%	85%
VHB	<b>56%</b>	390	<b>57%</b>	57%	66%	38%	48%	51%	50%	42%	73%
VHC	<b>53%</b>	69	<b>72%</b>	76%	73%	1/3	82%	68%	5/7	1/1	80%
VIH	<b>4/4</b>	43	<b>100%</b>	100%	100%	-	1/1	100%	5/5	2/2	100%
Autres	<b>63%</b>	247	<b>59%</b>	71%	63%	6/9	70%	61%	60%	0/5	69%
<b>Total</b>	<b>59%</b>	<b>1 276</b>	<b>64%</b>	<b>67%</b>	<b>68%</b>	<b>50%</b>	<b>54%</b>	<b>59%</b>	<b>56%</b>	<b>56%</b>	<b>80%</b>

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

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

Données Comede 2002-2008, 1 230 enregistrements sur 14 départements pour 546 étrangers malades

% si n>10	02/08	ALG	ANG	BAN	CRD	CIV	GUI	MAL	MAU	PAK	SEN	SRI
Asthme	64%	1/1	-	86%	75%	3/4	1/1	50%	54%	6/9	1/7	-
Diabète	62%	3/9	3/6	63%	69%	1/2	-	50%	1/1	1/2	10%	89%
MCV	67%	0/5	3/5	67%	86%	1/5	1/1	50%	50%	2/5	4/9	3/5
PSY	61%	0/4	3/3	5/6	70%	-	3/5	1/1	2/4	-	-	5/8
VHB	57%	-	81%	68%	60%	47%	31%	60%	50%	5/7	35%	-
VHC	72%	1/1	2/3	8/8	82%	1/3	-	1/2	-	71%	4/4	-
VIH	100%	-	3/3	-	100%	5/5	1/1	6/6	5/5	-	3/3	-
autres	59%	60%	3/4	3/5	57%	50%	63%	68%	5/8	0/1	67%	100%
<b>Total</b>	<b>64%</b>	<b>40%</b>	<b>75%</b>	<b>74%</b>	<b>71%</b>	<b>52%</b>	<b>63%</b>	<b>60%</b>	<b>54%</b>	<b>63%</b>	<b>41%</b>	<b>83%</b>
effectifs	1 276	35	40	108	254	48	41	220	105	38	63	41

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] Enfin, 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'Afrique centrale (taux d'accord 69%) et d'Asie du Sud (63%) font l'objet d'une décision plus souvent positive que ceux d'Afrique de l'Ouest (56%) ou d'Afrique du Nord (36%,  $p < 0,001$ ). A nouveau, il apparaît que les taux les plus défavorables concernent les pays dont les ressortissants sont les plus nombreux à être régularisés. Si l'on compare les taux de 10 des 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 principalement les pays dont les ressortissants sont les plus nombreux à être régularisés. Plus la demande est forte, plus restrictifs sont ses critères d'application pratique : pour les étrangers malades, la logique des quotas tend à prendre le pas sur l'application du droit.

## BESOINS ET RECOMMANDATIONS

La reconnaissance du droit au séjour des étrangers malades est entravée par l'existence de consignes officieuses symbolisées par les « fiches-pays » figurant sur le site intranet ministériel. Les données qu'elles contiennent ne renseignent en rien sur les réalités de l'accès aux soins des malades, et ne répondent

Nationalité	Etrangers malades*	Taux d'accord** (effectif observé)
Algérie	3 619	40% (5)
Côte d'Ivoire	2 120	52% (48)
Mali	1 884	60% (220)
Congo RD	1 632	71% (254)
Sénégal	701	41% (6)
Guinée Cona.	481	63% (41)
Mauritanie	303	54% (105)
Pakistan	195	63% (8)
Bangladesh	110	74% (108)
Sri Lanka	93	83% (41)

\* 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 2002-2008

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. 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 2008 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, alors que plusieurs « médecins agréés » se sont vus interdire par certaines préfectures le droit de délivrer les rapports médicaux pourtant prescrits par la réglementation.

Ainsi, les efforts des associations de soutien et le travail incessant de plaidoyer mené par l'ODSE restent particulièrement nécessaires. Pour faire face à l'augmentation des besoins chez les malades étrangers, les actions d'expertise médicale et de soutien socio-juridique menées par le Comede doivent être maintenues en 2009 tant au niveau du Centre de santé que dans le cadre de l'Espace Santé Droit, partenariat opérationnel avec la Cimade (voir page 45). Enfin, faute de données publiées par les autorités et compte-tenu de la disparité des pratiques mise en évidence dans les départements déjà observés, 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 ■

### Devenir des patients du Comede régularisés

Le Comede a pu documenter le devenir de 648 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 2009 :

- **48% sont en séjour régulier** : Carte de résident (5%), CST (31%), document provisoire (10%), ou décision judiciaire favorable en attente d'exécution (2%) ;
- **52% sont sans-papiers** : notification d'une OQTF (16%), d'une IQF (13%), d'un APRF (3%), ou décision implicite de rejet de l'Administration (13%), rejet du tribunal (7%).

Cette observation démontre le caractère très précaire du séjour des étrangers malades : une seule décision défavorable peut remettre en cause plusieurs décisions favorables obtenues antérieurement. En cas de maladie chronique, seule la transformation des titres temporaires en carte de résident permettra de garantir les conditions de vie nécessaires à continuité des soins

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

En mars 2009, les données exhaustives les plus récentes datent de 2002, publiées à l'époque par le ministère de l'Intérieur (Titres de séjour par nationalité). Le dernier rapport au parlement établi en décembre 2008 par le Secrétariat général du 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 2003 et 2007 (métropole, et DOM-TOM jusqu'en 2006), 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). 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.

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 2006, et le Comede a pu se procurer le rapport relatif aux avis médicaux rendus en 2006. Les données relatives aux avis des MISP portent sur 93 départements pour 2003, sur 95 départements en 2004, sur 86 départements en 2005, et sur 100 départements en 2006. En 2006, 55% des avis ont été rendus pour l'Île-de-France, dont 21% à Paris ; les 3 autres régions principales étant PACA (6%), Rhône-Alpes et Alsace (5%), Aquitaine et Centre (4%) et DOM (3%). Les principales pathologies en causes étaient les troubles psychiatriques graves (16%), l'infection par le VIH (13%), les hépatites virales chroniques (9%), maladies cardiovasculaires et troubles locomoteurs (7%), et diabète (5%). Les nationalités les plus représentées sont l'Algérie (19%), les 2 Congo comptés ensemble (11%), le Mali (8%), le Cameroun (6%), la Côte d'Ivoire, le Maroc et Haïti (5%).

Données publiées	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total avis médicaux rendus	5 678	23 090	33 133	36 008	40 940	43 337	?
Taux d'accord des MISP	76%	63%	72%	65%	68%	67%	?
Total CST première délivrance	3 414	4 253	5 779	7 813	7 612	6 790	5 666
Total APS toutes délivrances	?	3 315	5 976	5 245	4 288	?	?
Total CST prem. dél. et renouvellement	7 259	9 149	12 109	16 164	?	?	?



## Le Centre de santé à Bicêtre

(Indicateurs pages 59 à 62)

Hébergé par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris au sein du CHU de Bicêtre, le Centre de santé du Comede a délivré **11 864 consultations en 2008**, soient 50 consultations par jour en moyenne. La forte diminution de l'activité quantitative (-20% par rapport à 2007) intéresse l'ensemble des services et associe plusieurs phénomènes. Elle est due pour moitié à la mise en place en janvier 2008 d'une demi-journée hebdomadaire de fermeture au public, destinée à favoriser le travail de coordination et de suivi des dossiers. Les autres causes de diminution diffèrent selon les services. Celle de la consultation de médecine (-15%) résulte pour partie d'une diminution de l'offre, les départs de certains médecins n'ayant pu être remplacés pour des raisons financières (voir page 55). A moyens constants, celle de la consultation infirmière (-14%) est également liée à la réduction du nombre de patients accueillis en rendez-vous, du fait à la fois d'un allongement de la durée de consultation et de la difficulté accrue d'orienter secondairement sur la consultation de médecine. Celle des consultations socio-juridiques (-59%) résulte en à la fois de la retraite d'une assistante sociale bénévole et d'un redéploiement du service sur l'Espace Santé Droit, dont la contribution a conduit à l'augmentation de l'activité globale du service social et juridique du Comede en 2008 (+10%, voir page 61). Enfin, faute de financements suffisants, l'interruption du projet Boece a eu pour conséquence la diminution des consultations de psychothérapie (-43%).

Plus d'un tiers des consultations du Comede ont lieu en **langue étrangère (35%, et 38% au Centre de santé)**, et 13% en présence d'un interprète professionnel (14% au Centre de santé), soient 1 644 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 contribution de l'interprétariat dans les consultations du Centre de santé est favorisée depuis le partenariat institué fin 2007 entre le Comede, la DGS (bureau RI2), Inter-Service-Migrants et Médecins du monde 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, 15% des consultations en langue étrangère ont été conduites directement par les professionnels du Comede, alors que dans 6% des cas, faute de locuteur professionnel, les patients du Centre de santé ont été aidés par leurs accompagnateurs.

La moitié des consultations du Comede requièrent une **expertise administrative et juridique (50% en 2008)**. 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 (25% du total des consultations, et 76% 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 (16% du total, 27% 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 de médecine (18%). 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 2008 d'un important financement du Service de l'asile et du Fonds européen pour les réfugiés.

### LES REGLES D'ACCES AU CENTRE DE SANTE

Depuis novembre 2006, l'accès au Centre de santé se fait intégralement sur rendez-vous, afin d'améliorer la qualité de l'accueil directement pour les patients et indirectement pour les

professionnels qui les orientent vers le Comede. Une partie des rendez-vous de médecine sont directement attribuables aux patients qui en font la demande, une autre partie est décidée par chaque médecin, et la dernière partie est réservée à l'usage au service Infirmier, lui-même chargé d'accueillir sur rendez-vous les patients qui ne peuvent attendre les délais de rendez-vous en médecine (entre 1 semaine et 2 mois selon la période). Outre ces délais dont on ne peut se satisfaire compte-tenu de la grande vulnérabilité des patients du Comede, les difficultés d'accès au standard téléphonique du Comede ont constitué un chantier important tout au long de l'année 2008. Face à la progression des sollicitations téléphoniques destinées pour moitié au Centre de santé et pour moitié au Centre-ressources, la mise en place d'un poste d'accueil exclusivement dédié au standard téléphonique a pu être effectuée en septembre grâce au soutien du Conseil régional d'Ile-de-France. L'accueil téléphonique du Comede est désormais assuré tous les après-midi, et nous travaillons début 2009 à faciliter également l'accueil téléphonique le matin.

### SERVICE ACCUEIL

Le service Accueil est le lieu où s'établit pour les exilés le **premier contact avec le Centre de santé**. 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.

Le Service d'accueil est également en charge des **appels téléphoniques** reçus par le standard du Comede (hors appels directs des permanences du Suivi médical, de l'Espace Santé Droit et du SAS, voir page 51), assurant de ce fait également une fonction essentielle du Centre-ressources destiné aux professionnels. Depuis septembre 2008, l'accueil téléphonique est effectué tous les après-midi de 13h30 à 17h30, sur un temps de travail réservé à cette activité où se relaie, par demi-journées, l'ensemble des accueillants du service. Le poste de travail pourvu des fonctionnalités nécessaires à un standard est également situé dans un local qui lui est dédié. Cette nouvelle organisation a permis une amélioration des conditions de travail et par conséquent de la qualité de l'écoute apportée aux interlocuteurs du Comede. De plus, 3 accueillants sur 5 ont suivi une formation en 2008 afin de renforcer leurs compétences dans ce domaine.

L'accueil téléphonique, qui se déroule en français et en anglais, a effectué en 2008 une moyenne de 36,5 communications par vacations, et connaît durant le premier trimestre 2009 une augmentation de cette moyenne (41 communications). Deux particularités se dégagent de l'évaluation qualitative de l'accueil téléphonique. En premier lieu, les usagers, qui s'expriment souvent peu en anglais ou en français, éprouvent des difficultés à communiquer téléphoniquement, d'où une durée de communication plutôt longue (4,5 minutes en moyenne en 2008, moyenne calculée sur un échantillonnage de vacations présentant des pics de fréquence d'appels). Ce temps de communication est nécessaire à une bonne compréhension de la demande, voire à une aide de la part des accueillants pour expliciter celle-ci. La deuxième particularité concerne la nature des demandes exprimées par les usagers. En dehors des demandes de rendez-vous qui correspondent à la moitié des communications, 16% des appels suscitent une réorientation ou une information directe de la part de l'accueillant. En traitant ces appels directement, le service accueil participe à l'activité du Centre Ressource du Comede. La nature de ces orientations/informations effectuées par le

Service accueil, ainsi que les réponses que le Comede souhaite y apporter, sont en cours d'évaluation et d'élaboration durant le premier trimestre 2009.

### CONSULTATION DE MEDECINE

Les médecins généralistes ont effectué **6 579 consultations, dont 44% en langue étrangère**, pour 3 145 patients. Avec 10 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 Infirmier, le service Social et juridique et/ou le psychologue. Si l'écoute et le soutien restent essentiels dans la réponse proposée à l'ensemble des patients, les médecins sont les plus sollicités des consultants du Centre de santé en matière d'expertise relative à l'asile (27%) et à l'accès aux soins (18%). Ils consacrent un tiers des consultations à la prévention et à la réalisation 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 (36%) et d'Europe de l'Est (8%).

Le **bilan de santé** recommandé a été effectué chez 82% des patients. Au terme de la première consultation et avec l'accord du patient, les médecins du Comede complètent l'examen clinique par la réalisation d'examen 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 consultation suivante. Ils permettent le dépistage précoce et la prise en charge de diverses affections graves ou potentiellement graves (voir Epidémiologie page 19).

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 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

### Femmes victimes de violence

Dans le cadre de sa formation effectuée notamment au Comede, une étudiante en anthropologie médicale a examiné début 2009 un échantillon de 90 dossiers pour lesquels les professionnels du Centre de santé avaient signalé l'existence de violences faites aux femmes dans le relevé de consultations prévu à cet effet. Notons d'abord qu'il s'agissait d'hommes dans 12% des cas, ce qui évoque des résistances au sein de l'équipe à l'idée que l'on doit réfléchir aux violences faites aux femmes et la condition particulière des femmes migrantes en grande précarité.

Tous les patients ont d'abord consulté un médecin, et dans la plupart des cas, les violences subies au pays d'origine étaient décrites par le médecin dans le dossier pendant cette première consultation. Le signalement été fait par un médecin (91%), ou par un psychologue (18%), et très rarement par une infirmière (1%) ou un assistant social (1%). Très souvent ces patientes ont plus tard consulté un psychologue (34%) et moins fréquemment, une infirmière (26%). Ils venaient de l'Afrique subsaharienne (70%), de l'Asie du sud (20%), de l'Europe de l'Est (7%), des Caraïbes (2%) et du Moyen Orient (1%). La majorité des femmes vivent chez une personne, une minorité en Cada. Dans la majorité des dossiers, il n'y avait aucune maladie chronique remarquée; les maladies les plus diagnostiquées étaient la névrose post-traumatique, l'HTA, la dépression, et la tuberculose.

Les violences les plus fréquemment rapportées étaient: des viols; des arrestations par des rebelles, des policiers, ou des militaires, puis des violences physiques; des détentions/emprisonnements. Les violences spécifiques aux femmes étaient également fréquentes: accouchements ou avortements suite à un viol, mariage forcé; infibulation, excision, persécution en raison d'homosexualité, prostitution forcée. L'enquête se poursuit dans l'objectif notamment de mieux comprendre les violences faites aux femmes tant dans le pays d'origine qu'en France, afin d'améliorer la qualité des soins et du soutien pour ces femmes.

examen spécialisé, au médecin spécialiste, au dentiste, ou encore pour permettre la continuité d'un traitement médicamenteux. 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 62% des cas, en matière de droit d'asile (27%), d'accès aux soins (18%), et de droit au séjour (17%). Sous la pression exercée par les acteurs du droit d'asile, la demande de certificat médical « constatant » les séquelles de violence et de torture reste importante. 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 2008), un rendez-vous ultérieur consacré à la rédaction. Les médecins du Comede ont délivré 672 « certificats pour l'asile » sur l'année, soit pour 21% des patients reçus en médecine. L'évaluation des demandes de carte de séjour pour raison médicale a également conduit à la rédaction de rapports et certificats médicaux dans 67% des cas en 2008, dans un contexte très restrictif à l'égard des étrangers malades (voir Droit de la santé et expertise médico-juridique page 33).

### SERVICE INFIRMIER

Les infirmiers, le médecin de santé publique et la diététicienne ont effectué **3 734 consultations pour 2 592 patients**, dont 311 consultations spécialisées d'éducation thérapeutique (voir Prévention page 21). Au total, 38% 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 43% des cas, en matière de droit au séjour pour les étrangers malades (13%), d'accès aux soins (11%), et de demande d'asile (9%). Outre les consultations dédiées à l'éducation thérapeutique (8% du total), les infirmier/es effectuent sur prescription médicale des vaccinations (1%, principalement contre l'hépatite B), des soins techniques (1%) et délivrent des médicaments (1%). Le service Infirmier est également 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 cadre du Centre-ressources (voir page 49). Par rapport au total des consultations, le service Infirmier reçoit davantage de patients d'Asie du Sud (31%), et de personnes âgées de plus de 60 ans (3%).

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 53% 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 poursuit également sa collaboration à la gestion de la pharmacie du Comede, sous la supervision d'une pharmacienne. Le partenariat du Comede avec Pharmacie humanitaire internationale s'est élargi en 2008 aux autres associations impliquées dans la délivrance de soins pour les personnes démunies en France, ceci sous l'égide du ministère de la Santé suite aux nouvelles dispositions réglementaires relatives aux médicaments non utilisés.

## SERVICE SOCIAL ET JURIDIQUE

Le service Social et juridique a effectué **2 184 consultations pour 1 123 patients** (+10%), parmi lesquelles 1 140 consultations ont été dispensées à l'Espace Santé Droit (voir page 45). Au niveau du Centre de santé, 4% des consultations de service Social ont lieu en langue étrangère. La permanence du service Social et juridique est assurée par 2 professionnels pour un équivalent de 1 plein-temps auprès des patients au niveau du Centre de santé. 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 (41%), d'Afrique centrale (24%), d'Afrique du Nord (14%) et de personnes âgées de plus de 60 ans (5%). 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 33).

En 2007, 89% des consultations du service Social du Comede relevaient d'une **expertise juridique**, en matière de droit au séjour (76%), d'accès aux soins (10%), et de droit d'asile (3%). 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 **507 entretiens pour 255 patients**, dont 26% en langue étrangère (interprètes en tamoul, kurde, turc et russe, outre les entretiens conduits directement en anglais et lingala). Début 2009, deux psychologues assurent des consultations pendant 5 demi-journées par semaine au Centre de santé, alors qu'un renforcement de ce service est escompté en 2009. Par rapport au total des consultations, on observe une présence plus importante des femmes (51%), 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 d'un tiers de 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 (2% des affections psychologiques graves en 2008). 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 ETP au Centre de santé et 0,4 ETP à l'Espace Santé Droit, au bénéfice des patients et usagers du Comede, notamment dans le cadre de la permanence téléphonique (voir Centre-ressources page 51). Ce service permet d'améliorer considérablement la continuité 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'enquière 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. 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 59 à 62)

Hébergé par le Foyer protestant d'Aubervilliers et animé dans le cadre d'un partenariat opérationnel entre la Cimade et le Comede, **l'Espace Santé Droit a connu sa première année pleine d'activité** depuis son ouverture au public en septembre 2007. 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. Le 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. 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'Accsé Ile-de-France, de Sidaction et du Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France

L'Espace Santé Droit accueille sur rendez-vous pris préalablement par téléphone des personnes qui habitent le Nord de l'Ile-de-France (Paris 41%, Seine-Saint-Denis 41%, Val d'Oise 5% et Hauts-de-Seine 5%). La permanence téléphonique reçoit indistinctement les sollicitations directes des étrangers et des professionnels qui les soutiennent. Elle est assurée 3 jours par semaine, et permet de fixer les rendez-vous des personnes étrangères malades. Ces trois journées permettent également d'assurer la permanence d'accueil hebdomadaire, uniquement sur rendez-vous, les mardi, mercredi après-midi, jeudi matin et vendredi en 2008. Début 2009, l'équipe de l'Espace Santé Droit est composée de 2 juristes salariés à plein temps, de 8 intervenants

sociaux et juridiques bénévoles pour 2 équivalents temps-plein ainsi que de 2 médecins pour 0,4 ETP. L'équipe de bénévoles a connu un fort renouvellement au cours de l'année 2008, pour se stabiliser à partir du dernier trimestre. Il en résulte un besoin de formation important, notamment *in situ*, ce qui a été régulièrement effectué.

### La Cimade

#### Service œcuménique d'entraide

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<sup>er</sup> 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 Centre d'accueil pour demandeurs d'asile et un Centre provisoire d'hébergement) 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.

**CONSULTATIONS ET PATIENTS**

L'Espace Santé Droit a délivré **1 140 consultations socio-juridiques pour 529 consultants**, dont 13% étaient également suivis au Centre de santé du Comede à Bicêtre (69 patients). Ces 529 personnes sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (46%, dont 21% Maliens, 5% Ivoiriens et 5% Sénégalais), d'Afrique du Nord (23%, dont 16% Algériens) et d'Afrique centrale (14%, dont 6% Camerounais, voir Démographie page 13). La proportion de femmes accueillies y est plus importante qu'au Centre de santé (37% vs 28%), et l'âge médian plus élevé (38 ans vs 33 ans), en raison d'un « recrutement » qui favorise les exilés atteints de maladie chronique. L'ancienneté de résidence en France est de 5,9 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. Les patients de l'Espace Santé Droit ont été majoritairement orientés par des associations (57%, dont 39% Cimade et 7% Comede), des amis, des proches ou de la famille (13%), des services de santé (12%, dont Hôpital 8%) et des services de l'Etat (12%, dont services sociaux de secteur 7%).

Les deux tiers des patients sont atteints d'affection/s et/ou de risque/s médical/aux grave/s (350 sur 529, voir tableau ci-dessus). Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont les maladies cardio-vasculaires (17%), l'hépatite B chronique (14%), le diabète (14%), les troubles psychiatriques (11%), l'asthme persistant (5%), un handicap et des traumatismes (5%), l'hépatite C chronique (4%), l'infection à VIH (3%), la tuberculose (3%) et la drépanocytose (3%). La majorité de ces malades bénéficient d'une prise en charge médicale auprès d'un hôpital (83%), et 71% ont découvert leur maladie après l'arrivée en France (82% dans le cas des patients suivis pour infection virale chronique).

En 2008, les sollicitations de l'Espace Santé Droit concernaient majoritairement des problèmes liés au droit au séjour pour raison médicale : évaluation d'une première demande ou d'une nouvelle demande après des démarches préalables ayant échoué ; la question du contentieux contre les décisions de refus de séjour pour raison médicale assorties d'obligations de quitter le territoire a été très fréquente, plus difficile encore quand il s'agit de refus de renouvellement qui concernent des personnes qui avaient accès à la sécurité

**Principales affections pour les malades suivis à l'Espace Santé Droit**

*383 affections ou risques médico-psychologiques graves concernant 350 personnes en 2008*

Pathologie	File n	active %	Nouv. patients	Diag. pays	Suivi hosp	Sexe (F/M)	Age médian	Principale Région
Maladies cardio-vasculaires	65	17%	54	35%	85%	38%	44 ans	AFO 37%
Hépatite B chronique	55	14%	39	13%	82%	20%	35 ans	AFO 73%
Diabète	53	14%	44	40%	81%	32%	42 ans	AFN 36%
Troubles psychiatriques	44	11%	38	16%	51%	19%	35 ans	AFN 47%
Asthme persistant	21	5%	17	50%	65%	20%	34 ans	AFO 90%
Cancer	20	5%	13	26%	100%	68%	53 ans	AFN 32%
Handicap et traumatismes	19	5%	12	41%	94%	29%	36 ans	AFO 59%
Hépatite C chronique	17	4%	10	35%	94%	41%	45 ans	AFC 35%
Infection par le VIH	13	3%	8	15%	100%	70%	36 ans	AFC 40%
Tuberculose	11	3%	8	18%	82%	27%	30 ans	AFO 55%
Drépanocytose	10	3%	9	83%	100%	30%	26 ans	AFO 70%
Autres affections	55	14%	50	27%	90%	25%	39 ans	AFO 37%
<b>Total affections</b>	<b>383</b>	<b>100%</b>	<b>302</b>	<b>29%</b>	<b>83%</b>	<b>31%</b>	<b>39 ans</b>	<b>AFO 43%</b>
<b>Total malades</b>	<b>350</b>	<b>100%</b>	<b>280</b>	<b>29%</b>	<b>83%</b>	<b>35%</b>	<b>38 ans</b>	<b>AFO 47%</b>

*AFO Afrique de l'Ouest, AFN Afrique du Nord, AFC Afrique centrale*

sociale, à un logement, à un emploi et qui se retrouvent sans droit. Selon les données enregistrées en 2008, les intervenants de l'Espace Santé Droit ont soutenu la démarche de 126 étrangers malades pour un total de 233 demandes de titre, d'aide juridictionnelle et de recours. Face à la multiplication des refus de première demande et de renouvellement de titre par les préfectures (voir Observation page 35), les interventions les plus nombreuses ont été les recours auprès des tribunaux administratifs (54), les demandes de première délivrance de titre (47) et demandes de renouvellement (17), alors que 68 demandes d'aide juridictionnelle et 6 recours contre un premier refus ont également été effectués (voir Droit de la santé et expertise médico-juridique page 33).

Pour chacune de ces situations, les bénévoles sollicitent l'expertise du médecin sur la compatibilité de l'état de santé de l'étranger avec le droit au séjour pour raison médicale dans le cadre de consultations « à 3 » qui évoquent par certains aspects l'intervention d'un interprète (voir Centre de santé page 39). Les demandes liées à la consolidation d'un statut précaire sont nombreuses : demandes d'autorisations de travail pour des personnes titulaires d'autorisations provisoires de séjour, demandes de passage d'autorisations provisoires de séjour à répétition à une carte de séjour temporaire d'un an, ou de cartes de séjour temporaire à une carte de résident, refus de regroupement familial au motif que « malades », les intéressés « n'ont pas vocation à vivre en France ». Moins nombreuses ont été les demandes liées à une difficulté d'accès aux soins : principalement refus d'Aide médicale Etat et factures d'hospitalisation non prises en charge (voir Accès aux soins page 25).

### INFORMATION, FORMATION ET PARTENARIATS

La **permanence téléphonique** de l'Espace Santé droit contribue également aux actions de Centre-ressources du Comede (voir page 49) et de la Cimade. **Le nombre d'appels reçus en 2008 est estimé à plus de 1 500**, parmi lesquels les professionnels de l'Espace Santé Droit ont pu caractériser 397 appels émanant principalement de particuliers (62%), de services de santé (13%, dont service social de l'hôpital 11% - principalement Delafontaine, Jean Verdier, Saint-Louis ou Bichat), d'associations (13%, dont Cimade 8%) et de services de l'Etat (9%, dont 7% services sociaux d'Aubervilliers, d'autres communes de Seine Saint Denis et de Paris).

Le travail en complémentarité se développe à partir de la participation à des réseaux existants (Atelier Santé Ville, Collectif Afrique 93 Actions Solidaires) ou formations, dont le « forum santé » organisé par l'association la Marmite au sein du foyer de travailleurs migrants de Saint Ouen. Les activités de plaidoyer ont également été menées dans le cadre de partenariats, particulièrement l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE), qui a publié en 2008 un important rapport pour les 10 ans du droit au séjour pour raison médicale ([www.odse.eu.org](http://www.odse.eu.org)). Tout au long de l'année, les contacts entrepris avec les acteurs de santé de la municipalité d'Aubervilliers laissent entrevoir un partenariat accru pour l'année 2009 ■

## « Groupe d'échange avec les femmes », un partenariat Comede-Cimade

Parmi les personnes exilées et migrantes accueillies au Centre de santé du Comede ou à la Permanence femmes de la Cimade, un certain nombre de femmes se trouvent en situation de détresse et d'isolement et ont exprimé le besoin d'avoir un lieu pour se retrouver. L'idée de donner la parole aux femmes au sein d'un groupe est née d'une réflexion commune aux deux associations, dans le cadre de leurs actions de soutien aux femmes exilées et migrantes.

A la Cimade, les femmes accompagnées dans le cadre de la « permanence femmes » ont subi des violences et sont souvent en situation de grande détresse. La Cimade n'est ni compétente ni en mesure de répondre à de telles demandes.

Pour le Comede, ce projet est né d'une recherche action sur les femmes exilées en 2005, dont les résultats intermédiaires ont été publiés dans le dossier n°20 de Maux d'exil (septembre 2007). Fin 2007, l'action a connu une nouvelle impulsion avec le projet Boèce destiné à développer les actions du Comede sur la thématique « exil, violences et santé ». En dépit du soutien apporté par Emmaüs et le Secours catholique au démarrage du projet, il a dû être interrompu en juin 2008 faute de financements suffisants. Les actions entreprises en faveur des femmes ont pu toutefois être poursuivies grâce au soutien du Service du droit des femmes et de l'égalité (SDFE), de la Délégation régionale du droit des femmes et de l'égalité (DRDFE), ainsi que du GRSP d'Ile-de-France.

En 2008, les objectifs et les conditions de fonctionnement d'un groupe de femmes ouvert, parlant français, respectant la confidentialité de ses membres et la parole d'autrui ont été définis avec la Cimade :

- Echanger, pour celles qui le souhaite, sur le vécu personnel de chacune ; et autour des idées, des sentiments et des impressions ;
- Créer des liens et rompre l'isolement ;
- Partager un moment avec d'autres femmes, en mots ou en silence ;
- Mettre des mots sur des situations personnelles difficiles ;
- Se retrouver pour des moments plus ludiques ;
- S'informer sur des thématiques co-choisies ;
- Déboucher sur un groupe d'auto support.

Le groupe d'échanges avec les femmes se réunit de façon mensuelle, tous les deuxièmes mercredi du mois, au siège de Ligue des Droits de l'Homme (LDH) à Paris. Le message véhiculé par la LDH, qui accueille gracieusement le groupe, correspond aux réflexions et pratiques du Comede et de la Cimade en terme d'accueil, de soutien des migrants et d'engagement militant en faveur des femmes exilées. Un recrutement actif et orienté vers les femmes plus isolées a été mis en place dans les deux associations. La première réunion du groupe s'est tenue le 11 mars 2009. Une vingtaine de femmes, issues des consultations du Comede et des permanences de la Cimade ont manifesté leur intérêt pour ce groupe. Une dizaine de femmes en moyenne, essentiellement demandeurs d'asile s'y retrouvent. Elles sont aujourd'hui essentiellement originaires d'Afrique de l'Ouest, d'Afrique du Nord, et du Moyen-Orient.

Certaines femmes ont interrogé le groupe sur les bénéfices concrets de telles rencontres en termes de leur reconnaissance en France et de solutions pratiques pour résoudre les difficultés auxquelles elles se confrontent. Certaines d'entre elles ont répondu à cette interrogation en disant que le fait même de se retrouver et de parler avec d'autres femmes était très positif en soi et permettait aussi de se renforcer les unes les autres, comme d'apprendre et de se reconstruire parfois à partir des expériences de chacune. Une discussion riche et ouverte s'est engagée autour de plusieurs thématiques, notamment celle de la violence de l'exil, de l'isolement, de la séparation d'avec la famille ; de la difficulté de leur situation administrative déshumanisantes « les papiers sont souvent plus importants que les êtres humains que nous sommes pourtant » ; de la question de leur dignité face au racisme en tant que femmes, étrangères, sans papiers ; des relations complexes entre hommes et femmes (notamment l'exploitation des femmes migrantes par les hommes). Les femmes nous ont demandé en premier lieu de leur fournir des informations sur leurs droits sociaux et familiaux.

*Le groupe est co-animé par Laure Feldmann et Violaine Husson et suivi par Pascal Revault et Darja Djordjevic.*



## Le Centre-Ressources du Comede

(Indicateurs pages 63 et 64)

**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 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 compte près de 50 000 utilisateurs en France**. L'année 2008 a également confirmé le succès de diffusion du Livret de santé bilingue, coédité par le Comede, la DGS et l'Inpes, avec 97 221 nouveaux exemplaires commandés en 24 langues. Le Comede a également édité 4 numéros de *Maux d'exil* sur l'année, pour un tirage de 5 000 exemplaires par numéro, et poursuivi les activités de permanence téléphonique, de formation, de partenariat et de recherche.

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

Le Comede assure une **permanence téléphonique sur trois numéros dédiés** aux usagers et aux partenaires : permanences du Suivi médical, de l'Accès aux soins (Bicêtre) et de l'Espace Santé Droit (Aubervilliers). Ces trois permanences ont traité **près de 4 000 appels en 2008, dont 2 428 ont été caractérisés** par les relevés détaillant l'origine et le motif des sollicitations. Ces appels ne représentent toutefois qu'une partie des appels présentés au cours de l'année, le Comede n'étant pas doté actuellement des moyens nécessaires pour faire face à l'ensemble des besoins en matière d'appels téléphoniques.

Sur l'année 2008, les appelants sont principalement des particuliers (42%, voir détail dans le chapitre Démographie page 13), des associations (20%, dont Cimade 8%), des services de santé (18%, dont Hôpital 11%), et des services de l'Etat (13%, dont services sociaux de secteur 5%). Ils émanent principalement de la région Ile-de-France (85%, dont Paris 37%, Seine-Saint-Denis 21% et Val-

de-Marne 10%). Les appels traités portent principalement sur le droit au séjour des étrangers malades (57%, et 77% parmi les avocats) ; des questions de prise en charge médico-psychologique (36%, et 51% parmi les associations) ; des questions d'accès aux soins (34%, et 42% parmi les services de l'Etat) ; et la procédure d'asile (5%). Les appels ont été traités par la permanence du Suivi médical (58%), celle du Suivi de l'accès aux soins (12%, voir page 27) et le Service socio-juridique (30%, incluant l'Espace Santé Droit 16%). 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 succédé au 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 2008, 97 221 nouvelles commandes ont été enregistrées par l'Inpes pour les 24 langues désormais disponibles (nouvelle édition en français/lingala) : arabe 19%, français/anglais 14%, turc 8%, espagnol et mandarin 6%, roumain 5%, portugais 4%, wolof, soninke, russe, tamoul, pular, serbe, kurde, créole haïtien, albanais et bulgare 3%, , arménien, ourdou, bangali, hindi et géorgien 2%, lingala 1%. Ces nouvelles commandes proviennent principalement des régions Ile-de-France (46%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA, 9%), Rhône-Alpes (8%), Languedoc-Roussillon (7%), Lorraine (4%), Départements d'Outre-Mer, Aquitaine et Haute-Normandie (3%). 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 des versions bilingues commandées les années précédentes (423 849 entre octobre 2006 et décembre 2007) permet d'observer le lien entre les régions d'origine des migrants et leurs régions de résidences 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-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 revue du Comede sur la santé des exilés, ont été publiés en 2008. D'un tirage de 5 000 exemplaires par numéro, Maux d'exil est destiné aux professionnels de la Santé, du Social, du Droit, de l'Administration, de l'Enseignement et de la Recherche. Les 4 100 lecteurs réguliers de Maux d'exil exercent principalement en régions Ile-de-France (50%), Rhône-Alpes (5%), PACA (5%), 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 questions de

### Diffusion 2006-2007 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	FRA	ALB	ARA	ARM	BAN	BUL	CRE	CHI	ESP	GEO	HIN	KUR	OUR	POR	PUL	ROU	RUS	SER	SON	TAM	TUR	WOL
Alsace	4%	3%	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%	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%	<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%	<1%	2%	<1%	<1%	<1%	2%	<1%
Bourgogne	1%	<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%	2%	1%	2%	2%	3%	2%	2%	3%	3%	2%	3%	2%	2%	1%	2%	3%	2%	1%	1%	2%	2%
Centre	3%	2%	7%	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%	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%	2%	1%	1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	1%	<1%	<1%	<1%	<1%	1%	<1%	1%	2%	<1%	<1%	1%	<1%
Haute-Normandie	2%	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%	32%	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%	3%	<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%	<1%
Lorraine	5%	3%	11%	3%	13%	1%	12%	1%	2%	2%	2%	1%	2%	1%	7%	1%	7%	8%	11%	1%	<1%	9%	1%
Midi-Pyrénées	2%	2%	2%	3%	2%	<1%	4%	<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%	1%	2%	3%	4%	3%	1%	1%	3%	7%	5%	1%	2%	<1%	1%	3%
PACA	8%	9%	6%	13%	9%	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%	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%	1%	5%	1%	2%	2%	1%	2%	1%	2%	2%	1%	1%	2%	2%
Poitou-Charentes	1%	2%	<1%	<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%	16%	5%	7%	3%	9%	9%	10%	4%	10%	6%	11%	9%	12%	10%	18%	4%	4%	18%	5%
<b>Total</b>	<b>100%</b>																						

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 Soninké, TAM Tamoul, TUR Turc, WOL Wolof (Une version bilingue Français-Lingala est disponible depuis fin 2007)

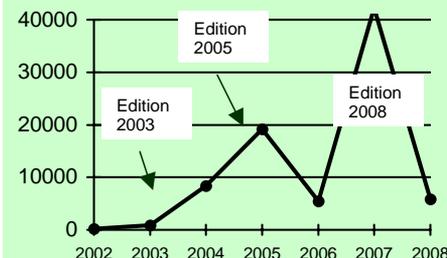
prévention et de dépistage (*Un bilan de santé pour protéger les migrants*, n°22 mars 2008) ; à l'actualité du droit d'asile (*Droit d'asile, devoir d'hospitalité*, n°23 juin 2008) ; au recours à l'interprétariat pour la santé (*L'interprétariat, pour en finir avec les malentendus*, n°24 septembre 2008) ; et à la santé mentale (*Psychiatrie, exil et santé mentale des migrants*, n°25, décembre 2008). Outre les articles parus dans *Maux d'exil*, les professionnels du Comede ont notamment publié dans les revues *Le journal des psychologues*, *La revue de l'infirmière*, et *Vacarme*. Au total, le Comede a réalisé 24 publications spécialisées et effectué 17 interventions publiques en 2008 (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. En 2008, 5 843 nouvelles commandes ont été adressées à l'Inpes, ce qui portait le **nombre d'utilisateurs du Guide Comede à 48 077 fin 2008**, soit plus de 50 000 si l'on considère que des exemplaires sont utilisés 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).

L'édition 2008 du Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire (568 pages) a succédé au Guide 2005 (Prix Prescrire, 40 000 exemplaires diffusés entre 2004 et 2007). Outre les nombreuses mises à jour de la version précédente, cette 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

### Diffusion du Guide Comede sur les 7 dernières années



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 (57%), Nord-Pas-de-Calais (6%), PACA (5%), Rhône-Alpes (4%), et Centre (3%). 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 2008, en raison de la stabilité des moyens en personnels et malgré la multiplication des sollicitations. Les professionnels du Comede ont animé 37 demi-journées de formation sur l'année, pour 1 012 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 14 séances d'enseignement pour les Instituts de formation des soins infirmiers de Dôle, de Fontainebleau et de la Salpêtrière, du séminaire MSH-Comede (cf infra), et des Universités d'Evry, du Luxembourg, de Paris 5, de Paris 7 et de Paris 8. Le Centre de santé du Comede accueille également en formation des stagiaires infirmier/es, médecins et intervenants socio-juridiques. 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 2008, l'expertise du Centre-ressources a été sollicitée dans le cadre de 20 groupes de recherche et de plaidoyer (voir page 64), 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 soutenu par le GRSP d'Ile-de-France et le Service du droit des femmes et de l'égalité (SDFE, ministère de la Solidarité). L'action s'est poursuivie depuis les résultats intermédiaires publiés dans le dossier n°20 de Maux d'exil (*Femmes et exilées, une double discrimination, septembre 2007*), notamment en lien avec le collectif Adfem (voir collectifs associatifs page 58). Enfin, en partenariat avec la Maison des Sciences de l'Homme Paris-Nord, le Comede a organisé et animé au premier semestre 2008 le

séminaire « Santé mentale et migrations ». Ce séminaire s'inscrit dans le programme de recherche collective « Frontières », financé par l'Agence nationale de recherche. Lors de cette première année, le séminaire a permis de dresser un bilan des enjeux théoriques concernant le traitement de l'altérité dans le domaine de la santé mentale, d'une part, et de la place de l'expertise psychiatrique dans le traitement des populations immigrées, d'autre part (voir notamment le dossier n°25 de Maux d'exil : *Psychiatrie, exil et santé mentale des migrants*). Les études de cas ont été approfondies dans deux domaines : le traitement des demandeurs d'asile et celui des personnes en situation irrégulière. Le séminaire a réuni de dix à trente personnes les premiers mercredi du mois, réunissant des chercheurs confirmés, des doctorants en sciences humaines et en médecine aux côtés de professionnels de santé, de travailleurs sociaux, de militants associatifs et de membres du personnel des administrations en charge de la prise en charge des étrangers. Ces séances ont permis de faire un premier état des recherches en cours en France sur l'accès aux soins en santé mentale et la protection des migrants. La confrontation entre professionnels de terrain et chercheurs a également permis d'ouvrir de nouvelles perspectives de débat et de recherche sur une relative remise en cause du paradigme humanitaire qui avait caractérisé le traitement des étrangers dans les années 1990.

L'expérience sera poursuivie au cours du premier semestre 2009 (voir programme page suivante), en introduisant une dimension territoriale comparatiste (entre les territoires de la France métropolitaine et territoires d'Outre-Mer ; à l'international, entre la France, l'Angleterre). Ce nouveau séminaire entend également explorer les pistes ouvertes au cours des débats de l'an passé. Plusieurs séances seront ainsi consacrées à de nouvelles problématiques, comme celle des relations entre santé et violence, ou celle de la dynamique de soins dans des parcours migratoires ■

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

**Santé mentale et migrations**

Programme janvier 2009-juin 2009

**Le 1<sup>er</sup> mercredi de chaque mois de 18h-20h**

MSH Paris Nord (Saint-Denis)

**Mercredi 17 décembre 2008**

**Séance : bilan séminaire 2008/ introductive au séminaire 2009**

- Estelle d'Halluin, Franck Enjolras, Arnaud Veisse. Bilan des séances de l'année 2008 et présentation du séminaire de l'année 2009.
- Elise Marie Pestre (Docteur en psychologie, Université de Buenos Aires) « L'Etat, le réfugié et son thérapeute. Les conditions de vie psychique des réfugiés »
- Pot de fin d'année de clôture du séminaire 2008.

**Mercredi 7 janvier 2009**

**Séance 1 : Enjeux de santé en Guyane française**

- Estelle Cardé (docteur en santé publique mention sociologie). La question des discriminations dans l'accès aux soins en Guyane.
- Didier Maille (Responsable du service socio-juridique du Comede). Bilan d'une mission en Guyane.

**Mercredi 4 février 2009**

**Séance 2 : Parcours de soins en santé mentale et migration**

- Juliette Sakoyan (doctorante en anthropologie, IFR-SHESS-AM). Les parcours de soins de femmes comoriennes
- Halima Zeroug-Vial, psychiatre, membre du réseau Samdarra de Rhône-Alpes (santé mentale, demandeurs d'asile et migrations).

**Mercredi 4 mars 2009**

**Séance 3 : Santé mentale et migrations en France**

- Membres de la Direction générale de la santé. Sous réserve (SR).
- Jacky Roptin, psychologue, membre de la « Mission France – réfugiés » de Médecins sans frontières.

**Mercredi 1 avril 2009**

**Séance 4 : L'expertise médicale dans les cours d'appel d'asile : une comparaison Franco-anglaise**

- Estelle d'Halluin (Docteur en sociologie, IRIS). L'expertise médicale dans les cours d'appel en France et en Angleterre.
- Sarah Klingenberg (Master d'anthropologie, EHESS). Courte présentation de données sur l'expertise médicale dans les procédures d'asile italiennes.
- Christine Martineau (avocat du réseau ELENA). L'expertise médicale dans le plaidoyer de la demande d'asile à la Cour nationale du droit d'asile.

**Mercredi 6 mai 2009**

**Séance 5 : Soigner dans les lieux d'enfermement (rétenion et détention)**

- Franck Enjolras (psychiatre, Institut Marcel Rivière, doctorant en anthropologie, IRIS). La santé mentale en CRA, une approche ethnographique.
- Samuel Lezé (docteur en anthropologie, IRIS) sur les unités de soins en prison.

**Mercredi 3 juin 2009**

**Séance 6 : Interprétariat et santé mentale**

- Gül Mete-Yuva, (interprète à Inter-services Migrants).
- Un psychiatre ou psychologue de l'Hôpital Avicenne, Bobigny. SR.

Organisation : Franck Enjolras, Arnaud Veisse, 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 38 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 (41% des produits en 2008 émanant de la DGS, du SDA, de l'Inpes, de l'Acisé, de la DGAS et du SDFE), de subventions régionales (21%, GRSP, Conseil régional IDF, CPAM 94, Acisé IDF et SDFE), d'autres subventions (29%, FER, Sidaction, ONU, Secours catholique et Emmaüs), alors que les ressources propres (8%) 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 (+60% en 7 ans) s'est appuyée sur l'ensemble des contributeurs (26 bailleurs entre 2002 et 2008, voir tableau page suivante), même si la contribution relative des subventions nationales a baissé (de 47% à 41%) par rapport à celle des subventions régionales (de 10 à 21%).

Pour l'année 2009, l'action du Comede se situe dans la perspective d'une consolidation de ses activités nécessitant un budget de 1 526 686 €. 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.

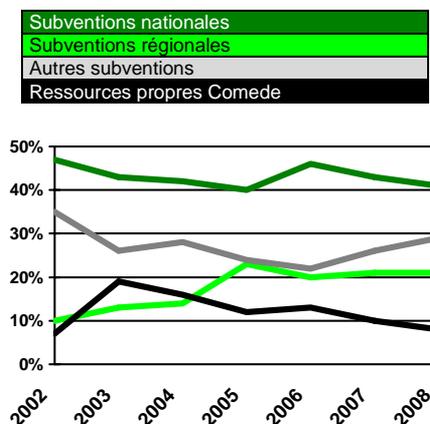
### GESTION FINANCIERE 2007

Le résultat financier 2008 se situe à -37 647 € pour un budget réalisé de 1 293 703 €, en progression de 8% par rapport à l'année précédente. **Les charges (total 1 331 651) sont principalement liées aux salaires, cotisations, impôts et taxes (82%)** et services extérieurs (12%, incluant les prestations d'interprétariat). Le développement des activités a pu être poursuivi en 2008 grâce à de nouvelles subventions accordées par le Service du droit des femmes et de l'égalité (SDFE, +15 000 €), le Secours catholique (+15 000 €), la Délégation régionale du droit des femmes et de l'égalité (DRDFE, +10 000 €), Emmaüs (+10 000 €), ainsi qu'à l'augmentation des subventions accordées par la DGS (+35 000 €), le FER (+30 000 €), le Conseil régional d'Ile-de-

France (+23 000 €) et l'Acisé Ile-de-France (+10 000 €). Le travail de perception des prestations versées par les CPAM reste considérable, en raison de la précarité administrative des patients, de la diversité de leurs lieux de résidence, et des 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 2008.** La perception des subventions s'est effectuée en janvier (ONU), février (Sidaction), mars (CRIDF, Acisé IDF), mai (Acisé), juin (SDFE, DRDFE), juillet (SDA, GRSP), septembre (DGS),

Part des financements 2002-2008



Evolution des produits du Comede sur les 7 dernières années

Produits	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Subventions nationales</b>	<b>384 705</b>	<b>366 210</b>	<b>350 370</b>	<b>377 705</b>	<b>437 987</b>	<b>509 445</b>	<b>535 556</b>
Acisé national (ex-Fasild)	92 000	82 800	51 000	33 993	35 000	35 000	35 000
DFAE	18 295	9 000					
DGAS				30 000	30 000	30 000	25 500
DGS, 6A, RI2						50 000	80 000
DGS, 6D, MC1	144 830	144 830	144 830	144 830	144 830	144 830	150 000
Inpes, Communication						43 505	
Inpes, DDESET			24 960	28 122	87 397	65 350	89 296
SDA (ex-DPM)	129 580	129 580	129 580	140 760	140 760	140 760	140 760
SDFE							15 000
<b>Subventions régionales</b>	<b>84 792</b>	<b>111 666</b>	<b>115 684</b>	<b>214 987</b>	<b>189 616</b>	<b>249 271</b>	<b>275 012</b>
Acisé Ile-de-France						10 000	20 000
Cnam			36 107	66 983			
Cramif, FNAS	14 329				52 000		
Cramif, FNPEIS		30 490		30 490			
Cramif, GRSP					48 000		
CR Ile-de-France	6 860	16 006	21 000	39 000	30 000	50 000	50 000
CR IDF co-financ. GRSP							23 000
CPAM Val-de-Marne	22 442	24 009	25 648	26 014	26 616	29 271	32 012
DRDFE							10 000
GRSP appel à projets						107 000	87 000
GRSP struct. (Drassif)	41 161	41 161	32 929	52 500	33 000	53 000	53 000
<b>Autres subventions</b>	<b>280 391</b>	<b>219 454</b>	<b>235 468</b>	<b>228 834</b>	<b>208 928</b>	<b>306 958</b>	<b>377 512</b>
Emmaüs							10 000
Europe, FER	182 950	122 000	169 000	160 000	140 000	240 000	270 000
Fondation de France	5 000	23 000					
ONU, FCVNUVT	51 645	45 454	37 468	39 834	38 928	36 958	37 512
Secours catholique							15 000
Sidaction, ECS	40 796	29 000	29 000	29 000	30 000	30 000	45 000
<b>Ressources propres</b>	<b>60 672</b>	<b>160 520</b>	<b>130 731</b>	<b>114 712</b>	<b>122 427</b>	<b>119 302</b>	<b>105 624</b>
<b>Total</b>	<b>810 560</b>	<b>857 850</b>	<b>832 253</b>	<b>936 238</b>	<b>958 958</b>	<b>1 184 976</b>	<b>1 293 704</b>

Les cases colorées □ signalent les financeurs du Comede en 2007

décembre (Inpes) et janvier 2009 (DGAS). En avril 2009, nous sommes toujours en attente du premier versement du FER 2008. 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 (10 mois de découvert en 2006, 5 mois en 2007, et à nouveau 10 mois en 2008), 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.

Enfin, comme pour d'autres associations, la pérennité des actions du Comede est menacée par la baisse des subventions publiques accordées à l'accueil des exilés et à la lutte contre les discriminations dont ils sont souvent les victimes. Début 2009, l'Acse n'est ainsi pas en mesure de répondre à nos demandes de renouvellement d'un soutien financier jusqu'alors ininterrompu depuis 1989 (avec le FAS). La recherche de nouvelles sources de financement, public et privé, occupe ainsi une part croissante du travail de l'équipe de direction. Ses résultats sont corrélés à la capacité du Comede à répondre aux besoins fondamentaux des exilés tout en proposant des actions novatrices bénéficiant du soutien préférentiel de partenaires institutionnels. Il en est ainsi du projet de structuration de la fonction d'observatoire de la santé des migrants remplie par le Comede, pour laquelle un partenariat spécifique a été établi fin 2008 avec la Direction générale de la santé et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, et dont la mise en place constitue également une priorité de l'association en 2009 ■

### PERSPECTIVES 2009

La progression et la diversification des activités menées par le Comede au cours des dernières années a entraîné des besoins de restructuration sur le plan organisationnel et financier pour lesquels nous avons fait appel à un cabinet d'audit en 2008, grâce au soutien financier de la DGS. Destiné à l'ensemble des professionnels du Comede, cet audit a été conduit dans l'intérêt des patients, usagers et partenaires (professionnels, associations, administrations et pouvoirs publics). Un meilleur fonctionnement interne doit nous permettre d'améliorer l'adaptation et la réactivité du Comede aux besoins et demandes externes. Le rapport d'audit est en cours de restitution au moment de la publication de ce rapport d'activité, et nous prévoyons d'en appliquer les recommandations à partir du second semestre.

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

▪ **L'Adfem (Action et droits des femmes exilées et migrantes)** est un collectif né en 2008 du regroupement de deux initiatives inter associatives, le Graf (Groupe asile femmes) et le Comité contre la double violence, dont l'objectif commun est de promouvoir le droit d'asile des femmes persécutées en tant que femmes et de lutter contre les doubles violences faites aux femmes. Le Graf avait publié en 2007 le guide « *Droit d'asile et femmes : guide pratique* », outil d'information sur la jurisprudence en matière de droit d'asile et de persécutions contre les femmes. En 2008, le collectif Adfem a programmé différentes actions : diffusion de fiches pratiques ayant pour thèmes « Comment le juge pénal peut-il être saisi lorsqu'une personne est victime de violences ? », « Incidence des violences au sein du couple sur la régularité du séjour en cas de rupture de la communauté de vie » ; une réunion interassociative s'est tenue sur le thème du droit d'asile pour les femmes refusant les mutilations génitales, suite à un changement de pratique de l'OFPPRA survenu en juillet 2008 ; une entrevue avec la présidente de la CNDA s'est déroulée début 2009 pour échanger sur ce même thème.

▪ **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](http://www.anafe.org)). Le Comede est membre du Conseil d'Administration. Si le nombre d'étrangers maintenus en zone d'attente a diminué depuis 2003, de nombreux dysfonctionnements nécessitent l'intervention quotidienne de l'Anafé (manque d'information sur les procédures, maintien de mineurs isolés, examen expéditif des demandes d'asile, non respect du jour franc avant refolement, 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. En 2008, l'Anafé a notamment publié la note « *Zone d'attente : recours contre un refus d'entrée sur le territoire au titre de l'asile, Proposition de loi pour un transfert de la compétence juridictionnelle à la Cour nationale du droit d'asile* » ; le rapport « *Réfugiés en zone d'attente - Rapport sur les dérives de l'examen de l'asile à la frontière - Comment la France piétine le principe de l'accès à son territoire de personnes menacées* » et le « *Guide théorique et pratique, La procédure en zone d'attente* ».

▪ **La CFDA (Coordination française pour le droit d'asile)** regroupe des associations de défense du droit d'asile, le HCR est associé à ses travaux. Le Comede est membre de la CFDA et participe à la réunion plénière, ainsi qu'aux groupes « accueil » et « mineurs isolés étrangers ». La CFDA interpelle régulièrement par courrier les instances françaises et européennes qui interviennent dans le domaine du droit d'asile. En 2008, la coordination a menée une action visant à demander la révision de la liste des « pays d'origine sûr » en s'adressant au président du conseil d'administration de l'OFPPRA. A l'occasion de l'adoption du Pacte européen pour l'asile et l'immigration proposé par la présidence française, la CFDA a réagi dans sa note « *bâtir une Europe de l'asile, à quel prix ?* » qui présente ses recommandations sur la politique d'asile de l'Union Européenne. Ce document explore notamment les effets du règlement « Dublin II » dont « Le mécanisme (...) pour déterminer l'Etat membre responsable de l'examen d'une demande d'asile, ne parvient pas à garantir l'accès à une procédure équitable pour tous les demandeurs d'asile. Enfin, la CFDA a effectué en mai/juin 2008 une mission d'observation qui a fait l'objet d'un rapport largement diffusé, « *la loi des Jungles* » qui décrit et analyse la situation des exilés sur le littoral de la Manche et de la mer du Nord.

▪ **L'ODSE (Observatoire du droit à la santé des étrangers)** a pour objectif d'analyser la réalité des droits à la protection maladie et à l'accès aux soins, ainsi que des textes régissant le droit au séjour des étrangers atteints d'affections graves. Concernant la protection maladie, l'ODSE s'est fortement mobilisé pour défendre l'Aide médicale Etat (AME) contre les tentatives de restriction du dispositif légal et réglementaire. L'ensemble des présidents des associations membres de l'ODSE a saisi la ministre de la Santé fin 2007 contre le retour du projet de ticket modérateur, et l'ODSE a du intervenir tout au long de l'année auprès du cabinet pour développer les arguments contre la réduction du panier de soins de l'AME et la mise en place d'un droit d'entrée payant dans le dispositif. A ce jour, aucune modification législative de l'AME n'est intervenue. Concernant le droit au séjour et la protection contre l'éloignement des étrangers malades, l'ODSE s'est engagé dans un important travail d'analyse du dispositif pour le 10<sup>e</sup> anniversaire de reconnaissance du droit au séjour pour raison médicale, ce qui a conduit à la publication en juin 2008 d'un rapport d'observation : « *Un bilan de santé alarmant* » ([www.odse.eu.org](http://www.odse.eu.org)). Une conférence de presse a été organisée pour la publication de ce rapport avec l'Association française des diabétiques et les médecins signataires de la pétition « *La déontologie médicale est universelle : elle s'applique aussi pour les malades étrangers* ». L'ODSE également interpellé la ministre de la Santé sur les dangers associés à la mise à jour des « *fiches-pays* », outil inadéquat mis à disposition des MISP et des préfets pour apprécier l'existence de traitements dans les pays d'origine, sans réponse fin mars 2009.

# CONSULTANTS

**File active globale (FA) = 4 591**

*Ensemble des consultants*

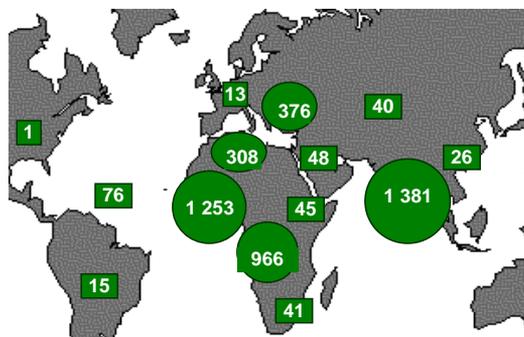
**FA Centre de santé = 4 131**

▪ 62% sont des nouveaux consultants

**FA Espace Santé Droit = 529**

*Partenariat Cimade/Comede à Aubervilliers*

▪ 78% sont des nouveaux patients



## Caractéristiques socio-démographiques

Région d'origine détail pour n>30	File active globale						dont Espace Santé Droit					
	n	%	2008 /2007	Sexe (F/H)	Age (médiane)	Rés. Fra.	Nouv. Pat.	n	%	Sexe (F/H)	Age (médiane)	Rés. Fra.
Asie du Sud	1 381	30%	+8%	12%	31 ans	1,0	66%	20	4%	-	-	-
Afrique de l'Ouest	1 253	27%	-7%	28%	34 ans	3,8	61%	241	46%	31%	36 ans	6,4
Afrique centrale	966	21%	-16%	51%	35 ans	1,8	58%	76	14%	53%	38 ans	4,6
Europe de l'Est	376	8%	-10%	28%	34 ans	1,6	65%	12	3%	-	-	-
Afrique du Nord	308	7%	+28%	33%	41 ans	5,2	85%	120	23%	34%	42 ans	5,3
Caraïbes	76	2%	-28%	45%	37 ans	3,5	59%	20	4%	-	-	-
Moyen-Orient	48	1%	-26%	31%	35 ans	2,2	81%	6	1%	-	-	-
Afrique de l'Est	45	1%	-27%	42%	29 ans	0,8	62%	0	0%	-	-	-
Afrique Australe	41	1%	+21%	66%	43 ans	3,0	83%	16	3%	-	-	-
Asie centrale	40	1%	-47%	28%	22 ans	1,7	65%	0	0%	-	-	-
Divers autres	57	1%	-	-	-	-	-	18	3%	-	-	-
<b>Total</b>	<b>4 591</b>	<b>100%</b>	<b>-6%</b>	<b>29%</b>	<b>34 ans</b>	<b>1,8</b>	<b>63%</b>	<b>529</b>	<b>100%</b>	<b>37%</b>	<b>38 ans</b>	<b>5,9</b>

*Rés. Fra. : années de résidence en France (médiane), Nouv. Pat. : pourcentage de nouveaux patients en 2008*

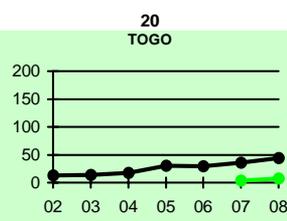
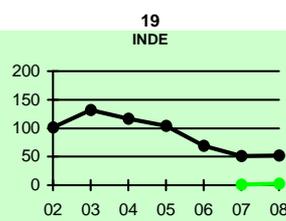
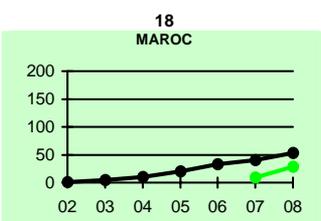
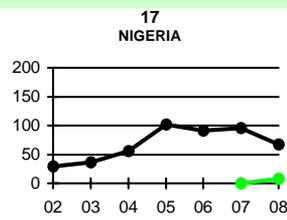
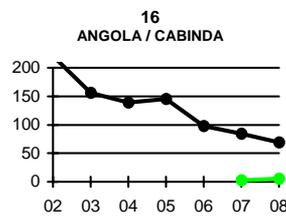
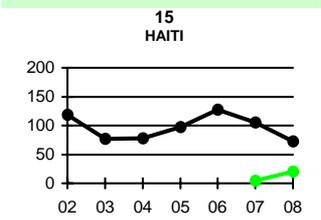
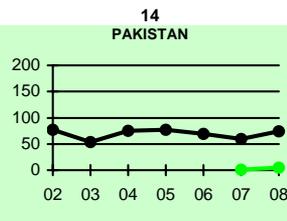
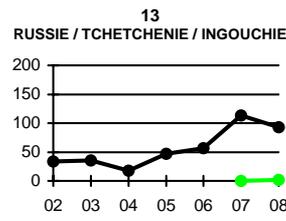
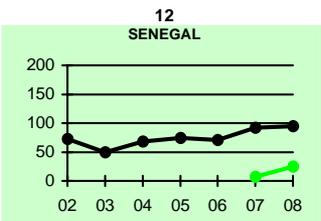
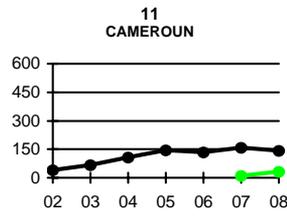
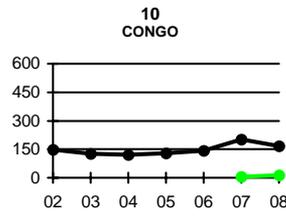
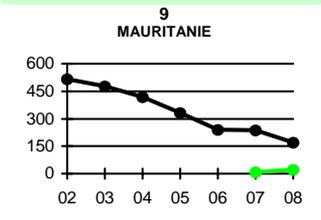
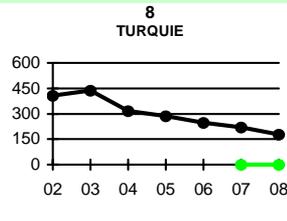
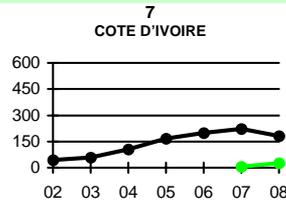
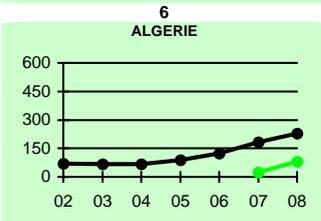
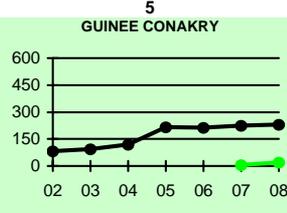
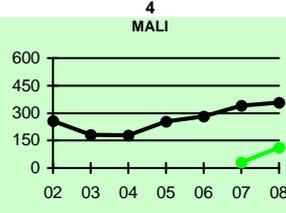
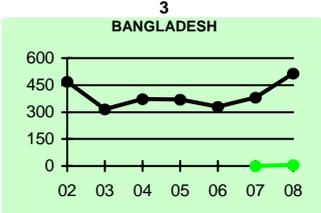
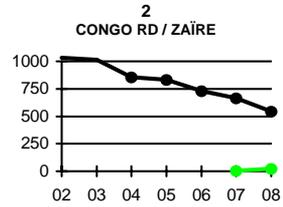
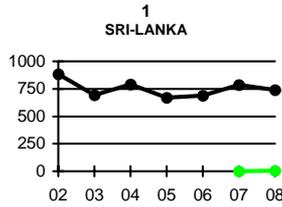
## 93 nationalités (50 nationalités à l'Espace Santé Droit)

<b>AFRIQUE AUSTRALE</b>	OUGANDA 6 (0) SOMALIE 4 (0) SOUDAN 18 (0)	TOGO 44 (7)	PHILIPPINES 3 (3) THAÏLANDE 2 (2) VIETNAM 1 (0)	RUS/ TCHETCH. 10 (1) SERBIE 13 (2) SER/ KOSOVO 4 (1) SER/ YUGOSLA. 1 (1) TURQUIE 179 (1) UKRAINE 10 (1)
AFRIQUE DU SUD 2 (1) COMORES 23 (7) ILE MAURICE 4 (4) MADAGASCAR 10 (4) MOZAMBIQUE 1 (0) ZIMBABWE 1 (0)	<b>AFRIQUE DU NORD</b>	COSTA RICA 1 (0) MEXIQUE 1 (1)	<b>ASIE DU SUD</b>	<b>EUROPE DE L'OUEST</b>
<b>AFRIQUE CENTRALE</b>	ALGERIE 228 (80) MAROC 53 (28) TUNISIE 27 (12)	<b>AMERIQUE DU SUD</b>	BANGLADESH 514 (7) INDE 52 (3) PAKISTAN 74 (5) SRI LANKA 741 (5)	FRANCE 3 (1) PAYS-BAS 1 (0) POLOGNE 3 (1) PORTUGAL 1 (1) ROUMANIE 5 (2)
ANGOLA 69 (5) CAMEROUN 143 (31) CENTRAFRIQUE 14 (3) CONGO 166 (14) CONGO RD 538 (22) CRD/ ZAIRE 7 (0) GABON 8 (1) RWANDA 16 (0) TCHAD 5 (0)	<b>AFRIQUE DE L'OUEST</b>	BOLIVIE 1 (0) COLOMBIE 9 (3) EQUATEUR 1 (0) PEROU 3 (0)	<b>CARAÏBES</b>	<b>MOYEN-ORIENT</b>
<b>AFRIQUE DE L'EST</b>	BENIN 13 (5) BURKINA FASO 8 (2) CAP VERT 3 (1) COTE D'IVOIRE 182 (27) GAMBIE 8 (0) GHANA 11 (4) GUINEE BISSAU 17 (5) GUINEE CONA. 231 (21) LIBERIA 8 (0) MALI 357 (112) MAURITANIE 171 (23) NIGER 1 (0) NIGERIA 67 (8) SENEGAL 95 (25) SIERRA LEONE 37 (1)	<b>ASIE CENTRALE</b>	HAITI 73 (20) JAMAÏQUE 3 (0)	EGYPTE 19 (6) IRAK 6 (0) IRAN 15 (0) JORDANIE 1 (0) LIBAN 2 (0) PALESTINE 3 (0) SYRIE 2 (0)
DJIBOUTI 1 (0) ERYTHREE 6 (0) ETHIOPIE 6 (0) KENYA 4 (0)	<b>ASIE DE L'EST</b>	CAMBODGE 3 (0) CHINE 14 (4) COREE DU NORD 3 (0)	<b>EUROPE DE L'EST</b>	<b>APATRIDE 1 (0)</b>
			ALBANIE 1 (0) ARMENIE 28 (0) AZERBAÏDJAN 15 (1) BIELORUSSIE 2 (0) BOSNIE 3 (0) GEORGIE 13 (2) MOLDAVIE 14 (3) RUSSIE 81 (1) RUS/ INGOUCHIE 2 (0)	

# CONSULTANTS

Les 20 principales nationalités sur 7 ans

■ augmentation 2007/2008  
● Espace santé droit



# CONSULTATIONS

**Total consultations = 13 004**

Moyenne 50 consultations / jour au Centre de santé  
et 6 / jour à l'Espace Santé Droit

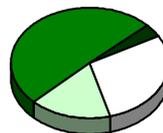
**Centre de santé = 11 864**

Avec interprète professionnel = 1 644

**Espace Santé Droit = 1 140**

Partenariat Cimade/Comede à Aubervilliers

Médecine  
générale  
51%



Psycho-  
thérapie  
4%

Service  
social et  
juridique  
17%

Service  
infirmier  
29%

Service	Consultations			File Active		Cs/	Suivi	Prestations spécialisées			
	n	%	08/07	n	%	pat.	(médiane)	CLE	AAS	asile	séj.
Médecine générale	6 579	51%	-15%	3 145	69%	2,1	2 mois	44%	18%	27%	17%
Service infirmier *	3 734	29%	-14%	2 592	56%	1,4	<1 mois	38%	11%	9%	13%
Service socio-jurid.	2 184	17%	+10%	1 123	24%	1,9	4 mois	4%	10%	3%	76%
dont Esp. Santé Droit	1 140	9%	+562%	529	12%	2,2	1 mois	-	4%	-	97%
Psychothérapie	507	4%	-43%	255	6%	2,0	7 mois	26%	-	-	-
<b>Total</b>	<b>13 004</b>	<b>100%</b>	<b>-14%</b>	<b>4 591</b>	<b>100%</b>	<b>2,8</b>	<b>2 mois</b>	<b>35%</b>	<b>9%</b>	<b>16%</b>	<b>25%</b>

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

\* Inclut Diététique et Education thérapeutique

## 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 3 734  
Cs médecine 2 560  
Service socio-jurid. 2 184  
Bilans de santé 2 100  
Interprétariat 1 644  
Médicaments 900  
Psychothérapie 507

### PATIENTS

Femmes 28%  
Mineurs 10-18 2%  
> 60 ans 3%  
Asie du Sud 29%  
Afrique de l'Ouest 27%  
Afrique centrale 23%  
Europe de l'Est 7%  
Afrique du Nord 5%

Patients à suivre 59%

### MEDICINE GENERALE

PATIENTS  
+ Asie du Sud 36%  
+ Europe de l'Est 8%

### INTERVENTIONS

Médicam. délivrés 13%  
Réd. certificat Asile 10%  
Réd. rap/cer Dasem 7%  
Urgence médicale <1%

### SERVICE INFIRMIER

#### PATIENTS

+ > 60 ans 3%  
+ Asie du Sud 31%

#### INTERVENTIONS

Education thérap. 9%  
Soins techniques 1%  
Médicam. délivrés 1%  
Vaccination 1%

#### ADMISSION

RV Cons. médecine 53%  
RV Cs infirmière 4%

### SERVICE SOCIAL

#### PATIENTS

+ Femmes 31%  
+ > 60 ans 5%  
+ Afrique de l'Ouest 41%  
+ Afrique centrale 24%  
+ Afrique du Nord 14%  
+ Patients à suivre 91%

#### DONT ESPACE SANTE DROIT

+ Femmes 34%  
+ > 60 ans 6%  
+ Afrique de l'Ouest 46%  
+ Afrique du Nord 22%  
+ Patients à suivre 99%

### PSYCHOTHERAPIE

#### PATIENTS

+ Femmes 51%  
+ Afrique centrale 39%  
+ Europe de l'Est 17%  
+ Patients à suivre 100%

## Prestations spécialisées

### ACCES AUX SOINS

Demande CMU 1 279  
Demande AME 474  
Procédure AI/IP 140  
Obstacles 687

### EDUCATION SANTE

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

### LANGUE ETRANGERE

Comede 1 811  
Interprète 1 644  
Accompagnateur 768  
Téléphone ISM 240  
Téléphone personnel 42

### 38 langues étrangères

Anglais 1 810  
Tamoul 1 107  
Bangali 455  
Turc 294  
Russe 278  
Ourdou 129  
Hindi 82  
Soninke 66  
Arabe 50  
Lingala 42  
Kurde 35  
Arménien 17  
Farsi 15  
Bambara 14  
Pular 13  
Serbe 12  
Mongol 12  
Diverses autres 74

### CERTIFICATION ASILE

Taux d'accord Com. 81%

### 672 certificats Asile

Sri Lanka 191  
Bangladesh 188  
Congo RD 52  
Turquie 51  
Guinée Conakry 39  
Russie/Tchéctch. 23  
Côte d'Ivoire 21  
Congo 16  
Mauritanie 15  
Nigeria 8  
Soudan 7  
Divers autres 61

### ETRANGERS MALADES

Taux d'accord Com. 67%  
Dem 1<sup>ère</sup> délivrance 190  
Renouvellement 161  
Recours Contentieux 138

### 324 malades soutenus

Mali 56  
Congo RD 40  
Algérie 27  
Mauritanie 26  
Cameroun 21  
Côte d'Ivoire 17  
Sénégal 14  
Angola 12  
Guinée Conakry 11  
Haïti 10  
Divers autres 90

# PREVENTION

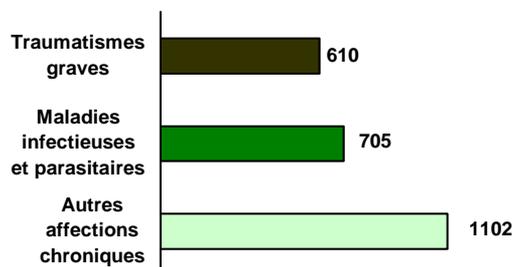
## Bilans de santé ≈ 2 100

- 82% des nouveaux patients

## Patients à suivre (PAS) = 1 956

pour affection ou risque grave

- 1 627 suivis au CDS et 329 à l'ESD
- 43% de la FA et 56% des consultations



## Education pour la santé = 355

- 311 consultations d'éducation thérapeutique et 44 consultations de diététique

Prise en charge File active par motif	File active		Nouveaux		Diag. Comede	Suivi Comede	n moy Cons	Suivi exter.	Fin de suivi* <sup>*</sup>	
	n	%	n	08/07					n	succès
Psycho-trauma	533	22%	254	+2%	81%	9 mois	4,4	38%	301	83%
Hépatite B	387	16%	135	-20%	63%	8 mois	3,5	67%	258	92%
Mal. cardio-vasc.	366	15%	174	+46%	25%	3 mois	4,3	81%	279	97%
Diabète	258	11%	137	+30%	23%	2 mois	3,8	79%	197	95%
Hépatite C	107	4%	43	-20%	49%	5 mois	3,8	78%	85	95%
Asthme	105	4%	38	-12%	10%	4 mois	3,9	81%	86	94%
Infection à VIH	51	2%	33	+43%	53%	3 mois	3,7	84%	43	95%
Handicap	45	2%	22	+10%	16%	<1 mois	3,4	91%	41	100%
Tuberculose	40	2%	21	+75%	33%	5 mois	3,1	100%	29	100%
Cancer	36	1%	24	=	6%	<1 mois	2,6	97%	35	100%
Autres motifs	489	20%	272	-	51%	2 mois	3,3	53%	397	93%
<b>Total PAS</b>	<b>1 956</b>	<b>100%</b>	<b>973</b>	<b>-1%</b>	<b>49%</b>	<b>4 mois</b>	<b>3,8</b>	<b>79%</b>	<b>1 439</b>	<b>93%</b>

\* **Fin de suivi** (984 PAS) | **Succès** | Guérison 131 | Relais médico-social 1 192 | Retour volontaire au pays 10  
**Echecs** | Décès 1 | Perdus de vue 104 | Eloignement du territoire 1

Prévalence* MED 02/08 (18 996)	Cas n	Sexe (F/H)	Age médian	Diag pays	Taux de prévalence par région d'origine (p. 1000)								
					AFC	AFE	AFN	AFO	ASC	ASS	CAR	EUE	TOT
Psycho-trauma	1 540	42%	31 ans	5%	128	156	81	79	28	44	87	85	81
Hépatite B	1 181	16%	31 ans	6%	65	29	10	145	94	14	36	41	62
Mal. cardio-vasc.	998	42%	45 ans	39%	94	12	59	47	28	37	39	19	53
Diabète	698	33%	43 ans	49%	36	-	76	25	5	54	57	10	37
Anguillulose int.	391	7%	31 ans	1%	27	12	-	13	-	34	5	-	21
Hépatite C	335	36%	38 ans	10%	31	12	10	8	103	9	3	26	18
Asthme persist.	305	21%	35 ans	66%	11	6	12	28	5	17	8	4	16
Infection à VIH	266	58%	34 ans	6%	36	12	2	18	-	<1	15	<1	14
Bilharziose urin.	191	3%	28 ans	2%	2	1	-	41	-	-	-	-	10
Tuberculose	155	19%	32 ans	6%	14	12	2	8	9	6	13	3	8
<b>Total PAS</b>	<b>6 351</b>	<b>30%</b>	<b>33 ans</b>	<b>19%</b>	<b>434</b>	<b>387</b>	<b>338</b>	<b>434</b>	<b>413</b>	<b>222</b>	<b>260</b>	<b>202</b>	<b>334</b>

Cas recensés parmi les patients du Centre de santé. 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.

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

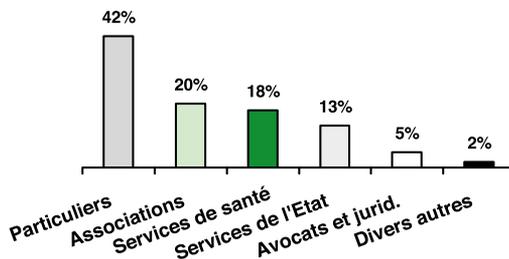
## INFORMATION

### Permanences téléphoniques

- Près de 4 000 appels traités à Bicêtre et Aubervilliers

### Publications et interventions

- 24 publications spécialisées
- 17 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	1012	42%	43%	22%	29%	30%	5%	11%	40%	3%	56%	29%
Associations	491	20%	36%	20%	19%	35%	8%	13%	22%	4%	69%	51%
Services santé	439	18%	41%	25%	21%	29%	8%	21%	36%	3%	54%	33%
Services Etat	321	13%	39%	23%	9%	27%	14%	20%	42%	12%	42%	30%
Avocat/Jurid.	120	5%	30%	22%	17%	41%	3%	12%	6%	5%	72%	77%
Autres	45	2%	35%	15%	6%	44%	6%	25%	35%	6%	49%	35%
<b>Total</b>	<b>2 428</b>	<b>100%</b>	<b>40%</b>	<b>22%</b>	<b>22%</b>	<b>31%</b>	<b>7%</b>	<b>15%</b>	<b>34%</b>	<b>5%</b>	<b>57%</b>	<b>36%</b>

Fem. Femmes ; AFC Afrique centrale, AFN Afrique du Nord, AFO Afrique de l'Ouest, EUE Europe de l'Est ; HORS IDF hors Ile-de-France ; AAS Accès aux soins ; ASI Procédure d'asile et certification ; SEJ Droit au séjour et certification ; MED Médical et santé publique.

### Publications

- *Anaem : une visite médicale en questions*, Wluczka M., Maux d'exil n°22.
- *Avoir mal aux mots et témoigner en corps d'une détresse méconnue*, Erangah-Ipendo I., Le journal des psychologues n°25 8.
- *Clinique de l'exil, clinique de l'asile*, Pestre E., Maux d'exil n°23.
- *Dépistage et bilan de santé : bénéfiques, risques et limites*, Ricard E., Maux d'exil n°22.
- *Des consultations d'éducation thérapeutique pour les personnes exilées atteintes de maladie chronique*, Rouleau-Favre F., La revue de l'infirmière n°145.
- *Des désagrèments de la psychiatrie pour les étrangers malades*, Asensi H., Maux d'exil n°25.
- *Droit d'asile, devoir d'hospitalité*, Dossier Maux d'exil n°23.
- *Et si on faisait un petit bilan de santé ?*, Fatras J-Y., Maux d'exil n°22.
- *Evolutions récentes de la juridiction de l'asile*, Bernard F., Maux d'exil n°23.
- *Guide Comede 2008*, édition en partenariat Comede DGS Inpes.
- *La promotion de l'interprétariat professionnel en milieu de soins : un enjeu de santé publique*, Chardin C., Maux d'exil n°24.
- *L'interprétariat, pour en finir avec les malentendus*, Dossier Maux d'exil n°24
- *L'interprétariat professionnalisé, facteur d'égalité des chances*, Tryleski P., Maux d'exil n°24
- *Mes maux de l'âme : entre exil, survie et garanties pour vivre ici*, Enjolras F., Maux d'exil n°25.
- *Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile : des outils insuffisants*, Baubet T., Maux d'exil n°25.
- *Proposition de dépistage pour des primo-arrivants*, Le Comede, Maux d'exil n°22.
- *Psychiatrie, exil et santé mentale des migrants*, Dossier Maux d'exil n°25.
- *Samdarra : genèse d'un réseau de santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône-Alpes*, Zeroug-Vial H., Maux d'exil n°25.
- *Se comprendre et accéder aux soins*, Gaudillière B., Maux d'exil n°24.
- *Silence : hôpital des réfugiés*, Aidan P., Veisse A., Vacarme n°142.
- *Un nouveau dispositif de l'asile ?*, Sadik G., Maux d'exil n°23
- *Traduire pour rendre la parole*, Mete-Yuva G., Maux d'exil n°24.
- *Un bilan de santé pour protéger les migrants*, Dossier Maux d'exil n°22.
- *Un parcours d'asile longtemps sans issue*, Gbokoli P., Maux d'exil n°23.

### Interventions publiques

- Adfem Paris, *Femmes, exil et traumatismes*, Aidan P., Montazami Y.
- Case de santé Toulouse, *Ateliers du CISP-Club*, Gaudillière B.
- CHU-Clermont/Cantara, *Soins aux étrangers malades*, Veisse A.
- Cimade Massy, Journée mondiale des réfugiés, Lefebvre O.
- Collectif santé Rhône, *Assises étrangers malades*, Veisse A.
- Collectif solidarité santé, Veisse A.
- Collectif toulousain pour le droit à la santé des étrangers, Maille D., Veisse A.
- Forum La science et nous Fontenay-sous-Bois, *Migrants et déracinement*, Veisse A.
- GPS Kourou, *Santé des migrants*, Maille D., Veisse A.
- HCl Paris, *Santé des exilés*, Veisse A. et Aidan P.
- ODSE/AFD Paris, *Conférence de presse étrangers malades*, Veisse A.
- Prescrire, *Pluridisciplinarité*, Gaudillière B., Petrucci M., Sallé J.
- RFI Priorité santé Paris, *Droit et santé des étrangers*, Veisse A.
- RFI Priorité santé Paris, *Etrangers diabétiques*, Veisse A.
- Salon santé au féminin Vincennes, *Santé des exilées*, Aidan P.
- Solidays Paris, *Droit et santé des étrangers*, Maille D.
- UCSA Congrès national, *Santé des migrants et prison*, Veisse A.

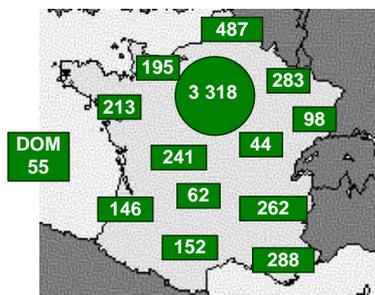
# FORMATION

## Guide Comede et Maux d'exil

- 48 077 Guide Comede diffusés (25 000 diffusion initiale et 23 077 nouvelles commandes)
- 4 100 lecteurs de Maux d'exil

## Formation et partenariats

- 37 demi-journées de formation pour 1 012 stagiaires
- 14 séances d'enseignement et 20 groupes de travail



Région	Guide Com. <sup>1</sup>	Livret Bil. <sup>1</sup>	Maux d'exil	Perm. Tél.
Alsace	1%	2%	2%	<1%
Aquitaine	2%	3%	2%	1%
Auvergne	1%	<1%	2%	<1%
Bourgogne	1%	2%	2%	<1%
Bretagne	2%	2%	3%	1%
Centre	3%	2%	4%	2%
Champagne-Ar.	3%	1%	1%	1%
DOM	1%	3%	4%	<1%
Hte-Normandie	2%	3%	1%	<1%
Ile-de-France	57%	46%	50%	85%
Languedoc-Ro.	1%	7%	2%	1%

<sup>1</sup> Nouvelles commandes en 2008, voir carte

Région	Guide Com.	Livret Bil.	Maux d'exil	Perm. Tél.
Lorraine	2%	4%	2%	<1%
Midi-Pyrénées	1%	1%	3%	1%
Nord-Pas-de-C	6%	1%	3%	1%
PACA	5%	9%	5%	1%
Pays-de-la-Loir	2%	2%	3%	<1%
Picardie	2%	1%	1%	1%
Poitou-Charent	1%	1%	1%	1%
Rhône-Alpes	4%	8%	5%	2%
Autres & Etr.	2%	2%	4%	2%

Effectif	5 843	97 221	4 100	2 428
----------	-------	--------	-------	-------

## Enseignement

- IFSI Dôle, *Accès aux soins*, Delbecchi G.
- IFSI Fontainebleau, *Santé des exilés*, Delbecchi G.
- IFSI Salpêtrière, *Accès aux soins*, Delbecchi G.
- IFSI Salpêtrière, *Santé des exilés*, Lefebvre O.
- Séminaire MSH-Comede, *Clinique de l'asile*, Erangah I.
- Séminaire MSH-Comede, *Les lésions dangereuses*, Veisse A.
- Séminaire MSH-Comede, *Femmes exilées*, Aidan P.
- Université Evry, M2, *Droit au séjour des étrangers*, Maille D.
- Université Luxembourg, *Santé des migrants*, Veisse A.
- Université Paris 5, DU MDM, *Droit de la santé*, Maille D.
- Université Paris 5, DU MDM, *Santé des exilés*, Veisse A.
- Université Paris 5, DU Minkowska, *Exil et santé*, Veisse A.
- Université Paris 7, M2 Migrations, *Santé des étrangers*, Maille D.
- Univ. Paris 8, JED, *Pouvoir médical et médicalisation*, Veisse A.

## Recherche et plaidoyer

- Adfem, Action pour les droits des femmes exilées et migrantes.
- Anafé, Assistance aux frontières pour les étrangers.
- ANRS, Groupe migrants, VIH et hépatites.
- ANRS/ministère santé/Sidaction, Tests rapides VIH.
- CFDA, Coordination française pour le droit d'asile.
- Collectif sur les Centres de rétention administrative.
- Collectif Migrants Outre-mer.
- Collectif Protection sociale des étrangers et précaires.
- Conférence régionale de santé.
- Dases, Groupe migrants et tuberculose.
- DGS Communication, migrants et VIH.
- DGS, 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.
- Inpes, Communication VIH migrants.
- Interprétariat et santé, Comede/DGS/ISM/MDM.
- ODSE, Observatoire du droit à la santé des étrangers.
- Picum, Health project on undocumented migrants in Europe.
- Rapport Yéni, Recommandations Prise en charge VIH.

## Formation professionnelle

- Alençon, Cimade, *Protection sociale des étrangers* (1/35/PM)
- Aubervilliers, ESD, *Promotion de la santé* (1/15/AV)
- Cayenne, GPS-Comede, *Santé des migrants* (2/25/AV)
- Cayenne, GPS-Comede, *Droit au séjour* (2/25/DM)
- Cayenne, GPS-Comede, *Accès aux soins* (2/25/PM)
- Evian, CJD/Merck, *Etrangers diabétiques* (1/152/AV)
- Gennevilliers, Arès 92, *Santé des exilés* (1/20/MP)
- Lyon, formation Cimade, *Etrangers malades* (1/20/AV)
- Nanterre, Académie Créteil, *Exil et exilés* (1/50/AV)
- Paris, Anaem, *Protection maladie* (1/35/PM)
- Paris, Cresif, *Approche géopolitique* (1/14/OL)\*
- Paris, Cresif, *Approche géopolitique* (1/14/OL)\*
- Paris, Gisti, *Protection sociale des étrangers* (1/24/DM)\*
- Paris, Graf, *Femmes : sortir des violences* (1/50/PA)
- Paris, Graf, *Asile et menace d'excision* (1/25/PA)
- Paris, ISM, *Rôle et place de l'interprète* (1/12/OL)
- Paris, ISM, *La tuberculose* (1/12/OL)
- Paris, MDM, *Droit et santé des étrangers* (1/25/DM)\*
- Paris, Necker, *Droit au séjour étrangers malades* (1/25/PM)\*
- Paris, Secours catholique, *Santé des étrangers* (2/20/PA)
- Paris, Secours catholique, *Droit des étrangers* (1/12/BD)
- St-Denis 93, Delafontaine, *Droit au séjour* (1/20/BD)
- St-Laurent 97, GPS-Comede, *Santé des migrants* (2/20/AV)
- St-Laurent 97, GPS-Comede, *Droit au séjour* (2/20/DM)
- St-Laurent 97, GPS-Comede, *Accès aux soins* (2/20/DM)
- Strasbourg, PSF, *Femmes exilées et violence* (1/50/PA)
- Valence, Asti, *Femmes et droit d'asile* (1/40/PA)

\* formation déjà effectuée l'année précédente  
(1/25/PM = 1 demi-journée / 25 stagiaires / Formateur principal)



Bicêtre, le 10 mars 2009

contact@comede.org - www.comede.org

Centre de santé  
Hôpital de Bicêtre, 78 rue du Général Leclerc  
BP 31 - 94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex  
Tél : 01 45 21 38 40, Fax : 01 45 21 38 41

Madame,  
Monsieur,  
Chers partenaires,  
Chers amis,

Espace Santé Droit  
Partenariat Comede/Cimade  
195 Avenue Victor Hugo 93300 Aubervilliers  
Tél : 01 43 52 69 55, Fax : 01 43 52 97 24

Depuis 30 ans, les professionnels du Comede - salariés et bénévoles - ont accueilli, soigné et soutenu plus de 95 000 personnes exilées de 140 nationalités. Le succès d'estime et de diffusion du Guide Comede (50 000 utilisateurs) et du Livret de santé bilingue (plus de 600 000 exemplaires commandés), diffusés par l'Inpes, témoignent tout à la fois de la reconnaissance de l'expérience de notre association ainsi que de l'ampleur des besoins des exilés en France en matière de santé.

La santé des exilés est affectée par de multiples facteurs de vulnérabilité : expérience de l'exil et des persécutions, exclusion et précarité, difficultés de communication. Dans ce contexte, la découverte d'une maladie grave représente un nouveau traumatisme qui nécessite une prise en charge souvent pluridisciplinaire, à laquelle contribuent les actions conjuguées du Centre de santé, de l'Espace Santé Droit et du Centre-ressources du Comede.

Pourtant, les actions du Comede sont menacées par la baisse des subventions publiques accordées à l'accueil des exilés et à la lutte contre les discriminations dont ils sont souvent les victimes. Afin de pouvoir poursuivre nos actions en faveur de la santé et de l'insertion des exilés dans notre pays, nous devons augmenter nos ressources propres

Pour ces raisons, partenaires, sympathisants ou membres de notre association, nous faisons appel à votre soutien, dont nous vous remercions par avance.

Bien cordialement,

L'Equipe du Comede



## BULLETIN DE SOUTIEN

A réadresser au Comede, BP 31, 94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex  
ou par mail à contact@comede.org

Je veux soutenir l'association Comede dans la réalisation de ses activités. Je vous fais par venir un don de ..... euros.

En espèces

Par chèque

A l'ordre de : Association Comede

Par virement bancaire

Association Comede au Crédit Lyonnais LCL,  
Agence du Kremlin Bicêtre 94270.

Banque Agence Compte Clé  
30002 00520 000007592U 79

et je souhaite recevoir un reçu fiscal à l'adresse suivante:

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Tél .....

E-mail .....

Les dons au Comede sont déductibles de vos impôts. A hauteur de 75% pour tous dons inférieurs à 495 € et de 66% au-delà de ce montant, dans la limite de 20% du revenu imposable.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous pouvez accéder aux informations vous concernant ou les modifier en écrivant au Comede.



contact@comede.org - www.comede.org

**Centre de santé**

Hôpital de Bicêtre, 78 rue du Général Leclerc  
BP 31 - 94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex  
Tel : 01 45 21 38 40, Fax : 01 45 21 38 41

**Espace Santé Droit**

Partenariat Comede/Cimade  
195 Avenue Victor Hugo 93300 Aubervilliers  
Tel : 01 43 52 69 55, Fax : 01 43 52 97 24

**Extraits des statuts du Comede :**

**Article 2 - Buts**

L'Association a pour but :

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

**Article 3 - Définition**

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

**Article 4 - La Charte**

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

**En 2008, les activités du Comede ont été soutenues par :**

- La Direction générale de la santé  
Le Service de l'asile
- La Direction générale de l'action sociale
- La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France
- Le Service des droits des femmes et de l'égalité
- La Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité
- L'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances



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



Le Fonds européen pour les réfugiés



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



Le Conseil régional d'Ile-de-France



Le Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France



Sidaction Ensemble contre le Sida



Emmaüs France et le Secours Catholique



L'Assistance publique des hôpitaux de Paris



Le Centre hospitalo-universitaire de Bicêtre



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

