

# La Santé des exilés

RAPPORT  
D'ACTIVITÉ ET  
D'OBSERVATION  
2009

COMITÉ MÉDICAL  
POUR LES EXILÉS

comede

# Table des matières

Présentation du Comede 4

Glossaire 6

## SYNTHESE

La santé des exilés et le Comede en 2009 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* 58

## ANNEXES

Consultants 59

Consultations 61

Prévention 62

Information 63

Formation 64

## Principaux indicateurs d'activité du Comede en 2009

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

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

- 4 090 appels et méls traités dans les permanences téléphoniques de Bicêtre et Aubervilliers
- 22 publications spécialisées, 20 interventions publiques, et 182 606 Livrets bilingues diffusés
- 46 demi-journées de formation/enseignement et 20 groupes de recherche et plaidoyer

#### CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE

- 1 880 bilans de santé pour des nouveaux patients
- 2 083 patients à suivre pour affection grave
- 269 consultations d'éducation thérapeutique

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

- 6 253 consultations médicales et infirmières gratuites
- 2 854 délivrances gratuites de médicaments
- 1 753 demandes de protection maladie

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

- 789 certificats médicaux pour la demande d'asile
- 271 dossiers de séjour pour raison médicale
- 77 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 4 490 patients de 97 nationalités

- Accueil de 3 027 nouveaux patients
- 5 918 consultations de médecine
- 3 945 consultations infirmières et de santé publique
- 1 535 consultations socio-juridiques
- 699 entretiens de psychothérapie
- 1 920 consultations avec interprète

# Le Comede

## LE CONSEIL D'ADMINISTRATION en mai 2010

- **Président** : Didier Fassin (Médecin, Professeur d'Anthropologie et de Sociologie)
- **Vice-Présidents** : Patrick August (Direction de collectivités territoriales et d'associations), Catherine Donnars (Ingénieur agronome),
- **Trésorier** : Jean-Claude Baboulaz (Ingénieur, Contrôleur de Gestion).
- **Secrétaires** : Christophe David (Journaliste), Patrick Lamour (Médecin de Santé publique)
- **Membres** : Gabrielle Buisson-Touboul (Présidente d'honneur, Médecin praticien), Omar Bixi (Médecin de Santé publique), 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 en mai 2010

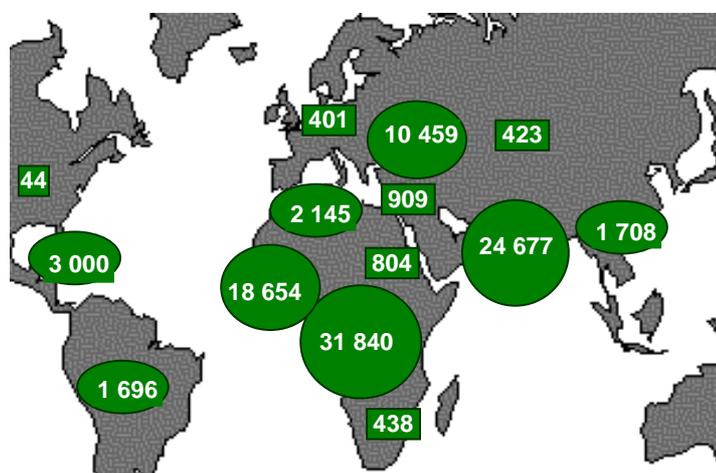
- **Directeur général** : Arnaud Veisse
- **Directeur opérationnel, médecin coordinateur** : Pascal Revault
- **Directrice administrative, financière et RH** : Eve Plenel
- **Responsable financière et administrative** : Catherine Jollet
- **Assistants de direction** : Claire Katembwe, Aurelia Picq
- **Responsable du Service social et juridique** : Didier Maille
- **Responsable adjoint du Service social et juridique, référent Espace santé droit** : Benjamin Demagny
- **Médecins référents** : Laure Feldmann, Françoise Fleury, Bénédicte Gaudillère, Olivier Lefebvre, Marie Petruzzi, Julien Sallé, Khaldia Vescovacci
- **Psychologue référente** : Laure Wolmark
- **Cadre infirmier** : Guy Delbecchi
- **Professionnels** : Aline Adu (*Technicien d'accueil*), Rose Adu (*Personnel d'entretien*), Assane Aw (*Technicien d'accueil*), Carole Chazoule (*Personnel administratif*), Karine Crochet (*Assistante sociale*), Franck Enjolras (*Psychiatre*), Isabelle Erangah-Ipendo (*Psychologue*), Guy de Gontaut (*Technicien d'accueil*), Marie-Madeleine Gutle (*Pharmacienne*), Yacine Lamarche-Vadel (*Médecin*), Marie Larger (*Diététicienne*), Monili Lumoni (*Personnel d'entretien*), Cécile Ménard (*Infirmière*), Patrick Mony (*Assistant juridique*), Etsianat Ondongh-Essalt (*Psychologue*), Barbara Pellegrini-Guegnault (*Médecin*), Bénédicte Perrot (*Assistante sociale*), Rosa Sadaoui (*Technicien d'accueil*), Pierre Szilagyi (*Médecin*), Manette Wandji (*Technicien d'accueil*), et les collègues bénévoles de l'Espace santé droit : Agnès Ankerlin, Marie-Ange d'Adler, Geneviève Domenach-Chich, Geneviève Jacques, Claudie Jalin, Michèle Teule-Espié, Marie-France Wuillemier.

**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 100 000 patients de 150 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 psycho-sociaux 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  
(1979-2009)



son médecin par le malade. Mais l'exclusion des soins a continué de sévir parmi les déboutés et sans-papiers, exclus de la sécurité sociale en 1993, de la couverture maladie « universelle » en 1999, et enfin, pour certaines périodes, de l'Aide médicale Etat résiduelle en 2003, année où le droit au séjour pour raison médicale est entré à son tour en crise. Multiplication des obstacles pour l'accès à la procédure, restrictions d'application du droit : à l'instar du droit d'asile, la protection juridique des « étrangers malades » nécessite de plus en plus souvent le recours aux juridictions d'appel, en premier lieu les tribunaux administratifs.

Dans la course d'obstacles que constitue pour de nombreux exilés le « parcours d'intégration », la découverte tardive de la maladie peut constituer un handicap fatal. La maladie chronique représente un nouveau traumatisme, surtout lorsqu'il peut s'agir d'une conséquence des violences subies au pays. Ces multiples facteurs de vulnérabilité des exilés, associés à une grande diversité d'origine et de langue, doivent être pris en compte dans la prise en charge médicale, psychologique, sociale ou juridique proposée par les intervenants sollicités. Dans ce contexte, les activités de Centre-ressources du Comede sont en progression constante. Les succès de diffusion du Guide Comede et du Livret de santé bilingue, édités en partenariat avec la Direction générale de la santé et l'Inpes, témoigne de l'attente et de la mobilisation des acteurs de la santé en faveur des exilés ■

## LES SERVICES DU COMEDE www.comede.org - 01 45 21 38 40

### ■ MAUX D'EXIL, 4 NUMEROS PAR AN

Abonnement gratuit et frais de diffusion pris en charge par le Comede. Abonnement et annulation par mail à [contact@comede.org](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 93

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
Anafé	Assistance nationale aux frontières pour les étrangers
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
Cici	Comité interministériel de contrôle de l'immigration
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
ETP	Equivalent temps plein
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
ODSE	Observatoire du droit à la santé des étrangers
OEE	Observatoire de l'enfermement 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
- Etrangers malades : personnes ayant demandé ou obtenu le bénéfice du droit au séjour pour raison médicale
- File active : nombre de patients ayant consulté au moins une fois sur l'année
- 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

*NB : Les pourcentages présentés dans le texte et les différents tableaux sont systématiquement arrondis aux nombres entiers correspondant. Pour cette raison, certains totaux peuvent varier de 99% à 101%.*



## La santé des exilés et le Comede en 2009

Traumatismes de l'exil et de la violence, exclusion et discriminations, difficultés de communication pour les personnes non francophones : les multiples facteurs de vulnérabilité qui affectent leur état de santé conduisent les migrants/étrangers en situation précaire à se trouver parmi les principales victimes des **inégalités sociales de santé** en France. Pour faire face aux souffrances et pathologies graves qui viennent encore compliquer le parcours d'insertion (psychotraumatismes, hépatites virales, maladies chroniques, infection par le VIH...), la constitution et la loi française garantissent théoriquement la protection de la santé et la continuité des soins. Pourtant, ces protections théoriques sont mises à mal par les crispations politiques autour du « problème de l'immigration ». Au mépris de toute tentative d'analyse des conséquences réelles de l'immigration pour nos sociétés, la stigmatisation des étrangers se révèle particulièrement menaçante aussi bien pour les libertés fondamentales que pour la cohésion sociale.

### CONTROLE DE L'IMMIGRATION, CONTROLE SOCIAL

La quête obsessionnelle des « objectifs chiffrés d'éloignement » donne lieu à des situations parfois tragiques et souvent absurdes. Et les fantasmes du « contrôle de l'immigration » entraînent des conséquences graves pour l'ensemble des acteurs de la société, au premier rang desquels les associations d'aide et les professionnels de la santé, du social, du droit et de l'Administration. Fragilisation des moyens et du rôle des associations de soutien aux migrants, contrôle des citoyens « aidants », intimidation des médecins, restrictions des pouvoirs des juges face aux pratiques de l'Administration, ces phénomènes se sont encore amplifiés au cours de l'année écoulée et/ou risquent de l'être dans la période à venir au vu du dernier projet de loi.

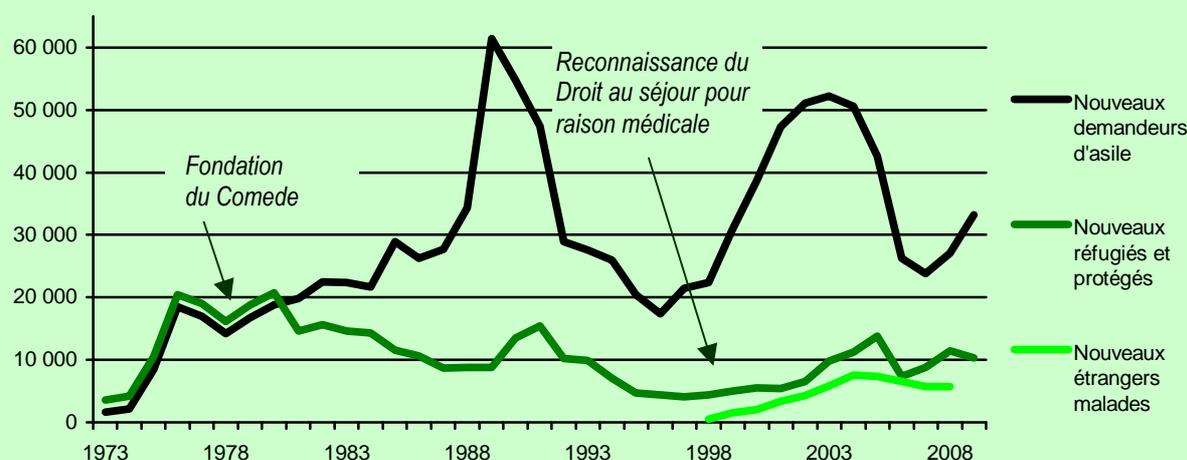
Quand l'**enfermement des étrangers** devient une pièce centrale de la politique des Etats (une directive européenne a fait passer le délai de rétention maximal autorisé à dix-huit mois, soit presque vingt fois plus que ne le permettait la législation française antérieure), le risque est grand que les lieux de privation de liberté deviennent des lieux d'exception où le droit ne s'appliquerait plus de la même manière que sur le reste du territoire national, ce que l'évolution récente peut laisser craindre. Les effets nocifs des « objectifs chiffrés » ont également conduit le mouvement associatif à lancer un cri d'alarme pour préserver les principes mêmes de l'hospitalité. La permanence du « **délit de solidarité** » (Article L.622-1 du Ceseda) entraîne des pratiques officieuses d'intimidation des citoyens et des acteurs engagés dans l'assistance aux étrangers. Début 2009, l'interpellation d'un responsable de communauté Emmaüs, et l'arrestation au guichet de la sécurité sociale d'un patient du Comede effectuant sa demande d'Aide médicale Etat ont lancé la campagne des « délinquants solidaires », dont la manifestation du 8 avril a réuni plusieurs milliers de personnes dans 92 villes françaises.

Sur l'ensemble de l'année, la **protection juridique** des demandeurs d'asile et des étrangers malades a également souffert d'une gestion de quotas, qui bien qu'officiuse se révèle assez efficace. Les restrictions d'application du droit d'asile se sont poursuivies, à la fois sur le plan des procédures et conditions réservées aux demandeurs (de nombreuses personnes se trouvant sans aucun hébergement début 2010), et sur celui de l'attribution du statut de réfugié (29% d'accord en 2009, taux majoritairement dû aux recours auprès de la Cour nationale du droit d'asile et qui reste très inférieur aux taux de reconnaissance pratiqués au début des années 1980). Le droit au séjour des étrangers malades connaît également de fortes restrictions d'application, avec la

## 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 38)



En 2009, l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) a enregistré 47 686 demandes d'asile, incluant les réexamens (5 568) et les mineurs accompagnants (8 883). Les premières demandes d'asile (33 235) sont en augmentation de 23%. Les demandeurs d'asile résident principalement en région Ile-de-France (44% de la demande globale), Rhône-Alpes (10%), DOM-COM (6%), PACA (5%) et Alsace (4%). La moitié des nouveaux demandeurs sont célibataires (49%), plus d'un tiers sont des femmes (35%), et l'âge moyen est de 32 ans. Les principales nationalités recensées sont la Serbie/Kosovo, le Sri Lanka, l'Arménie, le Congo RD, la Russie/Tchéchénie, la Turquie, la Chine, la Guinée Conakry, le Bangladesh et Haïti.

Le taux global d'admission (incluant les décisions de la Cour nationale du droit d'asile) est de 29% en 2009, alors que le taux d'accord en première instance (décisions Ofpra) est de 14%. Au total, 10 373 nouvelles personnes ont été placées sous la protection de l'Ofpra en 2009, dont 2 449 au titre de la protection subsidiaire (24%). Les taux d'accord Ofpra les plus élevés en 2009 concernent les Irakiens (82%, suite à l'opération d'accueil organisée par le gouvernement français), les Somaliens (76%), les Erythréens (70%), les Maliens (66%), les Sénégalais (53%), et les Ethiopiens (50%) ; mais il est à noter que plus de la moitié de la protection effective des réfugiés relève des recours auprès de la CNDA.

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

Pays	Demande d'asile 2009	Demande d'asile 2008	Evolution 2008/2007
Etats-Unis	49 000	nc	nc
France	47 686	42 599	+12%
Allemagne	33 033	28 018	+18%
Canada	33 000	nc	nc
Royaume-Uni	29 845	41 215	- 5%
Suède	24 194	24 860	- 3%
Belgique	17 186	12 252	+40%
Suisse	16 005	16 606	- 4%
Grèce	15 928	20 000	-20%

Le nombre global de demandeurs d'asile dans les pays industrialisés est resté stable en 2009, avec 377 000 demandes. Selon Antonio Guterres, Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés, « La notion selon laquelle on observe un afflux de demandeurs d'asile dans les pays les plus riches est un mythe. Malgré ce que prétendent certains populistes, nos statistiques montrent que les chiffres sont restés stables ». Il existe cependant des disparités régionales significatives : le nombre des demandes d'asile a augmenté dans 19 pays, alors que 25 autres pays ont enregistré une baisse. La région des pays nordiques a enregistré une augmentation de 13% avec 51 100 nouvelles demandes d'asile, soit le chiffre le plus élevé en six ans. A l'inverse, le nombre de demandes dans le sud de l'Europe a diminué de 33% avec 50 100 demandes d'asile, sous l'impulsion de baisses significatives en Italie (-42%), en Turquie (-40%) et en Grèce (-20%). Les demandeurs d'asile les plus nombreux ont été les Afghans (26 800 demandes), les Irakiens (24 000) et les Somaliens (22 600).

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 35). En matière d'accès aux soins, les obstacles restent également très importants, en particulier vis-à-vis des 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 €.

Les difficultés quotidiennes que rencontrent les exilés surviennent dans un contexte de grande vulnérabilité psychologique. **L'expérience de 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, que les obstacles de la société « d'accueil » viennent alors amplifier. 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 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, 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 sociale. Plus de la moitié des personnes accueillies au Comede ont eu à subir des violences dans leur pays d'origine, près d'un quart ayant eu à subir la torture.

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. La proposition de dépistage conduit à la découverte d'affections ou de risques médico-psychologiques graves chez un certain nombre de personnes. On observe trois grands groupes pathologiques, qui pour ces exilés récents reflètent à la fois les persécutions et l'épidémiologie des pays d'origine : psycho-traumatismes graves, maladies infectieuses et parasitaires, et maladies chroniques (voir Epidémiologie page 21). 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 des soins médicaux destinés à ralentir l'évolution et prévenir les complications graves.

Les soins et l'accompagnement de ces personnes nécessitent souvent une équipe pluridisciplinaire, où les connaissances psychologiques et juridiques viennent compléter la formation médico-sociale de base. Ils nécessitent également de disposer du temps et des conditions de communication satisfaisantes, en particulier de recourir à l'interprétariat professionnel. En matière de santé publique, au delà de la lutte contre le VIH ou la tuberculose, il reste 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. Les travaux de recherche sur la santé des exilés doivent également s'intéresser aux discriminations qu'ils subissent. Déjà soupçonnés de rechercher dans l'exil un bénéfice économique indu, les ressortissants des pays les plus pauvres se trouvent également soupçonnés d'un exil « thérapeutique » dès lors qu'ils sont malades. La confusion croissante dans le discours public entre le droit au séjour pour raison médicale et une « immigration thérapeutique » qui reste exceptionnelle entraîne la restriction du droit au séjour après celle du droit d'asile pour de nombreux exilés. Avec la multiplication des obstacles à la procédure et des refus tant en première demande que lors des renouvellements de titre pour des personnes pourtant atteintes de maladies chroniques, les restrictions observées au cours des dernières années en matière de protection juridique des étrangers malades rejaillissent 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 2009, les questions relatives au droit au séjour des étrangers malades (Dasem) ont fortement mobilisé les équipes médico-socio-juridiques du Centre de santé et de l'Espace santé droit. 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 un cas sur deux. Mais les recours juridiques ne parviennent pas toujours à éviter le pire, ce dont témoigne régulièrement l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (voir ODSE page 58). En 2009, l'accès à la procédure a encore été

considérablement compliqué en raison des difficultés 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 plaidoyer pour la protection des étrangers malades sont plus que jamais nécessaires.

### ACCES AUX SOINS, PRISE EN CHARGE GLOBALE

Suite à leur exclusion législative d'abord de la sécurité sociale (1993), puis de la Couverture maladie « universelle » (1999), les exilés déboutés et sans-papiers peuvent se trouver juridiquement exclus des soins médicaux nécessaires à prévenir l'urgence hospitalière. Au delà des « sans-papiers » visés par ces lois, de nombreux exilés en séjour régulier ont vu leurs conditions d'accès aux soins se dégrader au cours des dernières années, dans un climat de restriction accrue de l'application du droit résiduel à la CMU et à l'AME (voir Accès aux soins page 25). 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.

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 compétences techniques, 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.

### ACTIVITES DU COMEDE

Sur l'ensemble de l'année, le Comede a accueilli **4 490 exilés de 97 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 12 097 consultations (médicales 49%, infirmières 33%, socio-juridiques 13%, et psycho-thérapeutiques 6%). 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 (19% du total des consultations, et 78% 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, 30% en médecine). Enfin, 9% des consultations nécessitent une information spécialisée et souvent une intervention en matière d'accès aux soins. La plupart des consultations du Comede sont désormais destinées à des « Patients à suivre », atteints de maladie grave et/ou chronique. Leur suivi médical 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 continuité des soins est assurée le plus souvent par un suivi médico-social hospitalier proche de leur lieu de résidence.

L'équipe soignante du Comede est confrontée dans sa pratique quotidienne à des situations administratives et sociales de plus en plus complexes pour les exilés, en particulier dans le domaine de l'hébergement, sans réponse appropriée par les institutions qui en ont la responsabilité (115 du Samu social débordé, insuffisance de place dans les Cada), également concernant l'alimentation des personnes en grande précarité (nécessité de production de documents écrits par le Comede justifiant la nécessité d'un accès aux restaurants du cœur par exemple, quantités et qualités des aliments fournis en Guyane française jugées très insuffisante par les associations partenaires du Comede). Le choix de la CFDA de faire de l'hébergement des demandeurs d'asile une priorité reflète ces observations. Plus largement, alors que les recherches épidémiologiques et sociologiques, depuis maintenant plus de dix ans, caractérisent les **déterminants sociaux de la santé**, explicitent la production d'inégalités de santé et démontrent la nécessité d'investir dans la prévention et le soin global, la situation sociale des exilés ne cesse pourtant de s'aggraver. Ainsi le Comede, dans le cadre du développement de l'observatoire de la santé des migrants/étrangers, a décidé de mieux documenter cette évolution, notamment à travers le recueil d'un certain nombre d'indicateurs, comme l'absence de logement, l'isolement relationnel, l'absence de protection maladie et de droit au séjour, les difficultés d'alimentation et la nécessité d'un interprétariat.

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** se poursuit, avec plus de 50 000 utilisateurs en France et 3 578 nouvelles commandes en 2009. L'Inpes a également diffusé 182 606 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 4 090 appels dans le cadre des permanences téléphoniques, et réalisé 22 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 2009, en raison de la stabilité des moyens en personnels et malgré la multiplication des sollicitations. Les professionnels du Comede ont animé 36 demi-journées de formation sur l'année, pour 905 stagiaires, et assuré 10 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 2009 grâce au soutien de la Délégation régionale des droits des femmes et de l'égalité, ainsi que du Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France.

Les **financements** du Comede proviennent principalement de subventions nationales (41% des produits en 2009 émanant de la DGS, de l'Inpes, du Service de l'asile, de l'Acisé, et de la DGAS), de subventions régionales (18%, GRSP, Conseil régional IDF, CPAM 94, Acisé IDF, DRDFE et Conseil général 94), d'autres subventions (29%, FER, ONU, Sidaction, Fondation Marc / Fondation de France), alors que les ressources propres constituent 12% des produits, incluant pour la première année une contribution significative des dons privés suite à un appel lancé en juin 2009 (voir Finances page 56). Nonobstant les difficultés de trésorerie engendrées par le retard des versements de plusieurs subventions, la pérennité et la diversité des financeurs du Comede constituent 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 publiques et associatives permet d'identifier les groupes les plus nombreux et les plus vulnérables. Dans le cas du Comede, l'observation démographique est complétée par une veille épidémiologique permettant de déterminer les actions de santé publique à mettre en œuvre pour cette population.

### MIGRANTS, ETRANGERS ET EXILES EN FRANCE

La France compte officiellement 5 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. Pour fin 2008, le Comité interministériel de contrôle de l'immigration (Cici) comptait 621 912 ressortissants de « pays-tiers » titulaires d'un titre de séjour précaire (72% titres d'un an, 4% titres < 1 an, et 24% documents provisoires, incluant les demandeurs d'asile) pour fin 2008, et l'Ofpra 145 272 réfugiés fin 2009. Les **exilés** se situent dans une

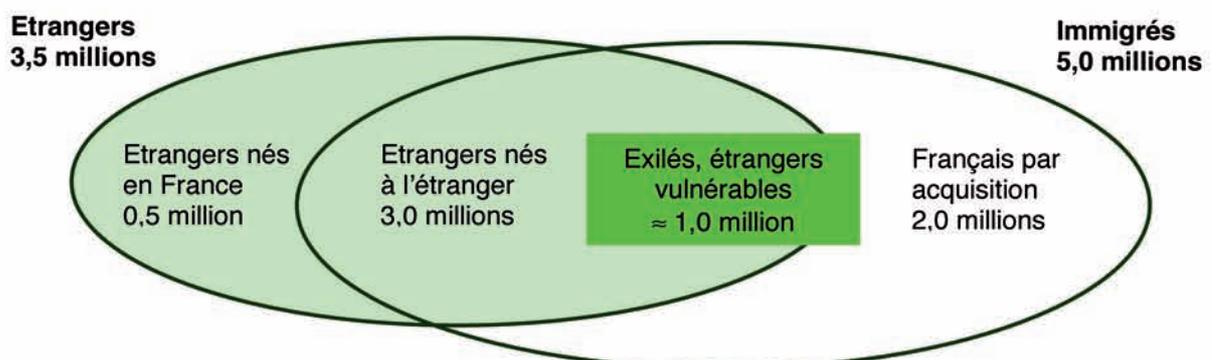
### Définitions

- **Migrant** : personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France, terme le plus souvent utilisé 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** : terme évoquant le caractère contraint de la situation de migration, et notamment ses aspects psychologiques.
- **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, Cici 2009

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



population de près 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 personnes exilées sont **originaires de régions très diverses**, principalement Europe de l'Est (39% des nouveaux demandeurs d'asile [DA] 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 [AME] en 2006, 44% des demandeurs d'asile en 2009), Départements d'Outre-Mer (6% DA, 8% AME), Rhône-Alpes (10% DA, 3% AME), et PACA (7% AME, 5% DA).

### ORIENTATION AU COMEDE ET LIEUX DE RESIDENCE

**En 2009, le Comede a accueilli 4 490 personnes** (3 967 au Centre de santé et 523 à l'Espace Santé Droit), dont 68% sont des nouveaux consultants. S'agissant du Centre-ressources, les 4 090 appels traités dans le cadre des permanences téléphoniques ont notamment concerné 3 786 personnes dont 2 997 n'étaient pas consultants au Comede, ce qui permet d'estimer le total des exilés directement soutenus par le Comede à près de 7 487 dans l'année.

Pour la moitié des consultants, l'**orientation** vers le Comede est due à des relations personnelles (48%, 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 a diminué ces dernières années (67% en 2003) au profit d'une orientation en « deuxième recours » de

personnes déjà soutenues par les associations spécialisées (26%, dont France Terre d'Asile 6% et Cimade 5%), les services de l'Etat (13%, dont Cada 4%), les avocats (6%) et les services de santé (5%). 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 (52%), celle sur l'Espace santé droit plus souvent d'associations (50%) et de services de santé (15%). Enfin, on observe dans le cadre des permanences téléphoniques une proportion plus importante d'exilés soutenus par un service de santé (18%) qu'au niveau des consultations.

La **résidence** des patients du Comede n'a pu être documentée de manière exhaustive en 2008 et 2009, 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. Sur un plan administratif, 96% d'entre eux y avaient

### Lieu de domiciliation des patients et usagers

Régions et Départements >1%	Centre de santé	P. Tél. Bicêtre	P. Tél. Auber.
Aquitaine	<1%	1%	<1%
Bretagne	<1%	1%	<1%
Centre	1%	1%	<1%
Ile-de-France	96%	86%	92%
75-Paris	29%	35%	32%
77-Seine-et-Marne	3%	3%	1%
78-Yvelines	4%	2%	2%
91-Essonne	5%	4%	1%
92-Hauts de Seine	6%	6%	5%
93-Seine-Saint-Denis	22%	15%	39%
94-Val-de-Marne	18%	16%	7%
95-Val d'Oise	9%	5%	5%
Languedoc-Roussillon	<1%	1%	<1%
Midi-Pyrénées	<1%	2%	<1%
Nord-Pas-de-Calais	<1%	1%	<1%
PACA	<1%	1%	<1%
Picardie	1%	1%	1%
Pays-de-la-Loire	<1%	1%	<1%
Rhône-Alpes	<1%	2%	<1%
Divers autres	<1%	2%	2%

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 usagers des permanences téléphoniques se répartissent différemment entre les sites de Bicêtre et d'Aubervilliers. Les appelants du Suivi médical et de l'Accès aux soins sont plus résidents à Paris (35%), dans le Val-de-Marne (16%), en Seine-Saint-Denis (15%), et hors Ile-de-France (14%). Ceux de l'Espace santé droit sont plus souvent résidents en Seine-Saint-Denis (39%) et à Paris (32%).

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

<i>Détail donné seulement pour les occurrences ≥1%</i>	Tous Consultants	Centre De santé	Espace santé droit	Perm. Téléphon.	Abonnés Maux d'exil
<b>Associations de soutien</b>	26%	23%	50%	18%	20%
Aftam	1%	1%	<1%	<1%	<1%
Aides	<1%	<1%	1%	<1%	1%
Cafda	1%	1%	<1%	1%	<1%
Cimade	5%	3%	29%	8%	3%
Comede (CDS/ESD)	1%	<1%	5%	<1%	<1%
Dom'asile	2%	2%	<1%	<1%	<1%
France terre d'asile	6%	7%	<1%	<1%	1%
Médecins du monde	<1%	<1%	<1%	1%	1%
Secours catholique/Cedre	2%	2%	<1%	<1%	1%
<b>Avocats et CRR/CNDA</b>	6%	6%	4%	3%	3%
<b>Collectifs</b>	1%	<1%	2%	1%	2%
<b>Recherche et formation</b>	<1%	<1%	<1%	<1%	4%
Médias	<1%	<1%	<1%	<1%	2%
Universités et laboratoires	<1%	<1%	<1%	<1%	2%
<b>Particuliers</b>	48%	52%	19%	49%	8%
Exilé ou proche	40%	43%	11%	27%	-
Famille	6%	7%	4%	12%	-
Comede (patient/membre)	1%	1%	2%	10%	8%
Site internet	1%	1%	2%	<1%	-
<b>Services de l'Etat</b>	13%	14%	11%	10%	25%
ASE	1%	1%	<1%	<1%	<1%
AS Ville	3%	3%	7%	3%	1%
Cada	4%	4%	<1%	2%	4%
Centre de rétention CRA	<1%	<1%	<1%	1%	<1%
DDASS/MISP	<1%	<1%	<1%	<1%	10%
Mairie, CCAS	1%	<1%	2%	<1%	1%
Ofii / Anaem	1%	1%	<1%	<1%	1%
Ofpra	1%	1%	<1%	<1%	<1%
Préfecture	1%	1%	<1%	<1%	<1%
Sécurité sociale	<1%	<1%	<1%	1%	1%
<b>Services de santé</b>	5%	4%	15%	18%	38%
Centres de prévention	<1%	<1%	<1%	<1%	3%
CRES/CODES	<1%	<1%	<1%	<1%	1%
CMP	1%	<1%	<1%	1%	<1%
Hôpital AS	2%	1%	7%	10%	1%
Hôpital Médecin	1%	<1%	2%	2%	1%
Médecin Ville	1%	2%	2%	2%	6%

## LES EXILÉS SOIGNÉS ET SOUTENUS PAR LE COMEDE

Accueillis en 2009 à Bicêtre et/ou à Aubervilliers, **les 4 490 consultants du Comede sont originaires de 97 pays**, principalement de 10 régions :

- ❶ Asie du Sud (1 355, dont 654 Bangladais et 556 Sri-Lankais [Tamouls]) ;
- ❷ Afrique de l'Ouest (1 306 patients, dont 326 Guinéens, 308 Maliens, 220 Mauritaniens et 167 Ivoiriens) ;
- ❸ Afrique centrale (883, dont 523 Congolais/RD, 145 Congolais et 116 Camerounais) ;
- ❹ Europe de l'Est (324, dont 130 Turcs [Kurdes]) et 110 Russes/Tchéchènes ;
- ❺ Afrique du Nord (270, dont 189 Algériens) ;
- ❻ Caraïbes (86, dont 82 Haïtiens) ;
- ❼ Afrique de l'Est (79, Soudanais) ;
- ❽ Asie centrale (49, Afghans) ;
- ❾ Afrique Australe (48, Malgaches, Comoriens) ;
- ❿ Moyen-Orient (37, Egyptiens, Iraniens).

### Les 25 principales nationalités des exilés accueillis au Comede en 2009

Nationalité	N	Age	Femmes
Bangladesh	653	31 ans	3%
Sri Lanka	556	33 ans	16%
Congo RD	527	35 ans	53%
Guinée Conakry	327	29 ans	35%
Mali	308	35 ans	19%
Mauritanie	220	34 ans	12%
Algérie	189	41 ans	40%
Côte d'Ivoire	167	34 ans	40%
Congo	145	35 ans	46%
Turquie	130	30 ans	15%
Cameroun	116	37 ans	46%
Russie/Tchéch./Ing	110	38 ans	27%
Pakistan	96	36 ans	1%
Sénégal	86	39 ans	29%
Haïti	82	37 ans	46%
Nigeria	78	34 ans	24%
Angola	54	35 ans	28%
Maroc	51	40 ans	35%
Inde	44	34 ans	2%
Soudan	39	27 ans	5%
Afghanistan	33	25 ans	3%
Arménie	32	39 ans	47%
Togo	29	44 ans	31%
Sierra Leone	26	34 ans	27%

Répartition par classes d'âge	Comede 2009	France (Insee 2008)
< 15 ans	1%	18%
15 à 19 ans	3%	6%
20 à 24 ans	9%	6%
25 à 29 ans	20%	6%
30 à 34 ans	20%	6%
35 à 39 ans	17%	7%
40 à 44 ans	11%	7%
45 à 49 ans	7%	7%
50 à 54 ans	4%	7%
55 à 59 ans	3%	7%
60 à 64 ans	1%	5%
65 à 69 ans	1%	4%
70 à 74 ans	1%	4%
> 75 ans	1%	7%
Total	4 490	63 960 000

Dans un contexte de stabilisation de la File active globale (-2%), on observe la forte augmentation de certaines nationalités par rapport à 2008 : Soudan (+117%), Guinée Conakry (+41%), Pakistan (+30%), Mauritanie (+29%), Bangladesh (+27%), et Russie/Tchéchénie (+18%). Les diminutions les plus notables concernent les Turcs (-27%), Angolais (-22%), Camerounais (-19%) et Algériens (-17%). 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, Maliens, Guinéens et Ivoiriens.

Les hommes sont plus nombreux (73%) que les femmes. Les consultants du Comede sont jeunes (âge médian 34 ans mi-2009), et récemment arrivés en France (médiane 1,4 an). Les femmes sont relativement plus nombreuses parmi les exilés originaires d'Afrique australe (65%), d'Afrique centrale (49%) et des Caraïbes (45%). Les exilés originaires d'Afrique de l'Est sont les plus jeunes (27 ans), ceux d'Afrique du Nord les plus âgés (41 ans). Les exilés 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 2009 est plus importante parmi les ressortissants d'Afrique centrale (41%), des Caraïbes (34%), et d'Europe de l'Est (33%), notamment dans le

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

Caractéristiques Des consultants	Centre de santé	Espace santé Droit
File active	3 967	523
Femmes	25%	36%
Age médian	33 ans	39 ans
Résidence en France	1,1 an	5,8 ans
Afrique australe	1%	2%
Comores	<1%	1%
Ile Maurice	<1%	1%
Afrique centrale	20%	17%
Angola	1%	1%
Cameroun	3%	7%
Congo	4%	3%
Congo RD	13%	6%
Afrique de l'Est	2%	<1%
Soudan	1%	<1%
Afrique du Nord	4%	24%
Algérie	3%	17%
Maroc	1%	5%
Tunisie	1%	2%
Afrique de l'Ouest	27%	42%
Bénin	<1%	2%
Centrafrique	<1%	1%
Côte d'Ivoire	3%	6%
Ghana	<1%	1%
Guinée Bissau	<1%	1%
Guinée Conakry	8%	2%
Mali	5%	20%
Mauritanie	5%	2%
Nigeria	2%	2%
Sénégal	2%	3%
Sierra Leone	1%	1%
Togo	1%	2%
Asie centrale	1%	<1%
Afghanistan	1%	<1%
Asie de l'Est	<1%	1%
Thaïlande	<1%	1%
Asie du Sud	33%	5%
Bangladesh	16%	1%
Inde	1%	2%
Pakistan	2%	1%
Sri Lanka	14%	1%
Caraïbes	2%	4%
Haïti	2%	4%
Europe de l'Est	8%	2%
Arménie	1%	<1%
Russie/Tchéchénie	3%	<1%
Turquie	3%	<1%
Moyen-Orient	1%	1%
Egypte	<1%	1%

cadre de prises en charge psychothérapeutiques et socio-juridiques de moyen terme.

Il existe des différences socio-démographiques importantes entre les personnes accueillies à Bicêtre et celles accueillies à Aubervilliers. 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 ci-contre). 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. 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 des Caraïbes.

Les exilés informés et soutenus dans le cadre des **permanences téléphoniques** du Comede (3 786 situations documentées sur ce plan, voir Centre-ressources page 49) sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (35%, Mali, Côte d'Ivoire, Sénégal, Mauritanie, Guinée Conakry), d'Afrique du Nord (23%, Algérie, Maroc), d'Afrique centrale (19%, Congo RD, Cameroun, Congo), d'Europe de l'Est (6%, Russie/Tchéchénie, Arménie), d'Asie du Sud (6%, Bangladesh, Sri Lanka), ainsi que de Haïti. L'âge médian est de 37 ans. Les proportions de femmes (40%), de personnes âgées de plus de 60 ans (10%), et de mineurs (6%) sont plus importantes que celles observées parmi les patients accueillis au Centre de santé ou à l'Espace Santé Droit.

#### GROUPES VULNERABLES

(Voir Epidémiologie page 19)

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 27% de la file active du Comede (1 200 personnes en 2009). Principalement originaires d'Afrique centrale (36%, dont Congo RD 23% et Congo 6%), d'Afrique de l'Ouest (29%, dont Guinée 10%, Côte d'Ivoire 6% et Mali 5%), d'Asie du Sud (10%, dont Sri Lanka 8%), d'Afrique du Nord (8%, dont Algérie 6%), et d'Europe de l'Est (7%), elles souffrent 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. A ces facteurs épidémiologiques s'ajoutent d'autres éléments de vulnérabilité psycho-sociale incluant le phénomène de « double violence » pris en compte par le

### Catégories administratives vulnérables

Sur un plan administratif, le statut des exilés varie au cours des mois selon les pratiques des préfectures et des instances de reconnaissance du statut de réfugié. Le Guide Comede recense ainsi 22 documents administratifs distincts dont la connaissance de la signification par les intervenants détermine l'efficacité de la prise en charge médico-psycho-sociale (Guide 2008, annexes, 394-415). Au sein du Comede, les proportions des catégories administratives les plus vulnérables sont évaluées par des enquêtes régulières sur les dossiers médicaux. Un échantillon aléatoire constitué de 186 consultations de médecine en 2009 retrouve ainsi :

- 2% de réfugiés titulaires d'une carte de résident (1%) ou du récépissé de demande de carte (1%) ;
- 78% de demandeurs d'asile titulaires du récépissé (52%), de l'autorisation provisoire de séjour (5%), d'une « convocation préfecture » (3%), en « procédure prioritaire » (3%), ou « rejetés » par l'Ofpra et « déboutés » par la CRR/CNDA (15%) ;
- 17% d'autres étrangers titulaires de la carte de séjour temporaire (3%), de la carte de résident (1%), ou « sans-papiers » (15%) ;
- et 3% de mineurs étrangers isolés.

Comede dans le cadre du Groupe d'échange avec les femmes (page 48).

Le Comede a accueilli 107 **enfants mineurs**, dont 64 mineurs étrangers isolés adressés par les services de l'Aide sociale à l'enfance - en particulier du Val-de-Marne - ou certaines associations spécialisées. Principalement des garçons (65%), récemment arrivés en France (médiane 7 mois), ils sont originaires de 29 pays (en premier lieu Mali, Congo/RD, Guinée Conakry, Inde et Russie/Tchéquie). Ils souffrent en particulier de psycho-traumatismes, d'hépatite B chronique et de parasitoses intestinales, dont la bilharziose urinaire. Les autres maladies graves sont rares.

Enfin, 154 patients **âgés de plus de 60 ans** ont été accueillis en 2009. Femmes pour les deux-tiers, résidant en France depuis 2 ans (médiane), ils sont principalement originaires d'Algérie, du Congo RD, du Sri Lanka et du Cameroun. Ils souffrent plus souvent que les autres de maladie cardiovasculaire, de diabète et d'hépatite C chronique.

Ce sont les exilés originaires d'**Afrique** qui payent le plus lourd tribut à la maladie. Parmi ceux d'Afrique centrale, le psycho-traumatisme grave (149 pour mille), les maladies cardiovasculaires (91), l'hépatite B (67), l'hépatite C (29) et l'infection à VIH (28) sont particulièrement fréquents. Parmi ceux d'Afrique de l'Ouest, c'est notamment le cas de l'hépatite B (148), de la bilharziose urinaire (29) et de l'infection à VIH (17). Parmi ceux d'Afrique du Nord, c'est le cas du psycho-traumatisme (100), du diabète (96) et des maladies cardiovasculaires (84). Et parmi ceux d'Afrique de l'Est, c'est le cas du psycho-traumatisme grave (148) et de la bilharziose intestinale (24). Concernant enfin les exilés originaires des autres continents, on observe pour les Caraïbes des prévalences particulièrement élevées du psycho-traumatisme (106), du diabète (63) et de l'infection à VIH (14) ; pour l'Europe de l'Est celle de l'hépatite C (28) ; et enfin pour l'Asie du Sud celles du diabète (52) et de l'anguillulose (28) ■



## Epidémiologie, prévention et bilan de santé

(Indicateurs pages 61 et 62)

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 social et 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

Plus de la moitié des consultants du Centre de santé du Comede ont eu à subir des **violences** (60% en 2009, définition OMS) dans leur pays d'origine, et plus d'un cinquième ont eu à subir la **torture** (22%, définition ONU, 1984). Des antécédents de violence sont plus fréquents parmi les exilés originaires du Sri Lanka (75%), du Togo (72%), de Guinée (68%), du Soudan (61%) et de Turquie (60%), et des antécédents de torture également parmi celles et ceux originaires du Sri Lanka (51%), du Togo (41%), et de Guinée (39%), mais aussi du Congo Brazzaville (35%), du Soudan et de Mauritanie (34%). Un certificat médical destiné à la procédure d'asile a été délivré pour 27% des patients suivis en médecine (voir Expertise médico-juridique page 31). La plupart de ces certificats attestent de séquelles physiques sans gravité sur le plan physiologique, mais certains

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

*Consultants en médecine, 2007-2009*

Nationalité	Effectif	Violence	Torture
Sri Lanka	1 885	75%	51%
Togo	61	72%	41%
Guinée C.	637	68%	39%
Soudan	61	61%	34%
Turquie	494	60%	29%
Haïti	190	56%	5%
Congo	345	55%	35%
Mauritanie	447	55%	34%
Bangladesh	1 264	55%	8%
Russie/Tch.	228	51%	25%
Afghanistan	87	50%	17%
Congo RD	1 350	46%	30%
Côte d'Ivoire	402	43%	24%
Cameroun	241	37%	13%
Nigeria	177	33%	12%
Sierra Leone	70	33%	11%
Angola/Cab.	162	28%	15%
Pakistan	169	20%	4%
Inde	124	21%	15%
Mongolie	53	16%	2%

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).

Dans une étude effectuée en 2007 parmi les consultants du Centre de santé du Comede, le risque de **psycho-traumatisme** grave apparaissait 2,3 fois plus élevé lorsqu'il existait un antécédent de violence, et 2,8 fois plus lorsque cette violence avait été qualifiée de torture ( $p < 0,001$ ). Parmi les survivants de la violence et de la torture, la fréquence du psycho-traumatisme grave était 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 Bangladesh et 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 toujours 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 exilés. 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 a été effectué par au moins 70% des patients du Centre de santé (30% des dossiers médicaux ne comportent pas l'ensemble des résultats attendus du bilan), 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

### Bilan de santé proposé au Comede

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

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

bucco-dentaire est également recommandé. Au terme de ce bilan, 37% des nouveaux patients du Comede ont été signalés « Patients à suivre » par le médecin ou le psychologue, pour affection/s ou risque médical grave/s. En comptant les anciens patients toujours suivis en 2009, les 2 083 Patients à suivre représentent 43% de la File active du Comede 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, 269 consultations d'Education thérapeutique ont été effectuées, ainsi que 98 consultations 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 : 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.

### Education thérapeutique en 2009

- **269 consultations** ont été effectuées au Comede, en français (48%), bangali (24%), tamoul (13%), et anglais (5%). Les consultations en **langue étrangère** ont mobilisé un interprète dans 43% des cas, les autres ayant été conduites par les professionnelles du Comede (7%).
- **139 patients** de 23 nationalités en ont bénéficié, soit en moyenne 1,9 consultations par patient. Majoritairement des hommes (63%), ils principalement originaires du Bangladesh (21%), du Sri Lanka et du Congo RD (14%).
- Ces patients sont suivis pour **213 affections**, soit en moyenne 1,5 affection par patient (dont HTA et maladies cardio-vasculaires 35%, diabète 27%, asthme et psycho-traumatisme 11%, hépatite virale chronique 8%).

### 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 consultants 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 : psycho-traumatismes graves (29%, essentiellement névrose traumatique et/ou dépression), maladies infectieuses et parasitaires (25%), 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 consultants 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 tableaux pages suivantes). Les principaux motifs de suivi sont caractérisés dans la suite de ce chapitre par nombre décroissant de cas :

- **Psycho-traumatisme** : 627 patients, 5% des diagnostics étaient connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Est (taux de 262 pour 1000 chez les femmes vs 101 chez les hommes), d'Afrique de l'Ouest (femmes 205, hommes 69), d'Europe de l'Est (femmes 184, hommes 87), et d'Afrique centrale (femmes 161, hommes 139).
- **Maladies cardio-vasculaires** : 353 patients, 41% des diagnostics connus au pays. Plus fréquents parmi les exilés d'Afrique de l'Est (femmes 262, hommes 101), d'Afrique du Nord (femmes 144, hommes 60), et d'Afrique centrale (femmes 112, hommes 74).
- **Hépatite chronique B** : 333 patients, 6% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 87, hommes 163), d'Asie centrale (femmes 155, hommes 59), et d'Afrique centrale (femmes 41, hommes 90).

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

Taux pour 1000 personnes, parmi 18 728 patients accueillis en médecine 2003-2009

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

Région & Pays <i>effectifs Femmes - Hommes</i> )	ANGUILL.		ASTHME		BIL. INT.		BIL. URIN.		CANCER		DIABETE	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Taux global 4 639-14 089	6	23	14	17	4	5	2	9	7	3	49	34
Taux global France	*		nc		**	**	**	**			38	
Taux global Monde	*		nc		**	**	**	**			30	
Afrique australe 58-46	-	-	52	22	-	-	-	-	17	-	52	109
Madagascar 31-23	-	-	65	-	-	-	-	-	32	-	-	2 cas
Afrique centrale 2 095-2 448	9	39	10	10	5	13	1	2	6	2	37	32
Angola/Cabinda 129-289	16	66	-	3	-	7	-	3	-	-	54	31
Cameroun 203-235	10	21	10	9	-	13	-	-	25	-	64	38
Congo 249-316	-	16	12	6	-	-	-	-	8	3	36	47
Congo RD 1 430-1 505	10	43	10	13	7	18	1	2	3	3	33	29
Rwanda 45-33	-	61	22	-	-	-	-	-	-	-	44	30
Afrique de l'Est 61-149	16	7	-	7	-	34	-	7	-	-	-	-
Soudan 6-77	-	13	-	-	-	26	-	13	-	-	-	-
Afrique du Nord 139-349	*	*	14	23	**	**	-	-	43	17	151	74
Algérie 113-262	*	*	18	15	**	**	-	-	53	19	142	76
Maroc 17-53	*	*	-	19	**	**	-	-	-	19	94	94
Afrique de l'Ouest 930-3 536	6	14	18	33	9	11	6	35	3	3	44	23
Côte d'Ivoire 181-423	6	17	17	12	-	9	-	5	-	5	17	38
Guinée Conakry 285-603	11	30	4	7	18	25	7	7	4	5	32	18
Mali 131-684	-	-	61	61	15	4	23	70	8	3	115	18
Mauritanie 88-1 103	-	2	23	34	-	2	-	55	-	2	34	7
Nigeria 78-209	-	29	-	43	-	10	-	5	-	5	13	43
Sénégal 51-187	-	16	39	70	-	11	-	27	-	-	59	48
Sierra Leone 40-94	50	53	-	32	25	85	11	-	-	-	-	-
Togo 27-71	-	14	1 cas	14	-	-	-	-	1 cas	-	3 cas	85
Asie centrale 58-185	*	*	-	5	**	**	**	**	-	5	17	-
Afghanistan 3-107	*	*	-	-	**	**	**	**	-	-	-	-
Mongolie 46-53	*	*	-	19	**	**	**	**	-	19	1	-
Asie de l'Est 50-67	-	26	40	-	**	**	**	**	60	-	20	45
Chine/Tibet 30-39	-	-	67	-	**	**	**	**	67	-	43	51
Asie du Sud 662-5 345	2	32	18	15	**	**	**	**	5	1	86	48
Bangladesh 65-1 900	15	53	15	12	**	**	**	**	15	2	31	58
Inde 17-339	-	3	1 cas	12	**	**	**	**	-	6	-	44
Pakistan 7-268	-	-	-	45	**	**	**	**	-	-	-	75
Sri Lanka 571-2 829	-	24	18	16	**	**	**	**	4	-	96	39
Caraiïbes 173-177	-	6	12	6	-	-	**	**	6	6	46	79
Haïti 172-172	-	6	12	6	-	-	**	**	6	6	47	76
Europe de l'Est 342-1 605	*	*	15	3	**	**	**	**	9	4	38	6
Arménie 31-46	*	*	-	-	**	**	**	**	-	43	32	-
Géorgie 17-50	*	*	2 cas	-	**	**	**	**	-	-	-	-
Moldavie 21-52	*	*	1 cas	-	**	**	**	**	-	-	1 cas	-
Russie/Tchéchénie 85-210	*	*	12	5	**	**	**	**	10	5	35	10
Turquie 136-1 139	*	*	7	4	**	**	**	**	7	2	29	7
Moyen-Orient 22-107	*	*	-	-	-	9	-	-	-	-	1 cas	-

\* Anguillulose intestinale, présente en zone inter-tropicale, Asthme persistant, \*\* Bilharziose intestinale présente en Afrique sub-saharienne, au Moyen-Orient et au N.-O. de l'Amérique du Sud, Bilharziose Urinaire en Afrique et au Moyen-Orient

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

Taux pour 1000 personnes, parmi 18 728 patients accueillis en médecine 2003-2009

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

Région & Pays <i>effectifs Femmes - Hommes</i> )	M. CARD.		PSY. TRA.		TUBERC.		INF. VHB		INF. VHC		INF. VIH	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Taux global 4 639-14 089	91	41	164	71	5	7	43	72	24	15	28	6
Taux global France	nc		nc		0,09		7		8		2	
Taux global Monde	nc		nc		2,4		58		31		7	
<b>Afrique australe 58-46</b>	190	130	207	42	34	-	-	22	-	43	17	-
Madagascar 31-23	190	5 cas	258	2 cas	-	-	-	-		1 cas	-	-
<b>Afrique centrale 2 095-2 448</b>	112	74	161	139	7	17	41	90	36	24	42	16
Angola/Cabinda 129-289	101	59	109	135	23	28	47	118	70	35	8	17
Cameroun 203-235	212	43	79	132	10	9	69	119	94	21	89	17
Congo 249-316	129	41	209	133	4	13	32	106	16	3	40	9
Congo RD 1 430-1 505	99	88	166	141	6	17	38	74	29	28	35	17
Rwanda 45-33	67	152	200	303	22	30	22	-	67	-	133	-
<b>Afrique de l'Est 61-149</b>	-	7	262	101	-	13	33	20	16	7	49	-
Soudan 6-77	-	-	1 cas	91	-	13	1 cas	26	-	-	-	-
<b>Afrique du Nord 139-349</b>	144	60	129	89	7	-	7	17	14	14	-	3
Algérie 113-262	168	57	133	95	-	-	-	4	9	4	-	4
Maroc 17-53	1 cas	57	2 cas	75	1 cas	-	-	-	1 cas	19	-	-
<b>Afrique de l'Ouest 930-3 536</b>	81	42	205	69	4	7	87	163	11	8	37	12
Côte d'Ivoire 181-423	83	50	221	80	-	2	66	161	39	19	66	24
Guinée Conakry 285-603	60	27	281	166	4	12	77	146	11	7	32	12
Mali 131-684	168	39	61	18	-	6	137	222	-	4	31	7
Mauritanie 88-1 103	57	26	159	30	-	5	159	150	-	5	11	10
Nigeria 78-209	474	67	244	124	-	14	38	100	-	10	26	24
Sénégal 51-187	118	86	98	11	-	11	98	209	-	11	-	5
Sierra Leone 40-94	75	53	175	149	-	11	75	149	-	11	50	-
Togo 27-71	3 cas	155	8 cas	141	-	-	1 cas	85	-	-	-	14
<b>Asie centrale 58-185</b>	52	16	52	38	17	5	155	59	155	86	-	-
Afghanistan 3-107	-	9	2 cas	56	-	-	-	-	-	28	-	-
Mongolie 46-53	22	38	22	-	1 cas	-	174	208	196	208	-	-
<b>Asie de l'Est 50-67</b>	100	30	100	45	-	-	80	149	20	15	-	-
Chine/Tibet 30-39	33	-	67	-	-	-	100	128	-	-	-	-
<b>Asie du Sud 662-5 345</b>	63	32	134	37	-	4	-	17	2	7	-	<1
Bangladesh 65-1 900	-	36	108	20	-	2	-	36	-	2	-	-
Inde 17-339	1 cas	65	1 cas	32	-	21	-	18	-	3	-	3
Pakistan 7-268	-	49	-	30	-	4	-	45	-	112	-	-
Sri Lanka 571-2 829	72	24	140	49	-	4	-	2	2	1	-	-
<b>Caraiïbes 173-177</b>	35	51	92	119	6	11	40	40	-	6	12	17
Haïti 172-172	35	47	93	122	6	12	41	41	-	6	12	17
<b>Europe de l'Est 342-1 605</b>	67	13	184	87	3	2	20	49	35	27	-	1
Arménie 31-46	161	65	161	65	-	-	-	-	65	-	-	-
Géorgie 17-50	2 cas	-	3 cas	80	-	-	1 cas	20	1 cas	300	-	-
Moldavie 21-52	-	77	1 cas	38	-	-	1 cas	96	4 cas	77	-	-
Russie/Tchéquie 85-210	106	10	212	138	-	-	12	29	35	81	-	5
Turquie 136-1 139	15	9	235	79	7	4	29	54	-	3	-	-
<b>Moyen-Orient 22-107</b>	-	56	6 cas	65	-	-	-	19	-	19	-	9

Maladies cardio-vasculaires, dont hypertension artérielle, Psycho-traumatisme sévère, Tuberculose, Infection à VHB, Infection à VHC, Infection à VIH/sida

- **Diabète** : 253 patients, 48% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (femmes 151, hommes 74), d'Asie du Sud (femmes 86, hommes 48), et des Caraïbes (femmes 46, hommes 79).
- **Asthme persistant** : 98 patients, 68% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 18, hommes 33) et d'Asie du Sud (femmes 18, hommes 15).
- **Hépatite chronique C** : 88 patients, 11% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Asie centrale (femmes 155, hommes 86), d'Afrique centrale (femmes 36, hommes 24) et d'Europe de l'Est (femmes 35, hommes 27).
- **Infection à VIH-sida** : 55 patients, 6% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 42, hommes 16), d'Afrique de l'Ouest (femmes 37, hommes 12) et de Haïti (femmes 12, hommes 17).
- **Cancer** : 48 patients, 34% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (femmes 43, hommes 17) et d'Europe de l'Est (femmes 9, hommes 4).
- **Tuberculose** : 26 patients, 6% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 7, hommes 17) et de Haïti (femmes 6, hommes 12). 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'Afrique centrale (hommes 39) et d'Asie du Sud (hommes 32), de la bilharziose intestinale parmi les exilés d'Afrique centrale (hommes 13) et d'Afrique de l'Ouest (hommes 11), et de la bilharziose urinaire parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (9).

## BESOINS ET RECOMMANDATIONS

La prise en charge de ces personnes 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 12 mois pour l'hépatite B ou l'asthme, et 4 mois pour l'infection par le VIH. Les Patients à suivre consultent 3,3 fois en moyenne sur la période, au cours de laquelle 62% d'entre eux bénéficient d'un suivi conjoint par un médecin spécialiste le plus souvent à l'hôpital.

En 2009, la prise en charge de 1 188 Patients à suivre s'est terminée au Comede. **La continuité des soins** a été assurée pour 96% d'entre eux : 1 042 patients ont bénéficié d'un relais médico-social proche de leur lieu de résidence (souvent auprès d'un service hospitalier), 92 ont guéri (parasitose, psycho-trauma, tuberculose...), alors que 4 patients sont retournés librement dans leur pays d'origine. Les échecs concernent 49 patients perdus de vue malgré les relances téléphoniques et postales du Suivi médical. Un patient malgache de 63 ans est décédé, il était suivi à l'Espace santé droit depuis plus de 2 ans pour un cancer. Nous n'avons eu connaissance d'aucune procédure d'éloignement effective en 2009.

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 que dans le cas des autres affections graves. Pourtant, la lutte contre les hépatites virales et la promotion de la santé mentale chez les exilés sont désormais tout aussi prioritaires, de même que des actions de santé destinées à protéger les personnes les plus vulnérables sur le plan des traumatismes et de la maladie (voir supra et Démographie page 21), notamment les femmes plus souvent atteintes que les hommes de psycho-traumatisme, infection à VIH, hépatite C chronique et maladies cardio-vasculaires. Ces actions doivent prendre en compte à la fois les phénomènes de violence et les données d'épidémiologie médico-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'édition d'un décret non paru en mai 2010) 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 31), 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 2009. 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 (le nouveau logiciel imposé par les normes de télétransmission n'a pas permis d'obtenir les données pour 2009). 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). Rapportées à l'année 2009, ces données évoquent une forte proportion de consultations médicales et infirmières « gratuites » (39% des cas), 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 effectués par le Comede (1 880 patients), la délivrance gratuite de médicaments (2 854 fois) et les demandes de protection maladie décrites ci-après complètent ces actions d'accès aux premiers soins.

Pour tous les patients du Centre de santé dépourvus de protection complémentaire, le service Accueil délivre une information et un **courrier 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 2009, **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 au sein du service social et juridique (19%, et 16% à l'Espace santé droit), 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 17% 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 26% des cas (sur 4 090 appels caractérisés en 2009), plus souvent par des services de l'Etat (42% de leurs motifs d'appel) 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), et elles se traduisent le plus souvent par un refus d'ouverture de droit. Dix après l'adoption de la réforme CMU, le phénomène le plus significatif reste le renvoi non réglementaire de personnes disposant d'un titre de séjour

provisoire ou d'une convocation préfecture vers le dispositif d'AME en lieu et place de l'Assurance maladie, ce qui se traduit par une surcharge induite des dépenses d'AME.

Les interventions du Comede 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 souvent 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. L'augmentation des signalements d'obstacles lors des consultations (+46% entre 2007 et 2009) évoque en premier lieu l'aggravation des difficultés d'accès aux soins, mais devra être analysée à l'avenir par rapport à la protection maladie effective des personnes lors de chaque consultation. Sur l'année 2009, 515 obstacles à l'accès aux soins ont été documentés pour 220 patients, dont 38 soutenus par l'Espace santé droit. Comme les années précédentes, ces obstacles ont été plus fréquents parmi les patients d'Asie du Sud (34% du groupe concerné, alors qu'ils ne représentent que 30% de la file active globale) et d'Afrique centrale (23% vs 20%), soient pour des exilés plus récemment arrivés en France (médiane 16 mois lors de la consultation observée). Ils ont également été plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (femmes 33% du groupe vs 27% dans la file active globale,  $p=0,04$ ).

En 2009, la plupart des obstacles à l'accès aux soins relèvent des **dysfonctionnements de la Sécurité sociale**. Les difficultés d'accès au Centre de sécurité sociale de secteur (CSS) sont les plus fréquentes (31%, voir ci-contre), principalement en raison de l'absence d'interprète pour les démarches, d'aide au dossier ou d'insuffisance de « traçabilité » des dossiers avec multiples renvois d'un service à l'autre de la CPAM. Les erreurs de droit restent très fréquentes (25%), erreurs dont la diversité témoigne à la fois de la méconnaissance du statut juridique des personnes (régularité, stabilité du séjour) et de celle des procédures d'instruction rapide des droits (refus non

### Typologie des obstacles à l'accès aux soins pour les patients du Comede en 2009

515 obstacles documentés pour 220 patients  
dont 84 obstacles documentés à l'Espace santé droit

Type d'obstacle	Total	ESD
<b>Difficultés d'accès au CSS</b>	<b>31%</b>	<b>15%</b>
Problème de langue	12%	-
Besoin d'aide au dossier	6%	10%
Traçabilité du dossier	4%	1%
Problème de boîte à lettre	2%	-
Obstacles à la domiciliation	2%	-
Défaut de preuve de résidence	1%	4%
Dépose boîte sécu et non traité	1%	-
Défaut de preuve de ressources	1%	-
Abandon de la demande	<1%	-
CSS injoignable par téléphone	<1%	-

<b>Erreurs de droit du CSS</b>	<b>25%</b>	<b>16%</b>
<i>Pour la Sécu et l'AME</i>	3%	-
Régularité de séjour CMU/AME	3%	-
<i>Pour la Sécu-CMU-C</i>	14%	5%
CMU-C refus adm. immédiate	6%	1%
Attente des Assedic	3%	-
Régularité du séjour / renvoi AME	2%	4%
Ouverture Base & oubli CMU-C	1%	-
Exigence de RIB	1%	-
Autres obstacles	1%	-
<i>Pour l'Aide médicale Etat</i>	8%	11%
Refus Instruction prioritaire AME	3%	1%
Irrégularité séjour « à justifier »	2%	1%
Exigence EAN/identité	1%	-
Exclusion abusive résidence	<1%	2%
Résidence en France	<1%	2%
Date d'ouverture des droits	<1%	5%
Autres obstacles	<1%	-

<b>Erreurs de procédure du CSS</b>	<b>23%</b>	<b>23%</b>
Délai de traitement > 2 mois	9%	10%
Dossier « perdu » par le CSS	6%	7%
Absence de reçu	6%	4%
Accord non notifié	2%	-
Refus Guichet et renvoi autre	<1%	2%

<b>Obstacles dispositifs de soins</b>	<b>21%</b>	<b>46%</b>
Soins différés sans droits	5%	4%
Facture hôpital	5%	17%
Dysfonctionnement hôpital/PASS	3%	6%
Travailleur sans titre de séjour	2%	10%
Nouv. arrivée en France < 3 mois	2%	5%
Rupture de droits	2%	3%
Obtention et utilisation Carte Vitale	1%	1%
Refus de soins « en ville »	<1%	-

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.

La répartition des obstacles recensés à l'**Espace santé droit** diffère sensiblement de celle observée dans le cadre du Centre de santé. Les 84 cas documentés concernent 38 consultants de 21 nationalités (femmes 42%). Ces personnes résident en France depuis 5,2 ans (médiane), et sont principalement domiciliés en Seine-Saint-Denis (45%) et à Paris (26%). Elles sont plus souvent exclues des droits en raison de leur situation administrative (travailleurs sans titre de séjour, personnes arrivées en France depuis moins de 3 mois), et sollicitent la permanence d'accès aux soins d'Aubervilliers lorsqu'elles reçoivent des factures hospitalières qu'elles ne peuvent honorer. Les erreurs de procédures du CSS (délais d'ouverture de droit, dossiers « perdus ») sont également très fréquentes.

réglementaires d'admission immédiate à la CMU-C ou d'instruction prioritaire à l'AME). Des erreurs de procédure sont également signalées dans 23% des cas, dont les plus nombreuses sont liées au non respect des délais de procédure, aux dossiers « perdus » par la CPAM ou encore à l'absence de reçu. Enfin, 21% des obstacles sont dus aux dysfonctionnements des dispositifs de soins, dont l'hôpital public sollicité en priorité par ces patients démunis.

L'année écoulée confirme la tendance générale montrant des Caisses en difficulté dans la gestion des droits pour les populations étrangères en séjour précaire, en raison de la complexité du droit mais aussi du manque de moyens et de personnel. Certaines pratiques illégales ou simplement pénalisantes perdurent de façon chronique dans toutes les caisses, comme les refus d'utiliser des immatriculations provisoires, l'exigence de relevé d'identité bancaire, ou la justification de l'irrégularité du séjour pour accéder à l'AME. Les obstacles à l'accès aux soins diffèrent en outre selon le département :

- La CPAM de Paris a pris l'engagement de la transparence au cours d'une rencontre institutionnelle avec le Comede en novembre 2009, en prévoyant la communication systématique des instructions internes à compter de début 2010. Cependant, la Caisse maintient sa position d'exclusion de l'assurance maladie des demandeurs d'asile sous convocation « Dublin ». Dans l'attente d'une

position de la Cnamts, la Caisse a choisi la solution la plus défavorable aux usagers sans tenir compte de la Directive européenne sur les normes minimales d'accueil des demandeurs d'asile. De plus la non-délivrance de récépissé de demande fait perdre un temps considérable à toute la chaîne médico-sociale (y compris la caisse) en terme de traçabilité ;

- La CPAM du 77 pose des problèmes de traçabilité des dossiers du fait de l'impossibilité de joindre les services instructeurs ;

- La CPAM du 78 a pris des décisions de refus illégaux d'affiliation à l'assurance maladie pour des étrangers titulaires de titre de séjour pour raison médicale ;

- La CPAM du 92 a contraint le Comede à des interventions particulièrement chronophage du fait de résistances inédites de son pôle CMU-AME évocatrices d'une suspicion généralisée à l'endroit des demandeurs, tant pour l'Assurance maladie que pour l'AME. Elle présente en outre des taux records de « dossiers perdus », qui obligent le demandeur à recommencer toute la procédure trois mois plus tard ;

- La CPAM du 93 dispose d'un service transversal au siège de la caisse dit « groupe d'assistance CMU » particulièrement réactif pour résoudre des difficultés d'accès aux droits et intervenir auprès des services d'accueil du public ou de gestion des droits. La prise en compte des demandes d'admission immédiate et d'instruction prioritaire fait l'objet d'efforts significatifs de cette instance de la caisse. De plus, la délivrance de récépissé de demande d'AME permet aux équipes soignantes de programmer les soins et facilite la traçabilité des dossiers ;

- La CPAM du 94 se caractérise toujours par un cloisonnement des services particulièrement délétère pour les personnes « entrant dans le système ». La séquence « immatriculation », « affiliation à la base », « instruction de la couverture complémentaire » relève de services distincts et étanches qui rend très difficile la traçabilité des dossiers. Le refus assumé de la caisse de délivrer des attestations d'enregistrement des demandes ajoute à l'opacité d'un processus qui empêche les soignants d'évaluer le temps de traitement d'un dossier par la caisse et de programmer les

soins. A titre d'exemple, le service d'Aide médicale Etat prend ainsi des décisions de refus au motif que la personne relèverait d'une couverture internationale, laquelle doit précisément être étudiée par le service ad hoc de la Caisse elle-même. La seule solution proposée par la Caisse en cas de dossier complexe ou perdu est de faire venir l'usager au siège de la CPAM à Créteil. Par ailleurs, la Caisse continue de facturer illégalement à l'Etat des charges relevant de l'assurance maladie en renvoyant à tort vers l'AME des étrangers en séjour régulier (demandeurs d'asile sous convocation préfecture ou APS) ;

- La CPAM du 95, en raison d'une réorganisation interne, a perdu de nombreux documents et n'a pu qu'assurer très exceptionnellement les demandes d'admission immédiate ou d'instruction prioritaire sur relances appuyées et suivies du Comede ;

- En Guyane, la rencontre entre le Comede et la Caisse générale de sécurité sociale en 2008 avait permis de mettre en évidence des fautes importantes de la caisse en matière de réglementation applicable aux étrangers. Cette situation perdure et tend à s'aggraver, comme les professionnels du Comede ont pu le constater lors de leur séjour en mars 2010. 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 problèmes liés aux confusions par les services de la CGSS entre le contrôle de la domiciliation, de la résidence en France et de l'ancienneté de séjour sont massifs. Les refus illégaux et obstinés de rattachement d'enfants malgré les justificatifs produits conduisent à des situations d'exclusion des soins inquiétante.

Ces observations 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 des CPAM / de la CGSS ont permis en 2009 l'application du droit dans la plupart des cas. 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, mais cette prestation de santé n'est pas prise en charge par la sécurité sociale. Dans l'attente, l'interprétariat proposé par quelques rares dispositifs de santé constitue un motif de sollicitation important (38% des consultations du Comede ont eu lieu en langue étrangère en 2009). 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) 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

### Une recherche universitaire sur le terrain de l'ESD

Une recherche a débuté fin 2009 à l'Espace santé droit dans le cadre d'une thèse de doctorat dirigée par Nancy L. Green à l'EHESS, qui porte sur les politiques publiques d'accès aux soins des étrangers en France depuis 1975. Le terrain à l'ESD combine une approche qualitative – observation participante hebdomadaire – et quantitative – prochain dépouillement de l'ensemble des dossiers suivis par l'ESD en matière d'accès aux droits.

Selon les premières hypothèses, les difficultés croissantes d'accès aux soins sont le fait d'un processus de connexion de plus en plus forte entre la situation administrative des étrangers et l'accès aux droits. Si cette correspondance est le fait des réformes législatives votées depuis près d'une vingtaine d'années, elle résulte également d'une évolution des pratiques administratives, les agents ayant de plus en plus intégré la conditionnalité de la protection sociale à la régularité de séjour. La conséquence la plus évidente est l'impossibilité de lier les parcours de soins, beaucoup de personnes passant constamment d'un dispositif d'accès aux soins à un autre, par exemple de la CMU à l'AME. Autre cause clairement identifiée des difficultés d'accès aux soins : le défaut d'information sur les possibilités de prise en charge dans les structures hospitalières. Cette carence a pour conséquence paradoxale d'amener ces établissements à établir des factures qui ne pourront être intégralement recouvrées, les patients n'étant généralement pas solvables.

soins dans un certain nombre de dispositifs libéraux et/ou privés. 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 2009 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 des bénéficiaires de l'Aide médicale Etat en 2009

30 juin 2009 source Cnamts via DSS

Région et département	n	Ayants droit	Total
Ile-de-France	109 872	33 764	143 636
75 – Paris	49 404	13 461	62 865
77 - Seine-et-Marne	3 320	1 242	4 562
78 – Yveline	3 149	600	3 749
91 - Essonne	4 923	1 606	6 529
92 - Hauts-de-Seine	7 213	1 875	9 088
93 - Seine-Saint-Denis	26 770	10 441	37 211
94 - Val-de-Marne	9 830	3 350	13 180
95 - Val-d'Oise	5 263	1 189	6 452
Départements d'outre-mer	12 350	9 970	22 320
971 - Guadeloupe	1 236	917	2 153
972 - Martinique	44	16	60
973 - Guyane	11 013	9 027	20 040
974 - Réunion	57	10	67
Total Métropole	140 264	46 373	186 637
Total France entière	152 614	56 343	208 957

Calcul Comede

Bénéficiaires / 12 mois	Total / Total France
	69%
4 159	30%
2 230	18%
918	10%
	89%
	100%



## Droit de la santé et expertise médico-juridique

(Indicateurs pages 61)

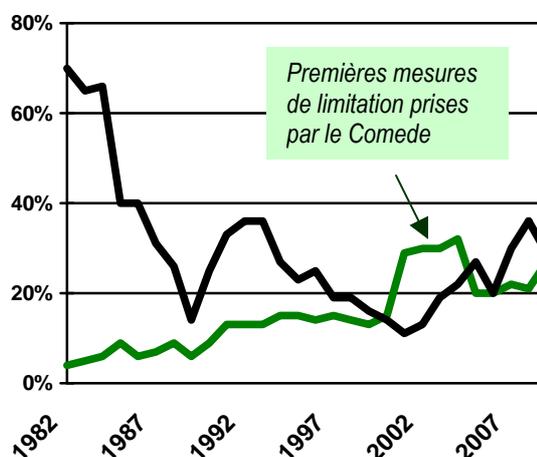
Si les effets médico-psychologiques de la crise du droit d'asile restent majoritairement cantonnés aux associations et services de soins spécialisés, les restrictions observées au cours des dernières années en matière de protection juridique des étrangers malades rejaillissent sur l'ensemble du corps 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 2009, les consultations du Comede ont relevé d'une **expertise médico-juridique dans 35% des cas**, en matière de droit d'asile (16%) et de droit au séjour des étrangers malades (Dasem, 19%). 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 s'est en partie déplacée du Centre de santé vers 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 49). 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, 31 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 CNDA est plus bas (voir 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 CNDA 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 2009, Les médecins du Comede ont délivré **789 certificats destinés à la demande d'asile**, correspondant à 27% des patients reçus en Médecine, ce qui représente une nette augmentation par rapport à 2008 (672, 21%). Dans un contexte d'accès difficile au Centre de santé, cette situation pourrait entraîner, comme entre 2003 et 2005, l'application en 2010 de la suspension de délivrance de certificats et d'une nouvelle campagne de sensibilisation auprès des acteurs du droit d'asile. 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 79%. L'évaluation initiale lors d'une consultation de médecine, si besoin avec un interprète, conduit ainsi dans la plupart des cas à la délivrance d'un rendez-vous destiné à la rédaction du certificat. Le certificat n'est pas

indiqué dans 21% des cas, soit en l'absence d'élément médico-psychologique objectif, soit parce que ces éléments sont clairement accessibles au juge, soit enfin parce qu'un certificat a déjà été délivré par un autre médecin. La délivrance de certificat pour l'asile est particulièrement fréquente parmi les consultants en médecine originaires de Russie/Tchéquie (51% d'entre eux ont obtenu un certificat en 2009), du Bangladesh (41%), de Turquie (39%), du Sri Lanka (38%) et de Guinée Conakry (35%), nationalités corrélées à des antécédents fréquents de violence et de torture (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/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. En 2009, ces questions sont surtout venues des services de l'Etat (6% de leurs motifs d'appel) et des associations (4%).

#### 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 été partagées en 2009 entre le Centre de santé, l'Espace santé droit (partenariat Cimade/Comede, voir page 31) et le Centre-ressource. Au Centre de santé, la demande est faite par des déboutés du droit d'asile résignés à « faire valoir » leur condition de malade pour être régularisés, alors que l'Espace santé droit accueille plus souvent des malades sans-papiers orientés par les associations spécialisées, services médicaux et sociaux. Les consultants les plus souvent mis à contribution sont les intervenants socio-juridiques (78% de

leurs consultations relèvent d'une expertise en matière de droit au séjour) et les médecins (12%). Les permanences téléphoniques du Comede sont particulièrement sollicitées sur cette question par les avocats (78% de leurs motifs d'appel), associations (72%), ou des particuliers (67%).

En 2009, les médecins et les assistants sociaux ont soutenu la démarche de 271 étrangers malades pour un total de 402 demandes de titre, d'aide juridictionnelle et de recours. Les interventions les plus nombreuses ont été les demandes de première délivrance de titre (105) et demandes de renouvellement (92). Face à la multiplication des refus de première demande et de renouvellement de titre par les préfectures (voir Observation page 33), les recours contentieux ont été nombreux (77, répartis pour moitié entre les consultants du Centre de santé et ceux de l'Espace santé droit). Le Comede et la Cimade ont également soutenu 35 demandes d'aide juridictionnelle.

L'évaluation des demandes des patients par les médecins du Comede a conduit dans 65% 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 (20% des patients de cette nationalité ont effectué une démarche en 2009), Maliens (17%), Camerounais (16%), Sénégalais (13%), Algériens et Haïtiens (12%), 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-médical (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 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 été constatées tout au long de l'année 2009 : 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 font l'objet d'interventions régulières de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, dont le Comede est membre (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 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 2003-2009 et concernent 683 consultants, ce qui représente 2% de la file active globale du Comede sur la période, et 9% des patients suivis pour affection grave. Majoritairement des hommes (75%), jeunes (âge médian 37 ans), ils sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (47%), d'Afrique centrale (28%), d'Asie du Sud (8%), d'Afrique du Nord (7%), et d'Europe de l'Est (3%). Ils résident en France depuis 5 ans (médiane) au moment de la réponse, et 77% 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 (903 au total, soit en moyenne 1,3 affection renseignée pour chaque demandeur), dont les plus nombreuses sont l'hépatite B chronique (26%), les maladies cardiovasculaires (16%), le diabète (11%), les psycho-traumatismes (8%), l'asthme persistant (8%), l'hépatite C chronique (5%), l'infection par le VIH (3%), les cancers (3%) et les handicaps graves (3%).

Mille-quatre-vingt-neuf procédures ont été documentées dans 15 départements, principalement Paris (46%), la Seine-Saint-Denis (15%), le Val-de-Marne (13%), le Val d'Oise (8%), l'Essonne (6%), les Hauts-de-Seine (5%) et la Seine-et-Marne (3%). L'analyse statistique croisée des réponses avec les affections en cause conduit à la constitution d'un échantillon de 1 540 enregistrements documentés sur la période 2003-2009, dont 316 en 2009.

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

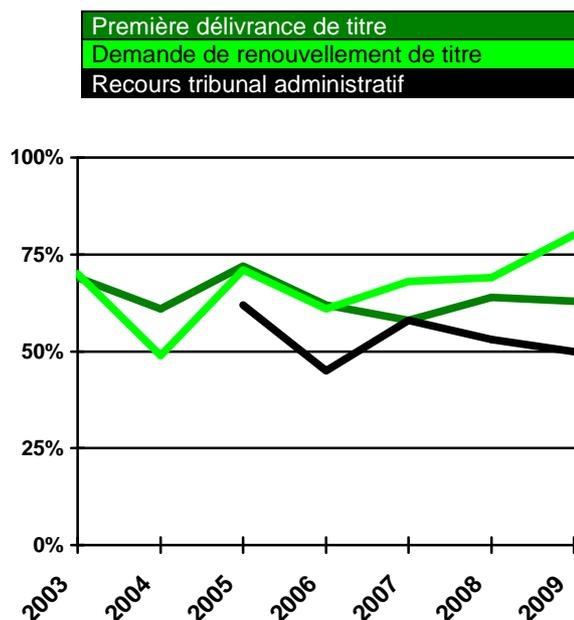
Données 2003-2009, 1 540 enregistrements sur 15 départements pour 683 étrangers malades

% si n>10	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
<b>1<sup>ère</sup> délivrance de titre</b>	<b>69%</b>	<b>61%</b>	<b>72%</b>	<b>62%</b>	<b>58%</b>	<b>64%</b>	<b>63%</b>	<b>64%</b>
effectif	52	79	100	85	114	101	122	653
<b>Renouvellement</b>	<b>70%</b>	<b>49%</b>	<b>71%</b>	<b>62%</b>	<b>68%</b>	<b>74%</b>	<b>80%</b>	<b>69%</b>
effectif	67	69	70	79	76	97	110	568
<b>Recours tribunal adm.<sup>2</sup></b>	<b>0/1</b>	<b>3/3</b>	<b>62%</b>	<b>45%</b>	<b>58%</b>	<b>57%</b>	<b>50%</b>	<b>55%</b>
effectif	1	3	34	31	48	118	84	319

[Tableau 1 et figure ci-contre] Proche de 100% jusqu'en 2002, les taux d'accord préfectoraux ont d'abord baissé jusqu'en 2004 à 61% (en première délivrance) et à 49% (en renouvellement). Lors de années suivantes, les taux observés ont oscillé autour de 2 accords sur 3 pour les préfetures, et de 1 sur 2 pour les recours contentieux contre un refus préfectoral. La fréquence des décisions judiciaires favorables aux étrangers a probablement contribué à la réaugmentation des taux d'accords préfectoraux qu'on observe en 2009 en matière de renouvellement de titre.

Cette évolution globale a été observée en dehors de toute modification législative et réglementaire « officielle », ce qui est significatif de l'impact des débats politiques contradictoires sur l'élaboration des avis médicaux rendus par les MISP dans la mesure la quasi-totalité des décisions préfectorales respectent les avis médicaux. Suite aux premières mises en cause publiques des MISP jugés « complaisants » dans une circulaire du ministère de l'Intérieur en 2003, puis lors des débats parlementaires à la loi de novembre 2003 sur la « maîtrise de l'immigration », la baisse des taux d'accord semble avoir été enrayée dans la plupart des départements grâce à la mobilisation des professionnels de santé et des associations, 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).

De nouvelles menaces se sont succédées ces dernières années. En 2006, un avant-projet de loi et un projet de circulaire visent 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 de nombreuses protestations (pétition « Peut-on

renvoyer des malades mourir dans leur pays ? », avril 2008), les fiches ne seront pas retirées. Toujours accessibles en 2009 sur le site du ministère de l'Immigration, elles sont notamment utilisées dans des cas de refus préfectoraux contre l'avis des MISP, ces refus signifiant au passage une violation du secret médical. Face aux nombreuses 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 2003-2009, 1 540 enregistrements sur 15 départements pour 683 étrangers malades

% si n>10	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
<b>Préfectures &amp; effectif</b>	<b>70%</b>	<b>55%</b>	<b>72%</b>	<b>62%</b>	<b>62%</b>	<b>69%</b>	<b>71%</b>	<b>Total</b>
75 - Paris n=538	66%	57%	72%	58%	31%	54%	51%	57%
93 - Seine-St-Denis n=171	63%	55%	57%	43%	52%	67%	83%	64%
95 - Val-d'Oise n=103	3/6	0/4	70%	50%	43%	67%	71%	55%
Autres départem. n=402	95%	58%	79%	80%	88%	84%	82%	82%
<b>Tribunal admin. &amp; effectif</b>	<b>0/1</b>	<b>3/3</b>	<b>62%</b>	<b>45%</b>	<b>58%</b>	<b>57%</b>	<b>50%</b>	<b>Total</b>
TA Paris (75, 92) n=195	-	-	54%	36%	57%	61%	39%	52%
Autres TA n=124	0/1	3/3	80%	5/6	60%	42%	57%	57%

Les cases colorées □ signalent des taux inférieurs au taux global

[Tableaux 2] On observe ainsi des différences significatives entre les préfectures ( $p < 0,001$ ), 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. Toutefois, alors que les taux d'accord restent très faibles à Paris en 2009, on observe une nette amélioration des

décisions préfectorales en Seine-Saint-Denis et dans le Val d'Oise depuis 2008. Sur la période considérée, la baisse des taux d'accord apparaît particulièrement marquée pour les étrangers souffrant d'hépatite B chronique, de psycho-traumatisme, de diabète et d'asthme persistant, 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 2003-2009, 1 540 enregistrements sur 15 départements pour 683 étrangers malades

% si n>10	Taux et effectifs			Procédure			Département			
	2009	2003/09	n	1 <sup>ère</sup>	Ren	TA	75	93	95	autre
Asthme	55%	<b>62%</b>	127	67%	68%	39%	49%	50%	64%	84%
Diabète	70%	<b>61%</b>	164	58%	71%	47%	49%	52%	63%	92%
Handicap	70%	<b>64%</b>	42	29%	60%	70%	70%	1/2	0/1	50%
MCV	77%	<b>70%</b>	256	70%	74%	60%	50%	70%	78%	91%
PSY	56%	<b>59%</b>	109	47%	65%	38%	46%	33%	71%	87%
VHB	49%	<b>55%</b>	427	54%	62%	45%	47%	53%	43%	70%
VHC	78%	<b>76%</b>	84	77%	76%	77%	69%	2/4	6/6	86%
VIH	6/6	<b>100%</b>	46	100%	100%	1/1	100%	6/6	2/2	100%
<b>Total</b>	<b>66%</b>	<b>64%</b>	<b>1 540</b>	<b>64%</b>	<b>69%</b>	<b>55%</b>	<b>55%</b>	<b>58%</b>	<b>59%</b>	<b>81%</b>

MCV Maladie cardio-vasculaire, PSY Psycho-traumatisme grave, VHB Hépatite B chronique, VHC Hépatite C chronique, VIH Infection à VIH-sida. Procédures : demande de 1<sup>ère</sup> délivrance, 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 2003-2009, 1 540 enregistrements sur 15 départements pour 683 étrangers malades

% si n>10	03/09	ALG	ANG	BAN	CAM	CRD	CIV	GUI	MAL	MAU	SEN	SRI
Asthme	62%	1/1	-	86%	1/1	79%	3/7	2/2	59%	36%	1/8	-
Diabète	61%	40%	4/9	60%	¾	68%	2/3	-	58%	4/4	15%	89%
Handic.	64%	1/4	-	1/2	-	4/6	-	63%	4/6	2/2	2/2	-
MCV	70%	18%	7/9	70%	7/8	86%	1/5	5/5	47%	55%	50%	6/6
PSY	59%	20%	4/4	3/4	1/3	74%	1/1	3/5	1/3	3/6	-	3/6
VHB	55%	1/1	83%	67%	36%	61%	39%	37%	56%	50%	30%	-
VHC	76%	3/3	5/6	8/8	6/7	75%	1/4	-	1/2	-	1/1	-
VIH	100%	-	3/3	-	1/1	100%	6/6	1/1	6/6	7/7	3/3	-
<b>Total</b>	<b>64%</b>	<b>53%</b>	<b>76%</b>	<b>72%</b>	<b>69%</b>	<b>72%</b>	<b>46%</b>	<b>65%</b>	<b>61%</b>	<b>56%</b>	<b>41%</b>	<b>82%</b>
Effectifs	1 540	75	54	100	45	295	69	54	264	125	70	38

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 73%) et d'Asie du Sud (70%) obtiennent une décision plus souvent positive que ceux d'Afrique de l'Ouest (59%) ou d'Afrique du Nord (55%, 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. Plus la demande est forte, plus restrictifs sont ses critères d'application pratique : pour les étrangers malades, la logique des quotas a pris le pas sur l'application du droit.

**[Tableau 4] Taux d'accord des préfectures pour les hépatites virales chroniques**

Données 2003-2009, 1 221 Réponses documentées pour 559 malades dans 15 départements

% si n>10	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Infection à VHC (71)	5/5	5/8	5/8	7/8	80%	69%	81%	76%
* A traiter / en cours (30)	1/1	1/1	2/3	6/6	2/3	6/8	7/8	83%
* Infection à surveiller (25)	4/4	1/4	1/2	0/1	3/4	3/5	3/6	60%
Infection à VHB (339)	59%	56%	63%	51%	52%	69%	53%	57%
* A traiter / en cours (38)	4/4	3/5	5/6	4/8	4/4	5/6	5/5	79%
* Tolérance immune (19)	1/2	2/3	4/4	2/2	2/3	2/2	2/3	79%
* Virus mutant (107)	2/5	54%	67%	50%	54%	88%	53%	59%
**VNC/Portage quiescent (141)	50%	60%	58%	42%	44%	50%	24%	48%
Autres pathologies (811)	71%	54%	77%	67%	66%	69%	74%	69%
Effectif observé	119	148	170	164	190	198	232	1 221

\* Situations qui ont pu être déterminées \*\* Virus non caractérisé et portage quiescent

[Tableau 4] Les taux d'accord observés en cas d'hépatite virale chronique connaissent une évolution particulière. Les porteurs du VHC restent davantage protégés que les autres malades, mais un quart de leurs demandes sont rejetées en dépit du risque grave en cas d'interruption de la prise en charge médicale. La situation est encore plus préoccupante pour les porteurs du VHB : en dehors des situations

de traitement et de tolérance immune pour lesquelles les taux d'accord restent élevés, les situations pathologiques les plus nombreuses - celles dont l'estimation du risque évolutif grave est mal documentée - conduisent à des rejets de plus en plus fréquents, notamment en cas de virus mutant et surtout de portage quiescent.

## BESOINS ET RECOMMANDATIONS

La reconnaissance du droit au séjour des étrangers malades est entravée par des consignes officieuses tendant à prendre en compte la seule « disponibilité » des traitements dans le pays d'origine. Pourtant dans deux arrêts du 7 avril 2010, le Conseil d'Etat réuni en formation solennelle a rappelé aux autorités médicales et administratives compétentes leur obligation, sous le contrôle du juge, de vérifier qu'il existe non seulement des possibilités de *traitement approprié* dans le pays d'origine, mais surtout que *l'intéressé peut effectivement* en bénéficier, comme il est inscrit dans la loi. En outre, l'ODSE a observé en 2009 plusieurs 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 reste très difficile en raison des difficultés persistantes 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 2010 tant au niveau du Centre de santé que dans le cadre de l'Espace santé droit (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 ■

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

Contrairement au droit d'asile, il n'existe aucun document public permettant de mesurer l'application du droit au séjour pour raison médicale par nationalité, par département et par procédure. Le dernier rapport au parlement établi en décembre 2009 par le Comité interministériel de contrôle de l'immigration (Cici) 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 2004 et 2008, mais seulement pour la métropole. Il 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). Le projet de loi de finances pour 2010 cite le nombre d'APS délivrées pour raison médicale entre 2006 et 2008, ainsi que le « stock » d'étrangers malades fin 2004 et fin 2008 (CST, voir dernière ligne du tableau), le « stock » des étrangers malades fin 2005 ayant été communiqué au Comede par les services du ministère de l'Intérieur. Fin 2008, le nombre d'étrangers régularisés pour raison médicale serait donc de 28 460 personnes, ce qui représente 0,8% des 3 500 000 étrangers en France.

Le Comede a pu se procurer les rapports relatifs aux avis médicaux rendus en 2006 et en 2008. Ces données portent sur 93 départements pour 2003, sur 95 pour 2004, sur 86 pour 2005, et sur 100 départements en 2006 et 2008, les données de Mayotte étant traitées à part (929 avis médicaux en 2008). En 2008, la majorité des avis correspondait à des demandes de renouvellement (55%), 52% des avis ayant été rendus pour l'Ile-de-France, dont 20% à Paris ; les autres régions principales étant Rhône-Alpes (6%), PACA (6%), DOM (5%) et Alsace (5%). Les principales pathologies en causes étaient l'infection par le VIH (18%), les troubles psychiatriques (17%), les hépatites virales chroniques (8%), les maladies cardiovasculaires (8%), le diabète (6%) et les troubles locomoteurs (5%). Les nationalités les plus représentées sont l'Algérie (18%), les 2 Congo comptés ensemble (12%), le Mali et le Cameroun (7%), la Côte d'Ivoire, le Maroc et Haïti (5%). Aucune analyse croisée entre les pathologies, les nationalités et les départements semble n'avoir été effectuée.

Données publiées	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total avis médicaux rendus	23 090	33 133	36 008	40 940	43 337	40 129	39 295
Taux d'accord des MISP	63%	72%	65%	68%	67%	69%	74%
Total CST première déliv. (*dont DOM)	*4 253	*5 779	7 580	7 315	6 568	5 680	5 697
Total APS toutes délivrances	3 315	5 976	5 245	4 288	4 265	3 878	4 815
Total CST prem. dél. et renouvellement	9 149	12 109	18 773	23 605	?	?	28 460



## 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 **11 140 consultations en 2009**, soient 47 consultations par jour en moyenne. La diminution de l'activité quantitative globale (-7% par rapport à 2008) est due à la diminution de l'offre de consultations médicales (-10%) et socio-juridiques (-55%), suite aux mesures prises dans le cadre du plan d'économies au second semestre (voir Finances page 55). Elle a été en partie compensée par l'augmentation du nombre de consultations infirmières (+5%) et psychologiques (+38%) à moyens humains constants.

Plus d'un tiers des consultations du Comede ont lieu en **langue étrangère (38%, et 41% au Centre de santé)**, et 16% en présence d'un interprète professionnel (17% au Centre de santé), soient 1 920 consultations avec interprète effectuées lors des permanences hebdomadaires en bangali, tamoul, turc, russe, soninke/pular, et ourdou/hindi. Les permanences dédiées à la psychothérapie ont eu 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, 18% des consultations du Centre de santé en langue étrangère ont été conduites directement par les professionnels du Comede, alors que dans 6% des cas, faute de locuteur professionnel, les patients ont été aidés par leurs accompagnateurs.

Près de la moitié des consultations du Comede requièrent une **expertise sociale et juridique (44% en 2009)**. 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 (19% du total des consultations, et 78% 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, 30% en médecine). Enfin, 9% des consultations nécessitent une information spécialisée et souvent une intervention en matière d'accès aux soins, plus souvent au cours des consultations socio-juridiques (19%). Il faut souligner en 2009 la mobilisation particulière du service social et juridique sur les questions relatives à l'hébergement et l'alimentation, en raison d'une dégradation des conditions et des possibilités d'accès au logement, facteurs favorisant la précarisation des exilés. 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 2009 d'un important financement du Service de l'asile et du Fonds européen pour les réfugiés, alors que les prestations d'accueil sont soutenues en particulier par le Conseil régional d'Ile-de-France.

Les consultations du Comede sont accessibles sur rendez-vous. En médecine, une partie des rendez-vous est directement attribuable aux personnes en situation de grande vulnérabilité qui en font la demande, une autre partie est décidée par chaque médecin, et la dernière partie est réservée 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), délais dont on ne peut se satisfaire compte-tenu de la grande vulnérabilité des personnes concernées. Par ailleurs, l'accès effectif au standard téléphonique du Comede a progressé en 2009, désormais assuré tous les après-midi, ainsi que le lundi matin. Cependant le nombre d'appels au Comede qui rend très

souvent l'accès téléphonique difficile, conduit certaines personnes à se déplacer directement au Centre de santé pour prendre rendez-vous.

### 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 explique le fonctionnement du Comede, établit le dossier médical, présente et remet le livret de santé bilingue, et donne les premiers éléments d'information les démarches administratives et sociales à accomplir. Pour tous les consultants dépourvus de protection maladie, les accueillants complètent et délivrent un formulaire-Comede de demande à l'attention du centre de Sécurité sociale de secteur. Une participation initiale de 5 euros est demandée à titre facultatif pour soutenir l'association.

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 25), assurant de ce fait également une fonction essentielle du Centre-ressources destiné aux professionnels. L'accueil téléphonique se déroule en français et en anglais, ce qui représente une difficulté pour les patients maîtrisant mal ces deux langues et implique dans ce cas des durées de communication plus longues. 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. En dehors des demandes de rendez-vous qui correspondent à la moitié des communications, 16% des appels suscitent une information spécifique de la part de l'accueillant.

### CONSULTATION DE MEDECINE

Les médecins généralistes ont effectué **5 918 consultations, dont 47% en langue étrangère**, pour 2 934 patients. Avec 11 professionnels pour 2,5 équivalent temps plein (ETP), la consultation de médecine générale constitue le pivot des soins et de l'accompagnement ; et peut orienter vers le service Infirmier, le service Social et juridique et/ou le psychologue. L'écoute et le soutien restent essentiels dans la réponse proposée à l'ensemble des consultants, et les médecins consacrent une part importante des consultations à la prévention et à la réalisation du bilan de santé. Par rapport au total des consultations, les médecins reçoivent davantage de patients d'Asie du Sud (36%) et de mineurs de 18 ans (3%).

Le **bilan de santé** recommandé (voir Prévention page 20) a été effectué en totalité chez 70% des patients. Au terme de la première consultation et avec l'accord de la personne, les médecins du Comede complètent l'examen clinique par la réalisation d'examens complémentaires ciblés. Pour les consultants encore dépourvus de protection maladie ou en cas de dépistage parasitologique, les examens complémentaires sont réalisés gratuitement par les laboratoires de la Dases (Ville de Paris), 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 la prévention, le dépistage précoce et les soins 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 personnes 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 (16%), dans l'attente de l'ouverture des droits. La demande d'admission immédiate à la protection Complémentaire CMU ou d'instruction prioritaire à l'AME est indiquée lorsqu'il est

nécessaire de recourir sans délai à un examen spécialisé, au médecin spécialiste, au dentiste, ou encore pour permettre la continuité d'un traitement médicamenteux. Les personnes 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 s'accompagne d'une **expertise médico-juridique** dans 50% des cas, en matière de droit d'asile (30%), d'accès aux soins (8%), et de droit au séjour (12%). Sous la pression exercée par les acteurs du droit d'asile, la demande de certificat médical « constatant » les séquelles de violence et de torture a fortement augmenté tout au long de l'année, justifiant de la part du Comede en 2010 de nouvelles actions de sensibilisation des acteurs de la procédure sur les risques et dérives liés à cette demande. Incompatible avec une procédure « d'urgence », la délivrance d'un

tel certificat nécessite au minimum une première consultation destinée à l'évaluation médico-psychologique, et, si le certificat est indiqué (dans 79% des cas en 2009), un rendez-vous ultérieur consacré à sa rédaction. Les médecins du Comede ont délivré 789 « certificats pour l'asile » sur l'année, soit pour 27% 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 65% des cas en 2009, dans un contexte très restrictif à l'égard des étrangers malades (voir Droit de la santé et expertise médico-juridique page 31).

### SERVICE INFIRMIER

Les infirmiers, le médecin de santé publique et la diététicienne ont effectué **3 945 consultations pour 2 968 patients**, dont 269 consultations spécialisées d'éducation thérapeutique (voir Prévention page 19). Au

#### La pharmacie du Centre de santé du Comede

Sous la responsabilité d'une pharmacienne bénévole, la pharmacie du Centre de santé du Comede représente une prestation essentielle en matière d'accès aux soins dans la mesure où 52% des consultants sont dépourvus de protection maladie optimale (pas de dispense d'avance de frais) lors de la première consultation (voir Accès aux soins page 25). Les médicaments sont alors délivrés pour des patients venant avec un traitement en cours pour pathologie chronique, pour des pathologies courantes après diagnostic effectué en consultation médicale, pour le traitement de première intention des affections parasitaires ou encore dans le cadre de vaccinations (essentiellement hépatite B, DTP, pneumocoque).

L'interdiction de récupération des médicaments non utilisés (MNU) au 31 décembre 2008 (loi du 26/02/07) a conduit à revoir l'organisation du circuit de distribution humanitaire des médicaments, sur la base de la déclaration de délivrance de médicaments par les associations humanitaires France ayant un pharmacien ou un médecin (décret du 18/08/08). Une convention entre la Cnamts et Pharmacie humanitaire internationale (PHI) a défini une liste de médicaments essentiels, ainsi qu'un budget national de 3M € en 2009. Le Comité de suivi en est assuré par la Direction générale de la santé, la Direction de la Sécurité sociale, la Direction générale de l'action sociale (devenue DGCS en 2010), la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés, PHI, ainsi que les représentants des associations destinataires des médicaments (Médecins du Monde et Comede).

Au sein du Centre de santé du Comede, la pharmacie occupe un espace central et sécurisé. Le fonctionnement repose sur l'adaptation permanente aux besoins. L'approvisionnement est effectué auprès de l'établissement pharmaceutique de PHI. La gestion des besoins est effectuée en coordination avec les médecins et infirmiers du Centre de santé. Les médicaments les plus consommés entre avril 2009 et mars 2010 ont été par ordre décroissant : le paracétamol, l'oméprazole, l'alprazolam, l'ibuprofène, le diclofénac, le dexeryl, la titanoréine, le paracétamol codéiné, l'albendazole, le kétofprofène et la metformine. Par classe thérapeutique, les antalgiques représentent 27% de la consommation, les anxiolytiques et hypnotiques 17%, les anti-inflammatoires 16%, les traitements gastro-entérologiques 16%, les anti-infectieux 8%, les traitements cardiologiques 6%, dermatologiques 4%, et anti-diabétiques 3%.

Suite à l'interdiction de récupération des MNU, la continuité du service rendu par la pharmacie du Comede s'est appuyée sur le Réseau Humapharma, fondé en juin 2009 par Médecins du monde, le Comede, le Samu social et Médecins solidarité Lille. Humapharma s'est donné pour objectif de suivre tous les aspects de la distribution des produits de soin pour les structures humanitaires exerçant en France, dans le but de garantir aux personnes en situation précaire l'accès aux produits de santé (voir actions interassociatives du Comede page 58).

total, 42% 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. Sur l'ensemble des consultations, l'expertise juridique du service Infirmier est sollicitée dans 24% des cas, en matière de droit au séjour pour les étrangers malades (10%), d'accès aux soins (9%), et de demande d'asile (5%). Le service contribue ainsi aux 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 (36%).

Le service infirmier est très impliqué dans les actions de promotion de la santé, et effectue des consultations spécifiques d'**éducation thérapeutique** pour les personnes atteintes de pathologie chronique (7% du total, voir Prévention page 19). En 2009 les points d'éducation les plus souvent abordés ont été, au cours de 3 à 4 séances par personne : l'observance ; la nécessité d'avoir un suivi régulier pour sa pathologie ; la situation biomédicale du patient ; et les connaissances sur le traitement. Les consultants sont plus âgés que l'ensemble de la file active du Comede (44 ans) et la durée de séjour en France à la première consultation est supérieure (médiane de 3 ans, *versus* 1,8). Au-delà de l'HTA et du diabète, morbidités les plus fréquentes qui relèvent d'une éducation thérapeutique au Comede, l'année 2009 a été une période de construction pour la mise en place en 2010 d'outils adaptés aux affections chroniques par le VHC ou le VHB. Si l'interprétariat est un élément clé qui motive l'intervention du Comede, le soutien et l'accompagnement dans le cadre d'un suivi biologique et médical sur la durée et qui peut être éprouvant, sont à souligner.

En 2010 seront également mises en place consultations dédiées à l'**éducation pour la santé** (0,4 ETP). Trois axes ont été retenus :

- La santé sexuelle, en particulier avec les femmes (maîtrise de sa santé et prévention des IST, contraceptifs, désirs d'enfants) ;
- La vaccination : DTP, VHB et pneumocoque en priorité (concernant le VHB, il a été constaté que plus de la moitié des personnes qui consultent au Comede ne sont pas protégées) ;
- La prévention des facteurs de risque de pathologies chroniques (essentiellement maladies cardio-vasculaires, diabète et cancer).

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 de grande vulnérabilité médicale, psychologique et/ou sociale, l'infirmier/e a pu proposer un rendez-vous de médecine au Comede dans 11% 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 de la pharmacienne (voir encadré page précédente).

### SERVICE SOCIAL ET JURIDIQUE

Le service Social et juridique a effectué **1 535 consultations pour 977 patients** (-30%), parmi lesquelles 578 ont été dispensées au Centre de santé et 957 à l'Espace santé droit (voir page 45). Au niveau du Centre de santé, 19% des consultations de service Social ont lieu en langue étrangère. La diminution quantitative d'activité observée en 2009 est due au départ d'un assistant social en cours d'année qui n'a pu être remplacé qu'en janvier 2010 en raison des mesures d'économie imposées par la situation financière du Comede. En avril 2010, la permanence du service Social et juridique est assurée par 3 professionnels pour un équivalent de 1,2 plein-temps auprès des patients au niveau du Centre de santé. L'orientation vers le service Socio-juridique est proposée par le

### Femmes victimes de violence

Dans le cadre de sa formation universitaire en anthropologie médicale, une étudiante a effectué entre mars et juillet 2009 une enquête sur les patientes du Comede ayant été victimes de violence. Cette enquête a porté sur les 279 femmes accueillies au Centre de santé pour lesquelles les médecins et psychologues ont signalé l'existence de « violence spécifique » au moyen des relevés de consultation. Outre les caractéristiques démographiques de ces femmes (voir Observation page 21), l'analyse des dossiers correspondants portait sur les types de violences signalés. Les violences les plus fréquemment rapportées étaient des viols; des arrestations par des rebelles, des policiers, ou des militaires, puis des violences physiques. Les violences spécifiques étaient également fréquentes : accouchements ou avortements suite à un viol, mariage forcé; infibulation, excision, persécution en raison d'homosexualité, prostitution forcée.

L'analyse des certificats médicaux délivrés pour les femmes demandeuses d'asile a permis de préciser la typologie des violences mentionnées : coups (80%), viols (61% des certificats concernant les 279 femmes concernées), détention/emprisonnement (49%), arrestation par des rebelles ou des militaires (32%), arrestation et garde à vue par des policiers (25%), mariages forcés (6%).

médecin ou l'infirmier/e concernant 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 (35%), de patients d'Afrique de l'Ouest (42%), d'Afrique du Nord (14%) et de personnes âgées de plus de 60 ans (6%). 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 directement ou à travers une orientation vers les partenaires publics ou associatifs. Les assistants sociaux et juridiques sont proportionnellement plus souvent sollicités que les autres consultants en matière de droit au séjour pour raison médicale. En 2009, la quasi-totalité des consultations du service Social et juridique du Comede relevaient d'une **expertise juridique**, principalement en matière de droit au séjour (78%) et d'accès aux soins (19%). 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 **699 entretiens pour 288 patients**, dont 13% en langue étrangère (interprètes en tamoul, kurde, turc et russe, outre les entretiens conduits directement en anglais et lingala). Repoussé début 2010 en raison des contraintes financières, le recrutement d'une psychologue référente permet désormais une permanence hebdomadaire avec les deux autres psychologues consultants. Par rapport au total des consultations, on observe une présence plus importante des femmes (53%), des patients d'Afrique centrale (40%), d'Europe de l'Est (17%), ainsi que de mineurs pour lesquels une consultation hebdomadaire a été mise en place en 2009 (4%). L'orientation initiale vers le psychothérapeute est proposée par le médecin, généralement après les résultats du bilan de santé. Toutefois, il est notable que plus de la moitié des patients vus en médecine et atteints de troubles psychologiques sévères (voir Patients à suivre page 21) n'ont pas consulté de psychologue au Centre de santé en 2009. Cette situation fait actuellement l'objet d'une enquête spécifique destinée à évaluer les besoins tant sur le plan de l'organisation et de la nature des soins psychologiques requis, que sur celui d'une meilleure caractérisation épidémiologique des situations rencontrées. Pour les personnes ayant consulté le psychologue en 2009, 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 prescrivant au besoin des traitements antidépresseurs,

anxiolytiques et hypnotiques. Toutefois l'avis d'un psychiatre reste nécessaire en cas de tableau psychotique (4% des affections psychologiques en 2009). En région parisienne, la sollicitation des Centres médico-psychologiques 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.

### SUIVI MEDICAL ET PSYCHOLOGIQUE

Depuis septembre 2009, sept médecins référents, rejoints par la psychologue référente début 2010, assurent la **permanence quotidienne du Suivi médical et psychologique**, 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 49). Ce service permet d'améliorer considérablement la continuité des soins, particulièrement pour les personnes atteintes d'affection grave, « Patients à suivre » au Comede. Les médecins du Suivi médical traitent l'ensemble des courriers médicaux, effectuent la mise à jour des dossiers et l'information de l'équipe soignante, et assurent la transmission des renseignements médicaux aux médecins partenaires. Ils s'enquêtent régulièrement des compte-rendus de consultation, d'hospitalisation, de centre de lutte anti-tuberculeuse ou d'autres services vers lesquels les consultants 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 consultants 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 et sociales 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 et psychologique. 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 dont les thérapeutes ont signalé la situation de grande vulnérabilité 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, le Suivi médical et psychologique assure une veille médico-psycho-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 et psychologique du Comede occupe un poste d'observation détaillée sur la pathologie et les soins apportés aux exilés. A partir de ses activités quotidiennes, le Comede peut dresser une carte épidémiologique permettant de cerner les besoins, d'évaluer les actions de santé en cours et de cibler les actions prioritaires à mettre en place. Le Suivi médical et psychologique 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 médicale et psychologique des exilés ■



## L'Espace santé droit à Aubervilliers

(Indicateurs pages 59 à 61)

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 développé en 2009 son action pour les migrants/étrangers en situation d'exclusion des droits ou victimes de discrimination dans le domaine de la santé, ainsi que pour les 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'Acse Ile-de-France, de Sidaction et du Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France

L'Espace santé droit accueille sur rendez-vous prioritairement des personnes qui habitent le Nord de l'Ile-de-France (Seine-Saint-Denis 41%, Paris 41%, Val d'Oise 7% et Hauts-de-Seine 4%). 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 matin, jeudi matin et vendredi. L'équipe de l'Espace santé droit est composée de 2 référents juridiques salariés à plein temps, de 8 intervenants sociaux et juridiques bénévoles pour 2,5 équivalents temps-plein ainsi que de 2 médecins pour 0,4 ETP.

### ACCUEIL, SOUTIEN ET ACCOMPAGNEMENT

L'Espace santé droit a délivré **957 consultations socio-juridiques pour 523 consultants**, principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (42%, dont 20% Maliens et 6% Ivoiriens), d'Afrique du Nord (24%, dont 17% Algériens et 5% Marocains) et d'Afrique centrale (17%, dont 6% Camerounais et 5% Congolais/RD, voir Démographie page 13). La proportion de femmes accueillies y est plus importante qu'au Centre de santé (36% vs 25%), et l'âge médian plus élevé (39 ans vs 33 ans), en raison d'un « recrutement » qui

#### La Cimade

Créée en 1939 par des mouvements de jeunesse chrétiens pour venir en aide aux populations déplacées et aux réfugiés regroupés dans les camps d'internement français, la Cimade, selon l'article 1<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 est présente depuis 1984 dans plusieurs Centres et locaux de rétention administrative. La Cimade soutient également plusieurs partenaires dans les pays du Sud, par des actions favorisant le développement et la démocratie.

favorise les exilés atteints de maladie chronique. L'ancienneté de résidence en France est de 5,8 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 consultants de l'Espace santé droit ont été majoritairement orientés par des associations (50%, dont 29% Cimade et 5% Comede), des amis, des proches ou de la famille (19%), des services de santé (15%, dont Hôpital 9%) et des services de l'Etat (11%, dont services sociaux de secteur 7%).

Les trois quarts des personnes accueillies sont atteintes d'affection/s et/ou de risque/s médical/aux grave/s (397 sur 523, voir tableau ci-dessus). Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont les maladies cardio-vasculaires (18%), le diabète (14%), les troubles psychiatriques (13%), l'hépatite B chronique (7%, en forte diminution par rapport à 2008), le cancer (6%), l'asthme persistant (5%), l'infection à VIH (4%), le handicap grave (3%), et l'hépatite C chronique (3%). La majorité de ces malades bénéficient d'une prise en charge médicale auprès d'un hôpital (81%), et 70% ont découvert leur maladie après l'arrivée en France (87% dans le cas des patients suivis pour infection virale chronique).

En 2009, les sollicitations de l'Espace santé droit ont concerné majoritairement des problèmes liés au droit au séjour pour raison médicale. Ces situations impliquant une évaluation médico-juridique, les bénévoles sollicitent sur place 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 interventions, généralement complexes et impliquant des accompagnements physiques auprès des administrations, sont variées : première demande ou nouvelle demande après des démarches préalables ayant échoué ; recours contre une décision de refus de séjour pour raison médicale assortie d'une obligation de quitter le territoire ou contre d'autres mesures d'éloignement incompatibles avec l'état de santé de la personne, dans des situations particulièrement difficiles lorsqu'il s'agit de refus de renouvellement d'admission au séjour qui concernent des personnes qui avaient accès à la sécurité sociale, à un logement, à un emploi et qui se retrouvent sans droit. Les demandes liées à la consolidation d'un statut précaire sont aussi particulièrement nombreuses : demandes de délivrance des récépissés prévus par la loi lorsque les personnes n'ont été munies au mieux que de simples convocations ne leur conférant aucun

**Principales affections pour les malades suivis à l'Espace santé droit**

*432 affections ou risques médico-psychologiques graves concernant 397 personnes en 2009*

Pathologie	File n	active %	Nouv. patients	Diag. pays	Suivi hosp	Sexe (F/M)	Age médian	Principale Région
Maladies cardio-vasculaires	78	18%	44	37%	77%	42%	48 ans	AFO 36%
Diabète	59	14%	35	34%	80%	46%	47 ans	AFN 27%
Troubles psychiatriques	56	13%	26	16%	63%	20%	36 ans	AFN 43%
Hépatite B chronique	32	7%	14	3%	78%	22%	35 ans	AFO 72%
Cancer	26	6%	14	38%	100%	50%	49 ans	AFN 46%
Asthme persistant	23	5%	15	61%	52%	22%	36 ans	AFO 65%
Infection par le VIH	19	4%	13	32%	100%	63%	38 ans	AFO 53%
Handicap et traumatismes	14	3%	6	29%	86%	14%	29 ans	AFO 71%
Hépatite C chronique	13	3%	7	8%	100%	31%	44 ans	AFC 38%
Autres affections	112	22%	67	-	-	-	-	-
<b>Total affections</b>	<b>432</b>	<b>100%</b>	<b>245</b>	<b>30%</b>	<b>81%</b>	<b>31%</b>	<b>39 ans</b>	<b>AFO 40%</b>
<b>Total malades</b>	<b>397</b>	<b>100%</b>	<b>230</b>	<b>30%</b>	<b>81%</b>	<b>37%</b>	<b>38 ans</b>	<b>AFO 41%</b>

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

droit ; 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 ; changement de statut ; refus de regroupement familial au motif que « malades », les intéressés « n'ont pas vocation à vivre en France » (voir Droit de la santé et expertise médico-juridique page 31). Face aux difficultés spécifiques d'accès à la CMU-C et à l'AME, l'Espace santé droit a mis en place en 2009 une permanence spécifique le mercredi matin qui a permis de renforcer les actions spécifiques du Comede en faveur de l'accès aux soins et à certains autres droits sociaux des étrangers malades (accidents du travail, prestations familiales).

### INFORMATION, FORMATION ET RESEAUX

L'Espace santé droit contribue aux activités du Centre-ressources du Comede, destinées à l'ensemble des personnes intervenant en faveur du droit de la santé des étrangers (voir page 31). La **permanence téléphonique** de l'Espace Santé droit (voir tableau ci-contre) intervient ainsi en complément des permanences animées depuis le site de Bicêtre consacrées d'une part aux questions médicales et psychologiques, et d'autre part aux difficultés d'accès aux soins. Les professionnels de l'Espace santé droit ont répondu à **1 802 appels en 2009**, émanant principalement de particuliers (61%), d'associations (17%, dont Cimade 8%), de services de santé (14%, dont service social de l'hôpital 11%), et de services de l'Etat (6%, dont services sociaux de secteur 4%). Sur un plan géographique, les appels proviennent majoritairement des départements de Seine-Saint-Denis (40%) et de Paris (34%), alors que la permanence téléphonique de l'Espace santé droit reste peu utilisée en 2009 en dehors de la région Ile-de-France (4%). Les bénéficiaires des permanences téléphoniques ainsi que la nature des demandes sont caractérisés page 49). La Cimade et le Comede développent depuis l'origine de l'Espace santé

Appelants ☎ appels enregistrés	n	93 SSD	75 PAR	autre IDF	hors IDF
Particuliers	61%	58%	59%	65%	71%
Associations	17%	12%	21%	18%	22%
Services santé	14%	20%	12%	10%	2%
Services Etat	6%	7%	5%	6%	3%
autres	2%	3%	3%	1%	2%
<b>Total</b>	<b>1 802</b>	<b>40%</b>	<b>34%</b>	<b>22%</b>	<b>4%</b>

droit un **travail en réseau** avec les acteurs de santé du département et de la région :

- Après la réflexion pluridisciplinaire dans le cadre de l'Atelier Santé Ville de Saint Denis sur l'amélioration de la PASS de l'Hôpital Delafontaine, les travaux continuent sur l'accès aux soins des populations précaires : recensement des lieux d'aide à l'ouverture des droits, question de la domiciliation administrative pour l'ouverture de droits à l'Aide médicale d'Etat, sensibilisation des professionnels de santé aux problématiques rencontrées par la population Rom ;
- L'accent a été mis en 2009 sur le travail en collaboration avec les services sociaux des hôpitaux publics de Seine-Saint-Denis : sous-groupe « santé et précarité » à la Maison de la Santé municipale, formation avec le service social de l'Hôpital Jean Verdier à Bondy, rencontre avec l'équipe d'Avicenne à Bobigny, formation du service social de l'Hôpital Ballanger à Aulnay-sous-Bois ;
- Inscription de l'Espace santé droit dans le réseau sanitaire et social de la ville d'Aubervilliers, notamment autour d'un projet sur la santé dans les sept foyers de travailleurs migrants de la ville, participation à la journée mondiale du refus de la misère en collaboration avec quatre services sociaux spécialisés ;
- Travail en complémentarité avec des associations de malades : VIH, diabétiques, hémophiles, paralysés, ainsi qu'avec des associations de médecins, dont MDM et MSF ;
- Participation aux travaux du Collectif 93 Afrique et Actions Solidaires, notamment sur la réglementation et les pratiques en matière de protection maladie des populations précaires. Enfin, le Comede et la Cimade sont membres fondateurs et très investis dans les actions de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (voir ODSE page 58) ■

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

L'idée de donner la parole aux femmes au sein d'un groupe est née d'une réflexion commune aux deux associations, Comede et Cimade, dans le cadre de leurs actions de soutien aux femmes exilées et migrantes. Pour le Comede, ce projet s'inscrit dans les suites de la recherche opérationnelle conduite depuis 2005 sur la thématique de la « double violence » dont sont victimes certaines femmes exilées.

Courant 2008, plusieurs réunions de préparation ont eu lieu pour penser et mettre en œuvre ce projet, ce qui a permis aux femmes du groupe de se retrouver pour la première fois en mars 2009 ; les réunions se tiennent depuis lors 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. Les objectifs de ce groupe consistent principalement à donner aux femmes, au sein d'un cadre sécurisant de confidentialité et de respect d'autrui, la possibilité de se retrouver pour échanger sur des thématiques choisies ou sur leur vécu, de créer des liens entre elles pour sortir de leur isolement ; d'améliorer l'estime de soi grâce au soutien du groupe et favoriser ainsi le développement personnel de chacune. Des moments plus ludiques ont été organisés, sous forme de partage de repas festifs, à l'occasion desquels les femmes apportent une spécialité culinaire de leur pays d'origine.

Un recrutement actif et orienté vers les femmes plus isolées a été mis en place dans les deux associations. Les femmes très déprimées, peu susceptibles de s'intégrer dans les échanges et donc de bénéficier d'une telle expérience, ne sont pas adressées au groupe de paroles mais plutôt orientées vers la consultation psychologique du Comede. Une quarantaine de femmes, issues des consultations du Comede et des permanences femmes de la Cimade ont manifesté leur intérêt pour ce groupe. Une dizaine de femmes en moyenne, principalement des demandeuses d'asile, s'y retrouvent chaque mois. Elles sont originaires d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest pour la majorité d'entre elles ; les autres femmes sont originaires d'Afrique du Nord, des Caraïbes et du Moyen-Orient. Les femmes apprécient particulièrement le fait de se retrouver et de créer entre elles des liens amicaux : « On passe un moment en famille », dit l'une d'elle. Des discussions et débats se sont engagés autour de plusieurs thématiques, notamment celle de la douleur liée à l'exil, à l'isolement, à la difficulté de leur situation administrative qu'elles trouvent bien souvent déshumanisante, à la discrimination sexiste et raciste qu'elles subissent au quotidien. Ce dernier thème est prégnant à chacune des rencontres. Pour ces femmes, la parole permet d'exorciser la souffrance qu'elles ont vécue, de trouver du soutien parmi les autres femmes, dans leur écoute bienveillante, et de retrouver une certaine confiance en soi pour se reconstruire. Les questions autour des violences en lien avec la demande d'asile (emprisonnement, coups, violences sexuelles...) ne sont pas abordées. Les femmes restent très pudiques quant à ces thématiques qu'elles abordent plus volontiers lors des consultations médicales ou psychologiques au Comede, c'est-à-dire lorsqu'un cadre thérapeutique est posé.

L'intégration de nouvelles personnes au sein du groupe se fait de façon épisodique, selon l'évolution de la présence des femmes aux réunions ; la situation des femmes évoluant (notamment certaines d'entre elles trouvent du travail ou doivent déménager), elles ne peuvent pas toutes continuer à assister aux réunions ; les animatrices décident d'ouvrir l'accès au groupe à de nouvelles venues, de façon régulière mais à minima, afin de créer une continuité entre les différentes rencontres tout en permettant à d'autres de profiter de l'expérience. De ce fait, de plus en plus de femmes bénéficient de ce soutien, pendant un temps déterminé par elles.

*Le groupe est co-animé par Laure Feldmann (Comede) et Violaine Husson (Cimade).*



## 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 années un important développement consécutif aux succès de diffusion du **Guide Comede, dont l'édition 2008 compte plus de 50 000 utilisateurs en France**. L'année 2009 a également confirmé le succès de diffusion du Livret de santé bilingue, coédité par le Comede, la DGS et l'Inpes, avec 182 606 nouveaux exemplaires commandés en 24 langues. Le Comede a également édité 3 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 référents thématiques et des membres de la direction du Comede. 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 et psychologique, de l'Accès aux soins (Bicêtre) et de l'Espace santé droit (Aubervilliers). Ces trois permanences ont traité **4 090 appels en 2009**, ce qui ne représente toutefois qu'une partie des appels présentés au cours de l'année, le Comede n'étant pas doté des moyens nécessaires pour faire face à l'ensemble des besoins en matière d'appels téléphoniques.

Sur l'année 2009, les appelants sont principalement des particuliers (49%, voir détail dans le chapitre Démographie page 13), des associations (18%, dont Cimade 8%), des services de santé (18%, dont Hôpital 13%), des services de l'Etat (10%, dont services sociaux de secteur 3%), et des avocats (3%). Ils émanent principalement de la région Ile-de-France (91%, dont Paris 34%, Seine-Saint-Denis 26% et Val-de-Marne 12%). Les appels traités portent principalement sur le droit au séjour des étrangers malades (64%, et 78%

parmi les avocats) ; des questions d'accès aux soins (26%, et 42% parmi les services de l'Etat) ; des questions de prise en charge médico-psychologique (25%, et 36% parmi les associations) ; et la procédure d'asile (3%). Les appels ont été traités par le Service socio-juridique (55%, dont Espace santé droit 44%), la permanence du Suivi médical et psychologique (36%), celle du Suivi de l'accès aux soins (9%, voir page 25) 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 2006 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 2009, 182 606 nouvelles commandes ont été enregistrées par l'Inpes pour les 24 langues disponibles (voir tableau ci-contre), principalement en anglais (19%), arabe dialectal maghrébin (17%), espagnol (9%), russe, chinois mandarin, portugais et turc (5%). Ces nouvelles commandes proviennent principalement des régions Ile-de-France (45%), Rhône-Alpes (9%), Départements d'outre-mer (7%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (7%) et Picardie (6%), et 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 lors des premiers mois (423 849 entre octobre 2006 et décembre 2007) permet d'observer le lien entre les régions d'origine des migrants et leurs régions de résidence en France (voir tableau page ci-

### Livrets bilingues commandés en 2009

Edition	n	%
anglais-français	34 235	19%
français-albanais	1 634	1%
français-arabe maghrébin	31 098	17%
français-arménien	3 131	2%
français-bangali	3 213	2%
français-bulgare	2 935	2%
français-chinois mandarin	9 550	5%
français-créole haïtien	6 482	3%
français-espagnol	15 848	9%
français-georgien	3 327	2%
français-hindi	3 106	2%
français-kurde	4 149	2%
français-lingala	2 679	1%
français-ourdou	2 965	2%
français-pular/peul	3 411	2%
français-portugais	9 027	5%
français-roumain	8 539	4%
français-russe	10 040	5%
français-serbe	4 906	3%
français-soninke	1 050	1%
français-tamoul	4 898	3%
français-turc	8 624	5%
français-wolof	7 759	4%
<b>total</b>	<b>182 606</b>	<b>100%</b>

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,

**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 11%	ALB 3%	ARA 11%	ARM 3%	BAN 2%	BUL 3%	CRE 4%	CHI 6%	ESP 6%	GEO 2%	HIN 3%	KUR 3%	OUR 2%	POR 6%	PUL 2%	ROU 6%	RUS 6%	SER 3%	SON 3%	TAM 4%	TUR 8%	WOL 4%	
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%	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>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</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 Géorgien, 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)

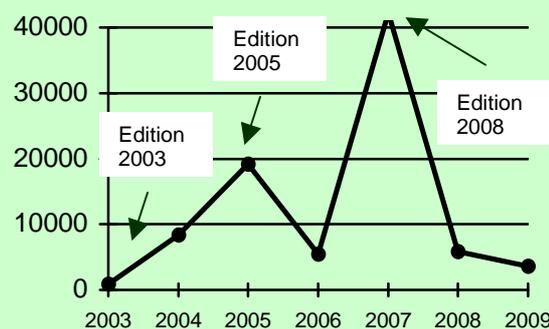
géorgien, russe, serbe, turc, et en partie kurde] en Rhône-Alpes, Alsace, Lorraine, PACA, Haute-Normandie et Centre ;  
- d'Europe de l'Ouest [bulgare, roumain] en Alsace, Aquitaine, Lorraine et PACA.

**Trois numéros de Maux d'exil**, la revue du Comede sur la santé des exilés, ont été publiés en 2009, le numéro de juin ayant dû être décalé pour des raisons financières (voir page 55). 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 4 200 lecteurs réguliers de Maux d'exil exercent principalement en régions Ile-de-France (53%), Rhône-Alpes et PACA (5%), Bretagne, Centre, DOM, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais et Pays-de-la-Loire (3%). Chaque numéro est consacré à un dossier proposant 4 regards croisés sur le même thème. Les dossiers ont été consacrés au droit au séjour pour raison médicale (*Etrangers malades : menaces sur le droit au séjour*, n°26 mars 2009) ; à la situation dans les DOM (*Migrants outre-mer, vulnérabilité et discriminations*, n°27 septembre 2009) ; et aux synergies associatives (*Associations en danger, associations solidaires*, n°28 décembre 2009). Outre les articles parus dans Maux d'exil, les professionnels du Comede ont notamment publié dans les revues Hommes & migrations, La santé de l'Homme, La semaine juridique, L'autre, Pratiques, ainsi que dans le Traité de prévention édité par la collections Médecine-Sciences de Flammarion. Au total, le Comede a réalisé 22 publications spécialisées et effectué 21 interventions publiques en 2009 (détail en annexe Information page 63).

### FORMATION, ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

Depuis la parution du **Guide Comede 2008** en septembre 2007, l'Inpes en a diffusé au total 51 655 exemplaires, 3 578 nouvelles commandes ayant été enregistrées en 2009. Ce Guide est utilisé par plusieurs professionnels dans de nombreux lieux d'exercice. Initialement réservé à l'usage interne du Comede depuis la première version en 1997, le Guide Comede a

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



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). 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 en 2009 exercent principalement en régions Ile-de-France (68%), Départements d'outre-mer (4%), Centre, Champagne-Ardenne et Rhône-Alpes (3%). Le caractère pluridisciplinaire du travail au Comede nous 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 2009, 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 905 stagiaires, les participants de ces formations exerçant dans les principales régions de résidence des migrants/étrangers. Les membres du Comede ont également assuré 10 séances d'enseignement pour les Instituts de formation des soins infirmiers de Provins, la Salpêtrière et Saint-Germain en Maye, du séminaire MSH-Comede (cf infra), et des Universités d'Evry, de Paris 1, Paris 5, Paris 7 et 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 psychopathologie. 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 2009, 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 2009, 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) ; ainsi que le séminaire « Santé mentale et migrations » (voir page suivante) coorganisé par le Comede et la Maison des Sciences de l'Homme Paris-Nord, qui s'inscrit dans le programme de recherche collective « Frontières », financé par l'Agence nationale de recherche. Ce séminaire a permis de favoriser un dialogue entre chercheurs et acteurs de terrain, sur un sujet complexe qui recouvre autant des logiques médicales que sociales. S'interrompre un instant dans sa

pratique et la questionner, confronter ses analyses avec le regard de ceux qu'elles concernent, a été le point de jonction de ces rencontres entre professionnels et chercheurs. Ces échanges ont notamment mis en évidence une « raison humanitaire » qui trouve ses justifications dans une économie de la santé traversée par la question du psychotraumatisme, par la place des expertises profanes, ou par celle de la certification, ce qui implique des questions importantes d'éthique et de déontologie. Cette expérience nous a donné une vision, peut-être partielle, mais utile, pour continuer à penser ces enjeux du soins et de l'accès au séjour et pour défendre le travail des uns et des autres dans un contexte politique complexe. Une publication rassemblant une partie des interventions est en cours de préparation, et ce travail pourrait être prolongé par l'organisation d'un colloque en 2011.

Enfin, le Comede a contribué en 2009 au projet de recherche « *Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants africains en Ile de France* ». L'infection par le VIH/Sida et l'hépatite B partagent en effet des modes de transmission communs et affectent toutes deux lourdement la population d'origine africaine vivant en France. Cependant ces deux maladies diffèrent dans leurs répercussions sur la situation sociale des patients et leur circulation entre la France et leur pays d'origine. Le projet « Parcours » est destiné à mieux comprendre pourquoi et comment ces deux maladies surviennent dans la vie des migrants, ce qui conditionne la rapidité et la qualité de leur prise en charge, et comment ces maladies influent sur les parcours de vie en France. Ce projet associe le Comede, des équipes de recherche de l'IRD, de l'Inserm et de l'Inpes, des hépatologues, et des collectifs d'associations comme le RAAC Sida et le Forim. Une enquête dans les services de santé sera menée auprès de 3 groupes de 1000 personnes nées en Afrique subsaharienne : un groupe de personnes vivant avec le VIH, un groupe ayant une hépatite B chronique, et un groupe n'ayant ni l'un ni l'autre, afin d'identifier les difficultés propres à la maladie en général et à ces infections en particulier. Cette recherche sera menée en Ile de France, entre 2010 et 2012 ■

**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 Veïsse. 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 Klingeberg (Master d'anthropologie, EHES). 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 (rétention 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 Veïsse, Estelle d'Halluin  
Inscription gratuite: f-enjolras@wanadoo.fr / edhalluin@hotmail.com



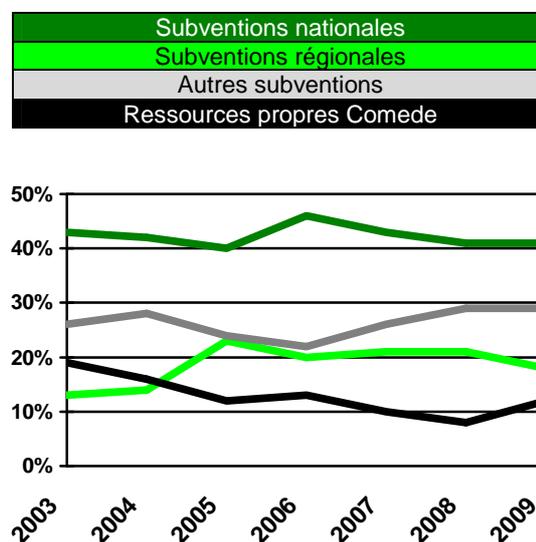
## Gestion, finances et perspectives

(Présentation et composition du Comede page 4)

Association loi 1901, le Comede compte 38 adhérents, dont 12 membres élus du Conseil d'administration, et emploie 52 professionnels (38 salariés et 14 bénévoles) : médecins, assistants sociaux et juridiques, psychologues, infirmiers, personnels d'accueil, de secrétariat, d'administration et d'encadrement ; pour un équivalent temps-plein de 24 ETP répartis entre les sites de Bicêtre et Aubervilliers. Le réseau du Centre-ressources compte près de 5 000 lecteurs réguliers de Maux d'exil et plus de 50 000 utilisateurs du Guide Comede. Les financements du Comede proviennent principalement de subventions nationales (41% des produits en 2009 émanant de la DGS, de l'Inpes, du SDA, de l'Acisé et de la DGAS), de subventions régionales (18%, GRSP, Conseil régional IDF, CPAM 94, Acisé IDF, DRDFE et Conseil Général 94), d'autres subventions (29%, FER, ONU, Sidaction, Fondation Marc / Fondation de France). Les ressources propres du Comede (12%) sont principalement dues aux remboursements des consultations médicales pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME, toutefois l'apport des dons a constitué en 2009 un soutien important pour l'association (3% du total des produits). Consécutivement au développement du Centre-ressources, la progression régulière du budget du Comede (+71% en 7 ans) s'est appuyée de manière relativement équilibrée sur l'ensemble des contributeurs (27 bailleurs entre 2003 et 2009, voir tableau page suivante).

Pour l'année 2010, l'action du Comede se situe dans la perspective d'une consolidation de ses activités nécessitant un budget de 1 513 460 €. 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

Part des financements 2003-2009



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 réalisent depuis 1984 les bilans complémentaires 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. L'approvisionnement de la pharmacie du Comede est assuré via Pharmacie humanitaire internationale sur des financements de la Cnam. La DGS prend également à sa charge la part des prestations d'interprétariat consacrées à la prévention du VIH, des hépatites, et de la tuberculose. La Cimade contribue pour moitié au budget et aux activités de l'Espace santé droit hébergé par le foyer protestant d'Aubervilliers. De même, les activités des bénévoles intervenant à Bicêtre et à Aubervilliers sont également valorisées dans le budget supplétif de l'association.

## GESTION FINANCIERE ET ADMINISTRATIVE 2009

Les incertitudes majeures sur le renouvellement de plusieurs subventions publiques et le retard considérable de versement des subventions du FER ont conduit le Comede a mettre en place à l'été 2009 un plan d'économies pour le second semestre, ainsi qu'à lancer un appel à soutien urgent. Les résultats positifs de cet appel ainsi que les subventions perçues *in extremis* de la part de

l'Acisé et de la DRDFE ont permis de réaliser un résultat financier de 55 534 € pour 2009. Dans le total des charge (1 420 383), la masse salariale représente 81%, et les services extérieurs, dont les prestations d'interprétariat, 9%. La progression des produits (total 1 475 917 €) est principalement due à l'augmentation des ressources propres du Comede (+75 128 €, incluant 43 994 € de dons) et celle des subventions nationales (+66 975 €), en particulier celles du ministère de la Santé

## Evolution des produits du Comede sur les 7 dernières années

Produits	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Subventions nationales</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>	<b>602 531</b>
Acisé national (ex-Fasild)	82 800	51 000	33 993	35 000	35 000	35 000	30 000
DFAE	9 000						
DGAS (DGCS en 2010)			30 000	30 000	30 000	25 500	30 000
DGS, 6A, RI2					50 000	80 000	90 000
DGS, 6D, MC1	144 830	144 830	144 830	144 830	144 830	150 000	170 000
Inpes, Communication					43 505		
Inpes, Subventions		24 960	28 122	87 397	65 350	89 296	141 771
SDA (ex-DPM)	129 580	129 580	140 760	140 760	140 760	140 760	140 760
SDFE						15 000	
<b>Subventions régionales</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>	<b>266 983</b>
Acisé Ile-de-France					10 000	20 000	25 000
Cnam		36 107	66 983				
Cramif, FNAS				52 000			
Cramif, FNPEIS	30 490		30 490				
Cramif, GRSP				48 000			
CG Val-de-Marne							4 200
CR Ile-de-France	16 006	21 000	39 000	30 000	50 000	50 000	25 000
CR IDF co-financ. GRSP						23 000	24 900
CPAM Val-de-Marne	24 009	25 648	26 014	26 616	29 271	32 012	34 783
DRDFE						10 000	10 000
GRSP appel à projets					107 000	87 000	50 100
GRSP struct. (Drassif)	41 161	32 929	52 500	33 000	53 000	53 000	93 000
<b>Autres subventions</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>	<b>417 293</b>
Emmaüs						10 000	
Europe, FER	122 000	169 000	160 000	140 000	240 000	270 000	300 000
FDF / Fondation Marc	23 000						15 000
ONU, FCVNUVT	45 454	37 468	39 834	38 928	36 958	37 512	52 293
Secours catholique						15 000	
Sidaction, ECS	29 000	29 000	29 000	30 000	30 000	45 000	50 000
<b>Ressources propres</b>	<b>156 778</b>	<b>128 435</b>	<b>113 461</b>	<b>107 067</b>	<b>120 932</b>	<b>101 499</b>	<b>176 627</b>
CPAM remboursements	142 196	115 531	102 887	88 144	104 766	78 950	93 125
CPAM accord national				4 209	5 347	10 787	31 026
Dons reçus		150	145	3 820	531	3 740	43 994
Formations payées	2 982	3 510	2 910	4 166	5 118	4 281	4 165
Participation des usagers	11 600	9 244	7 519	4 728	5 170	3 741	4 317
<b>Total</b>	<b>854 108</b>	<b>829 957</b>	<b>934 987</b>	<b>943 598</b>	<b>1 186 606</b>	<b>1 289 579</b>	<b>1 463 434</b>

Les cases colorées □ signalent les financeurs du Comede en 2009

(DGS, Inpes) pour l'action d'observatoire de la santé des migrants conduite par le Comede.

Les retards de versement des subventions ont à nouveau engendré de grandes difficultés de trésorerie en 2009, à commencer par les retards de celles des années antérieures : la moitié de la subvention du FER 2007 a été perçue en janvier 2009, celle du FER 2008 en juin 2009. La perception des subventions 2009 a été effectuée en janvier (Sidaction), mai (ONU), juin (SDA, DGS), août et octobre (GRSP), septembre (Acsé, DGAS) et novembre (DRDFE), alors que l'acompte de la subvention FER 2009 a été versé le 31 décembre de l'exercice considéré, et que nous sommes toujours dans l'attente du second versement début mai 2010. Ces retards ont des effets très délétères sur la trésorerie de l'association, contrainte de négocier une convention de découvert bancaire entraînant frais financiers et majoration des charges sociales dont le paiement est retardé afin de pouvoir payer en priorité les salaires des personnels. Pour faire face à cette situation qui se répète d'année en année (5 mois de découvert en 2007, 10 mois en 2008 et à nouveau 5 mois en 2009), le Comede a besoin de constituer une réserve de fonds propres garantissant au moins 6 mois de fonctionnement, alors qu'elle est actuellement de 3 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

#### Donateurs et dons adressés au Comede en 2009

Le Comede a perçu 409 dons de la part de 382 donateurs (moyenne 1,1 don par personne), principalement des particuliers (82%), mais aussi des associations (6%), des professionnels de santé (6%), ainsi que des avocats (2%). Les donateurs du Comede résident majoritairement en Ile-de-France (64%, dont Paris 34%, Hauts-de-Seine 8%, Val-de-Marne 7%, Seine Saint-Denis 6%, Seine-et-Marne 4%), ainsi que dans les régions Centre, PACA et Rhône-Alpes (4%), Pays-de-la-Loire et Bretagne (3%).

Le total des dons a été de 43 994 €, en moyenne 108 €, le don médian étant de 50 €.

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.

#### PERSPECTIVES 2010

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 réaliser un audit en 2008/2009, grâce au soutien financier de la DGS. Le recrutement d'un médecin coordinateur en charge de la direction opérationnelle du Comede a permis la mise en place d'un certain nombre de recommandations au cours de l'année 2009 et des premiers mois 2010, un meilleur fonctionnement interne permettant d'améliorer l'adaptation et la réactivité du Comede aux besoins et demandes externes. L'arrivée à l'été 2010 d'une directrice administrative et financière en charge des ressources humaines (DAF-DRH) permettra également de commencer la mise en place d'une comptabilité analytique en 2011, qui donnera des éléments de gestion mieux adaptés tant pour nos financeurs que pour l'Association.

Surtout, comme pour d'autres associations, la pérennité des actions du Comede reste 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. En mai 2010, nous n'avons aucune visibilité sur le renouvellement des subventions de l'Acsé ainsi que sur le transfert de subventions entre le GRSP et l'ARS Ile-de-France. La recherche de nouvelles sources de financement, public et privé, occupe ainsi une part très importante du travail de l'équipe de direction, et ses résultats détermineront la capacité du Comede à répondre aux besoins fondamentaux des exilés tout en proposant des actions novatrices bénéficiant du soutien préférentiel de partenaires institutionnels. ■

LE COMEDE AGIT EGALEMENT DANS LE CADRE DE **COLLECTIFS ASSOCIATIFS**

- **L'Adfem (Action et droits des femmes exilées et migrantes)** est 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 violences qui leur sont faites. En 2009, l'Adfem a poursuivi l'initiative en faveur du droit d'asile des femmes refusant les mutilations génitales, des rencontres ayant eu lieu dans ce sens avec la présidente de la CNDA, des responsables du ministère de l'Immigration, et des parlementaires. Les difficultés rencontrées autour de la spécificité de genre ont été mises en exergue, dans le but d'améliorer l'accueil et l'accompagnement des femmes étrangères, ainsi que d'élaborer une politique de lutte et de prévention des violences qu'elles subissent.
  
- **L'Anafé (Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers)** a pour objectif de fournir une aide à caractère juridique et humanitaire aux étrangers maintenus dans les zones d'attente. De nombreux dysfonctionnements nécessitent l'intervention quotidienne de l'Anafé (manque d'information sur les procédures, maintien de mineurs isolés, examen expéditif des demandes d'asile, non respect du jour franc avant refoulement, obstruction au droit d'accès des associations). L'Anafé dispose d'un droit de visite contingenté, mais revendique un accès permanent. Par ailleurs, une permanence téléphonique est accessible aux étrangers en difficulté à la frontière, et à leurs proches. En 2009, l'Anafé a notamment publié le Rapport *Inhumanité en zone d'attente - Observations et interventions de l'Anafé en zone d'attente de Roissy*, ainsi que 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*. [www.anafe.org](http://www.anafe.org)
  
- **La CFDA (Coordination française pour le droit d'asile)** regroupe des associations de défense du droit d'asile, le HCR étant associé à ses travaux qui portent sur l'accueil et l'hébergement, l'accès aux procédures, la dimension européenne, asile et femmes, et asile dans les DOM-COM. La CFDA interpelle régulièrement par courrier les instances françaises et européennes qui interviennent dans le domaine du droit d'asile. En 2009, la CFDA a notamment publié les notes *Retour de M. Besson à Calais : attentes et craintes de la CFDA* ; et *Accueil des demandeurs d'asile : les conventions État/CADA ne peuvent être signées en l'état*. [www.cfda.rezo.net](http://www.cfda.rezo.net)
  
- Le réseau **Humapharma**, fondé en juin 2009 par Médecins du monde, le Comede, le Samu social et Médecins solidarité Lille, s'est donné pour objectif de suivre tous les aspects de la distribution des produits de soin pour les structures humanitaires exerçant en France, dans le but de garantir aux personnes en situation précaire l'accès aux produits de santé. Il vise à garantir aux personnes en situation précaire un accès optimal aux produits de santé, et agir auprès des pouvoirs publics et des organismes privés. Pour 2010, Humapharma réclame une meilleure adéquation de la liste de médicaments fournis dans le cadre de la convention avec les besoins des personnes concernées, ainsi que le maintien du budget national.
  
- **MOM (Migrants Outre-mer)** est un réseau de treize associations nationales (ADDE, Aides, Anafé, CCFD, Cimade, Collectif Haiti, Comede, Gisti, Eléna, LDH, Médecins du monde, Mrap, Secours catholique) destiné à décrypter les réalités locales de l'immigration et faire valoir les droits des étrangers. MOM anime une liste de discussion électronique ouverte à tous et un site internet. L'année 2009 a été notamment marquée par un suivi important de la situation à Mayotte, les refus de scolarisation en Guyane et un travail de synthèse sur l'état civil à Haiti. [www.migrantsoutremer.org](http://www.migrantsoutremer.org)
  
- **L'ODSE (Observatoire du droit à la santé des étrangers)** a pour objectif d'analyser la réalité des droits à la protection maladie et à l'accès aux soins, ainsi que des textes régissant le droit au séjour des étrangers atteints d'affections graves. En matière de droit au séjour pour soins, l'ODSE a concentré son action en 2009 sur les dysfonctionnements majeurs signalés à la préfecture des Hauts de Seine et les interventions contre l'expulsion d'étrangers malades placés en rétention. En matière d'accès aux soins, l'ODSE s'est fortement mobilisé suite à l'arrestation d'un demandeur d'AME à la CPAM de l'Yonne et a suivi la projet de loi Hôpital patient santé territoire notamment dans sa dimension lutte contre les refus de soins. [www.odse.eu.org](http://www.odse.eu.org)
  
- **L'OEE (Observatoire de l'enfermement des étrangers)** a été fondé en mai 2010 par l'ACAT-France, l'ADDE, l'Anafé, la Cimade, le Comede, Emmaüs France, la Fasti, le Gisti, la LDH, le Mrap, le SAF, le Syndicat de la Magistrature et le Secours Catholique, suite aux travaux interassociatifs consécutifs à la réforme de la rétention administrative en 2008/2009. L'OEE vise à proposer des analyses et des réponses collectives face à la généralisation et à la banalisation des formes d'enfermement des étrangers, dans l'objectif de promouvoir la défense et l'exercice de leurs droits par les étrangers et de témoigner des réalités et des atteintes aux droits et à la dignité des personnes dans ces lieux de privation de liberté.

# CONSULTANTS

**File active globale (FA) = 4 490**

*Ensemble des consultants*

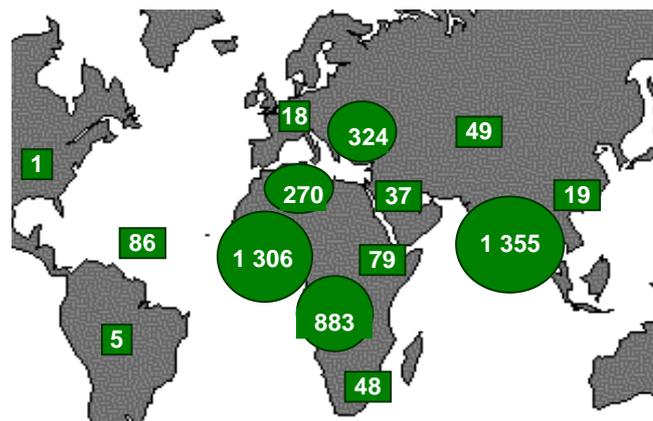
**FA Centre de santé = 3 967**

▪ 68% sont des nouveaux consultants

**FA Espace santé droit = 523**

*Partenariat Cimade/Comede*

▪ 65% sont des nouveaux consultants



## Caractéristiques socio-démographiques

Région d'origine	File active globale							dont Espace Santé Droit					
	détail pour n>30	n	%	2009 /2008	Sexe (F/H)	Age (médiane)	Rés. Fra.	Nouv. Cons.	n	%	Sexe (F/H)	Age (médiane)	Rés. Fra.
Asie du Sud		1 355	30%	-2%	8%	32 ans	0,9	74%	27	5%	-	-	-
Afrique de l'Ouest		1 306	29%	+4%	26%	34 ans	2,1	63%	221	42%	31%	37 ans	7,4
Afrique centrale		883	20%	-9%	49%	35 ans	1,6	59%	90	17%	43%	37 ans	4,4
Europe de l'Est		324	7%	-14%	24%	35 ans	1,5	65%	11	2%	-	-	-
Afrique du Nord		270	6%	-12%	36%	41 ans	5,2	76%	123	24%	38%	41 ans	5,4
Caraïbes		86	2%	+13%	45%	38 ans	3,8	66%	22	4%	-	-	-
Afrique de l'Est		79	2%	+76%	19%	27 ans	0,4	80%	1	<1%	-	-	-
Asie centrale		49	1%	+23%	16%	28 ans	0,9	80%	1	<1%	-	-	-
Afrique Australe		48	1%	+17%	65%	39 ans	1,4	79%	12	2%	-	-	-
Moyen-Orient		37	1%	-23%	32%	32 ans	0,9	78%	6	1%	-	-	-
Divers autres		53	1%	-	-	-	-	-	9	2%	-	-	-
<b>Total</b>		<b>4 490</b>	<b>100%</b>	<b>-2%</b>	<b>27%</b>	<b>34 ans</b>	<b>1,4</b>	<b>68%</b>	<b>523</b>	<b>100%</b>	<b>36%</b>	<b>39 ans</b>	<b>5,8</b>

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

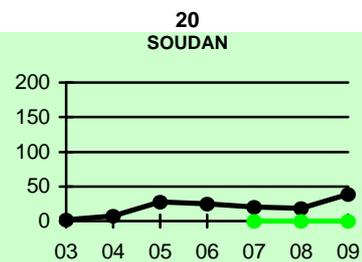
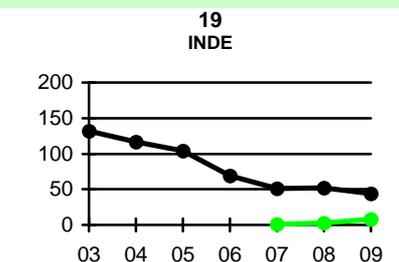
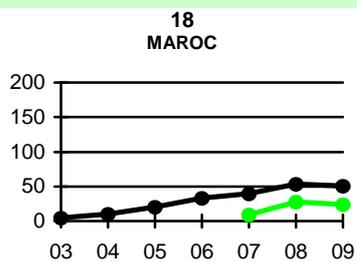
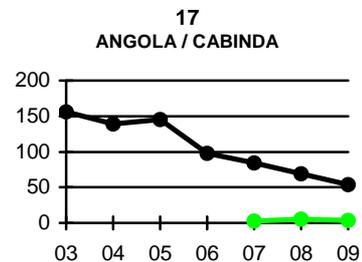
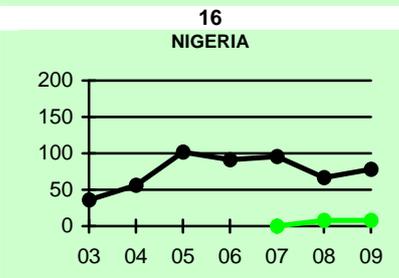
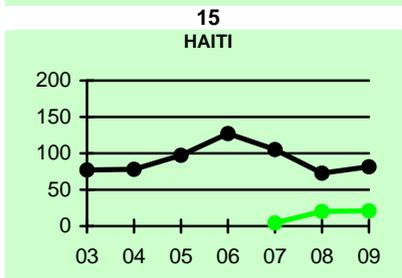
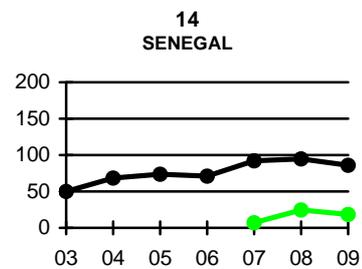
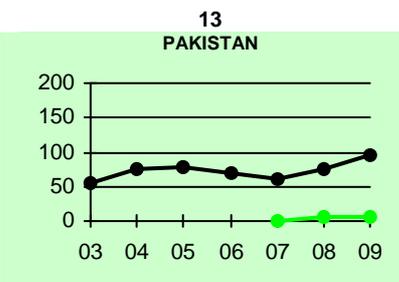
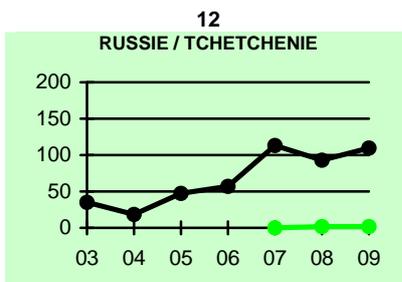
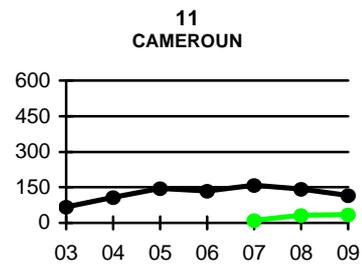
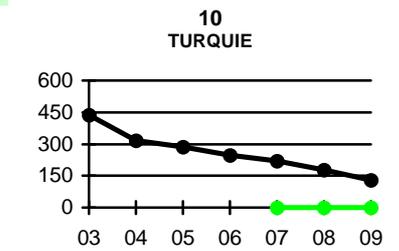
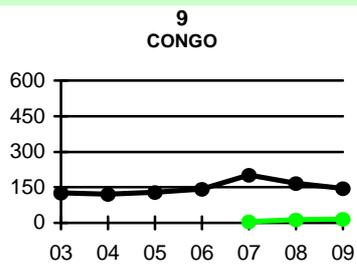
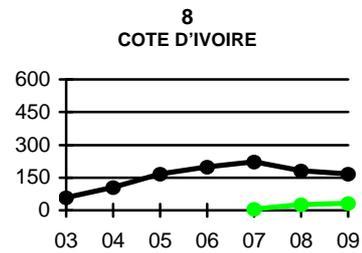
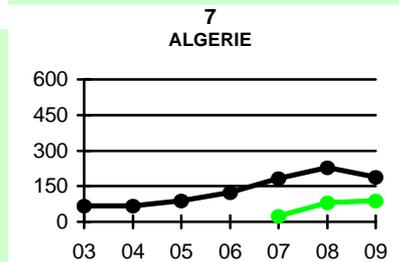
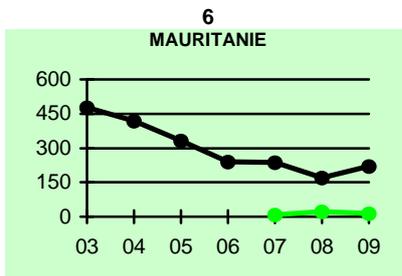
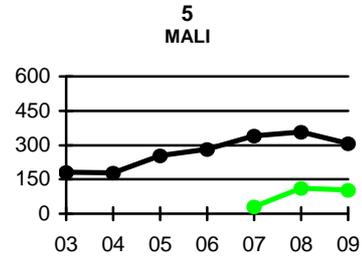
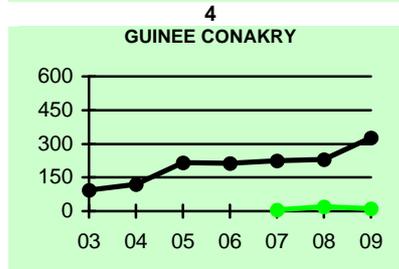
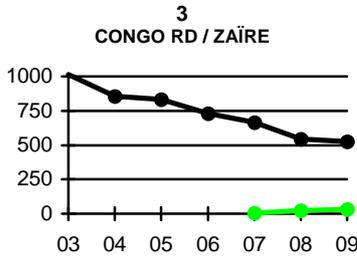
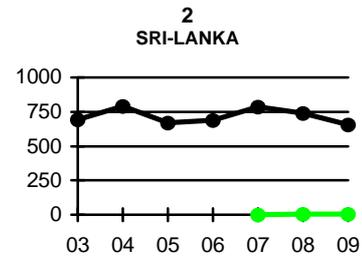
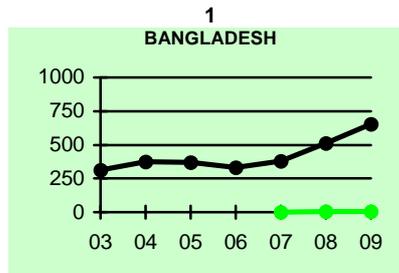
## 97 nationalités (53 nationalités à l'Espace santé droit)

<b>AFRIQUE AUSTRALE</b>	SOMALIE 11 (0) SOUDAN 39 (0)	<b>AMERIQUE DU NORD</b>	ETATS-UNIS 1 (0)	<b>ASIE DU SUD</b>	SER/ KOSOVO 5 (1) SER/ YOUGOSLA. 1 (0) TURQUIE 130 (1) UKRAINE 7 (2)
AFRIQUE DU SUD 2 (0) COMORES 18 (3) ILE MAURICE 9 (7) MADAGASCAR 19 (2)	<b>AFRIQUE DU NORD</b>	<b>AMERIQUE DU SUD</b>	BOLIVIE 1 (1) COLOMBIE 1 (0) PEROU 2 (0) VENEZUELA 1 (1)	BANGLADESH 654 (7) BHOUTAN 3 (0) INDE 44 (8) NEPAL 2 (0) PAKISTAN 96 (6) SRI LANKA 556 (6)	<b>EUROPE DE L'OUEST</b>
<b>AFRIQUE CENTRALE</b>	ALGERIE 189 (89) LIBYE 1 (0) MAROC 51 (24) TUNISIE 29 (10)	<b>ASIE CENTRALE</b>	AFGHANISTAN 33 (0) KIRGHIZISTAN 5 (0) MONGOLIE 8 (1) OUZBEKISTAN 2 (0) TURKMENISTAN 1 (0)	CUBA 1 (1) HAITI 82 (21) JAMAÏQUE 3 (0)	ALLEMAGNE 1 (0) BULGARIE 8 (0) FRANCE 2 (0) LETTONIE 1 (0) MALTE 1 (1) PAYS-BAS 1 (1) ROUMANIE 4 (1)
ANGOLA 52 (4) ANG/CABINDA 2 (0) BURUNDI 2 (0) CAMEROUN 116 (36) CENTRAFRIQUE 12 (1) CONGO 145 (15) CONGO RD 523 (32) CRD/ ZAIRE 4 (0) GABON 3 (1) RWANDA 15 (0) TCHAD 9 (1)	<b>AFRIQUE DE L'OUEST</b>	<b>ASIE DE L'EST</b>	BIRMANIE 4 (0) CAMBODGE 1 (0) CHINE 7 (1) COREE DU NORD 2 (0) PHILIPPINES 1 (0) THAÏLANDE 3 (3) TIBET 1 (0)	<b>CARAÏBES</b>	<b>EUROPE DE L'EST</b>
<b>AFRIQUE DE L'EST</b>	BENIN 16 (8) BURKINA FASO 4 (2) CAP VERT 4 (1) COTE D'IVOIRE 167 (33) GAMBIE 8 (1) GHANA 11 (5) GUINÉE BISSAU 16 (4) GUINÉE CO. 326 (11) LIBERIA 4 (0) MALI 308 (104) MAURITANIE 220 (13) NIGER 3 (2) NIGERIA 78 (8) SENEGAL 86 (18) SIERRA LEONE 26 (3) TOGO 29 (8)	<b>EUROPE DE L'EST</b>	ALBANIE 3 (1) ARMENIE 32 (0) AZERBAIDJAN 4 (0) BIELORUSSIE 2 (0) BOSNIE 2 (0) GEORGIE 14 (2) MACEDOINE 1 (0) MOLDAVIE 12 (1) RUSSIE 80 (2) RUS/ TCHETCH. 30 (0) SERBIE 1 (1)	<b>MOYEN-ORIENT</b>	EGYPTE 13 (5) IRAK 6 (0) IRAN 12 (0) LIBAN 1 (1) PALESTINE 3 (0) SYRIE 2 (0)
DJIBOUTI 2 (0) ERYTHREE 12 (1) ETHIOPIE 5 (0) KENYA 4 (0) OUGANDA 6 (0)					<b>INCONNUS 9 (0)</b>

# CONSULTANTS

Les 20 principales nationalités sur 7 ans

■ augmentation 2008/2009  
● Espace santé droit



# CONSULTATIONS

**Total consultations = 12 097**

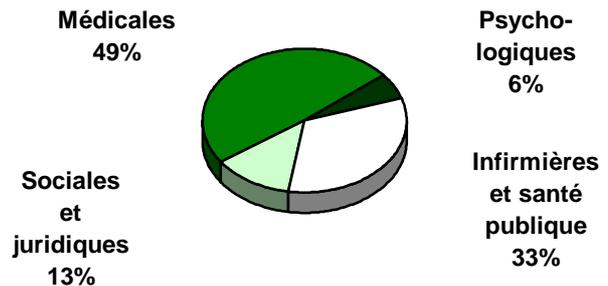
Moyenne 47 consultations / jour au Centre de santé et 5 / jour à l'Espace Santé Droit

**Centre de santé = 11 140**

Avec interprète professionnel = 1 920

**Espace santé droit = 957**

Partenariat Cimade/Comede



Service	Consultations			File Active		Cs/	Suivi	Prestations spécialisées			
	n	%	09/08 ±	n	%	pat.	(médiane)	CLE	AAS	asile	séj.
Médical	5 918	49%	-10%	2 934	65%	2,0	2 mois	47%	8%	30%	12%
Infirmier *	3 945	33%	+5%	2 968	66%	1,3	<1 mois	42%	9%	5%	10%
Socio-juridique	1 535	13%	-30%	977	22%	1,6	5 mois	7%	19%	1%	78%
dont ESD socio-jur.	627	5%	-11%	346	8%	1,8	4 mois	<1%	16%	-	84%
dont ESD médico-jur.	330	3%	-24%	291	6%	1,1	<1 mois	1%	3%	-	100%
Psychologique	699	6%	+38%	288	6%	2,4	7 mois	13%	-	-	-
<b>Total</b>	<b>12 097</b>	<b>100%</b>	<b>-7%</b>	<b>4 490</b>	<b>100%</b>	<b>2,7</b>	<b>1 mois</b>	<b>38%</b>	<b>9%</b>	<b>16%</b>	<b>19%</b>

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

\* Includ 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	3 945
Médicaments	2 854
Cs médecine	2 308
Interprétariat	1 920
Service socio-jurid.	1 535
Bilans de santé	733
Psychothérapie	699

### TOUS CONSULTANTS

Femmes	29%
Mineurs de 18 ans	2%
Personnes > 60 ans	3%

Asie du Sud	31%
Afrique de l'Ouest	30%
Afrique centrale	21%
Europe de l'Est	8%
Afrique du Nord	4%

Patients à suivre 57%

### CONSULT. MEDICALES

CONSULTANTS	
+ Asie du Sud	36%
+ Mineurs <18 ans	3%

INTERVENTIONS	
Médicam. délivrés	16%
Urgence médicale	1%

### CONSULT. INFIRMIERES

CONSULTANTS	
+ Asie du Sud	36%
INTERVENTIONS	
Education thérap.	7%
Vaccination	1%

DECISIONS	
Revenir Médecin	41%
RV Médecin	11%
Orientation santé	3%
Orientation sécu	3%

### CONSULT. SOCIO-JURID.

CONSULTANTS	
+ Femmes	35%
+ > 60 ans	6%
+ Afrique de l'Ouest	42%
+ Afrique du Nord	14%
+ Patients à suivre	91%

DONT ESPACE SANTE DROIT	
+ Femmes	38%
+ > 60 ans	8%
+ Afrique de l'Ouest	44%
+ Afrique du Nord	21%
+ Patients à suivre	99%

### CONS. PSYCHOLOGIQUES

CONSULTANTS	
+ Femmes	53%
+ Mineurs <18 ans	4%
+ Afrique centrale	40%
+ Europe de l'Est	17%
+ Patients à suivre	95%

## Prestations spécialisées

### ACCES AUX SOINS

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

### EDUCATION SANTE

Education thérap.	269
Info. Diététique	98

### LANGUE ETRANGERE

Comede	1 997
Interprète	1 695
Accompagnateur	677
Téléphone ISM	225
Téléphone personnel	21

### 50 langues utilisées

Anglais	1 972
Tamoul	825
Bangali	502
Russe	352
Turc	235
Ourdou	171
Soninke	84
Hindi	66
Pular	63
Arabe	50
Lingala	34
Kurde	26
Farsi	31
Bulgare	18
Mongol	17
Espagnol	14
Autres langues étr.	169

### CERTIFICATION ASILE

Taux d'accord Com. 79%

### 789 certificats Asile

Bangladesh	215
Sri Lanka	166
Guinée Conakry	95
Congo RD	61
Russie/Tchéch.	43
Turquie	39
Mauritanie	32
Côte d'Ivoire	21
Divers autres	117

### ETRANGERS MALADES

Taux d'accord Com. 65%

Dem 1<sup>ère</sup> délivrance 105

Renouvellement 92

Recours Contentieux 77

### 271 malades soutenus dont 148 à l'ESD

Mali	51
Congo RD	33
Algérie	23
Cameroun	19
Côte d'Ivoire	17
Mauritanie	15
Angola	11
Sénégal	11
Guinée Conakry	11
Haïti	10
Divers autres	70

## PREVENTION

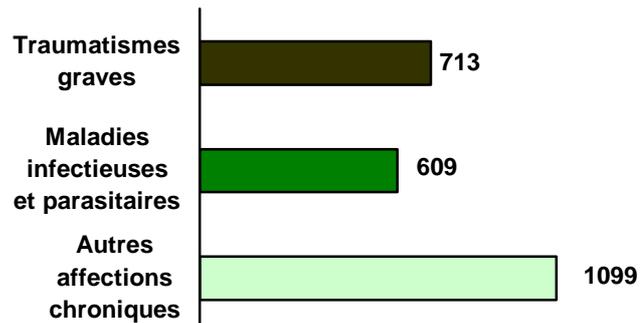
### Bilans de santé ≈ 1 880

- 70% des nouveaux patients du CDS

### Patients à suivre (PAS) = 2 083

*pour affection ou risque grave*

- 1 560 suivis au CDS et 523 à l'ESD
- 46% de la FA et 56% des consultations



### Education thérapeutique = 269

*pour asthme, diabète et maladies cardiovasculaires, dont HTA*

Prise en charge	File active		Nouveaux		Diag. Comede	Suivi Comede	n moy Cons	Suivi exter.	Fin de suivi*	
	n	%	n	09/08					n	succès
2488 motifs recensés										
Psycho-trauma	627	25%	377	+48%	80%	5 mois	4,6	38%	232	91%
Mal. cardio-vasc.	353	14%	163	-6%	29%	8 mois	4,0	76%	236	98%
Hépatite B	333	13%	134	-1%	63%	12 mois	3,2	57%	192	95%
Diabète	253	10%	129	-6%	26%	5 mois	3,5	79%	177	97%
Asthme	98	4%	40	+5%	9%	12 mois	3,4	82%	75	96%
Hépatite C	88	4%	39	-9%	47%	8 mois	3,6	77%	60	98%
Infection à VIH	55	2%	31	-6%	45%	4 mois	3,3	85%	41	100%
Cancer	48	2%	26	+8%	10%	6 mois	2,2	94%	44	98%
Tuberculose	26	1%	8	-62%	19%	11 mois	4,0	100%	18	100%
Autres motifs	607	23%	376	-	42%	4 mois	2,8	38%	421	97%
<b>Total PAS</b>	<b>2 083</b>	<b>100%</b>	<b>1 191</b>	<b>+22%</b>	<b>50%</b>	<b>5 mois</b>	<b>3,3</b>	<b>62%</b>	<b>1 188</b>	<b>96%</b>

\* Fin de suivi (984 PAS)    Succès | Guérison 92    Relais médico-social 1 042    Retour volontaire au pays 4  
 Echecs | Décès 1    Perdus de vue 49    Eloignement du territoire 0

Prévalence*	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
MED 03/09 (18 728)													
Psycho-trauma	1 766	43%	31 ans	5%	149	148	100	97	41	47	106	103	94
Hépatite B	1 210	16%	31 ans	6%	67	24	14	148	82	15	40	44	65
Mal. cardio-vasc.	998	42%	45 ans	41%	91	5	84	50	25	36	43	23	53
Diabète	699	32%	43 ans	48%	34	-	96	27	4	52	63	12	37
Anguillulose int.	345	8%	30 ans	<1%	25	10	-	12	-	28	3	-	18
Hépatite C	319	35%	37 ans	11%	29	10	14	9	103	7	3	28	17
Asthme persist.	305	21%	35 ans	68%	10	5	20	30	4	16	9	5	16
Infection à VIH	217	59%	34 ans	8%	28	14	2	17	-	<1	14	1	12
Bilharziose urin.	138	6%	28 ans	2%	2	5	-	29	-	-	-	-	7
Tuberculose	124	20%	31 ans	6%	13	10	2	6	8	4	9	3	7
Bilharziose int.	95	19%	29 ans	1%	9	24	-	10	-	-	-	-	5
<b>Total PAS</b>	<b>6 382</b>	<b>31%</b>	<b>33 ans</b>	<b>19%</b>	<b>437</b>	<b>357</b>	<b>418</b>	<b>444</b>	<b>407</b>	<b>214</b>	<b>286</b>	<b>231</b>	<b>341</b>

Cas recensés parmi les consultants en médecine. AFC Afrique centrale, AFE Afrique de l'Est, 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.

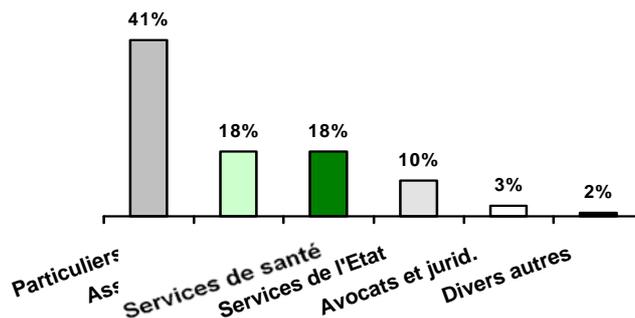
## INFORMATION

### Permanences téléphoniques

- 4 090 appels traités  
(2288 à Bicêtre et 1 802 à Aubervilliers)

### Publications et interventions

- 22 publications spécialisées
- 20 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	1999	49%	41%	21%	27%	34%	4%	7%	26%	1%	67%	18%
Associations	741	18%	39%	14%	19%	37%	11%	9%	17%	4%	72%	36%
Services santé	723	18%	61%	18%	24%	32%	4%	11%	32%	3%	53%	25%
Services Etat	389	10%	43%	18%	13%	34%	14%	14%	42%	6%	47%	23%
Avocat/Jurid.	137	3%	29%	14%	11%	51%	12%	11%	2%	1%	78%	72%
<b>Total</b>	<b>4 090</b>	<b>98%</b>	<b>40%</b>	<b>19%</b>	<b>23%</b>	<b>35%</b>	<b>6%</b>	<b>9%</b>	<b>26%</b>	<b>3%</b>	<b>64%</b>	<b>25%</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

- *Adapter la communication VIH-sida aux migrants*, Aïna E., Lydié N., Maux d'exil n°27.
- *Associations en danger, associations solidaires*, Dossier Maux d'exil n°28.
- *Associations gestionnaires ou associations citoyennes ?*, Mermet V., Maux d'exil n°28.
- *Aux bons soins du droit d'asile*, Veïsse A., Pratiques n°46.
- *Des « délinquants solidaires » à la solidarité des délinquants*, Deltombe C., Tricoire A., Maux d'exil n°28.
- *Etat actuel de l'accueil et des soins aux étrangers malades en France*, Veïsse A., L'autre, Vol. 10, n°2.
- *Etat critique*, Maille D., Demagny B., Maux d'exil n°26.
- *Etrangers malades : menaces sur le droit au séjour*, Dossier Maux d'exil n°26.
- *Evolution des taux d'accord des préfectures et des tribunaux*, Le Comede, Maux d'exil n°26.
- *Guyane : les professionnels formés à la prise en charge des migrants*, Maille D., La santé de l'Homme n°404.
- *Hommes et médiations, à propos du droit au séjour des étrangers malades*, Veïsse A., Hénocq M., Hommes & migrations n°1282.
- *« L'intéressée peut être soignée dans son pays »*, Rose, d'Adler M.-A., Jacques G., Maux d'exil n°26.
- *Le préfet, le médecin et le droit au séjour des étrangers malades : quelles garanties déontologiques et procédurales ?*, Slama S., Demagny B., La semaine juridique administrations et collectivités territoriales n°43.
- *Les dix ans de la CMU, un bilan pour l'accès aux soins des migrants*, Maille D., Toullier A., Hommes & migrations n°1282.
- *« Les DOM s'affranchissent du droit des étrangers »*, Mony P., Maux d'exil n°27.
- *Les soins sans les droits pour les sans-papiers*, Bardinet F., Maux d'exil n°27.
- *Migrants outre-mer, vulnérabilité et discriminations*, Dossier Maux d'exil n°27.
- *Obstacles et renoncements aux soins pour les personnes en situation irrégulière*, Brav L., Maux d'exil n°27.
- *Prévention pour les populations migrantes*, Veïsse A., Aïna E., Traité de prévention, Flammarion médecine sciences.
- *Privilégier la protection de la santé : une préoccupation du SMISP*, Maux d'exil n°26.
- *Résister ensemble*, Fassin D., Maux d'exil n°28.
- *Quelle présence dans les lieux d'enfermement des étrangers ?*, Maugendre S., Veïsse A., Maux d'exil n°28.

### Interventions publiques

- *30 ans Comede et Gas*, Buisson T. G.
- *30 ans Comede et Gas*, Fassin D.
- *30 ans Comede et Gas*, Veïsse A.
- APHP, *Précarité*, Veïsse A.
- Aides, *Carte de résident*, Demagny B.
- Cada Osny, *AME/CMU*, Delbecchi G., Demagny B.
- Correvih Sud, *Migrants et VIH*, Veïsse A.
- Ciddist-CDAG, *Dépistage*, Revault P.
- DGS Coll., *tuberculose et migrants*, Revault P.
- FTCS, *Droits aux soins*, Fleury F.
- Fumcra Assises, *Etrangers malades*, Veïsse A.
- IDE Bordeaux, *Politiques migratoires*, Demagny B.
- Mairie de Paris, *Saturnisme*, Fleury F.
- Medsi, *Soins et soutien aux exilés*, Veïsse A.
- Osiris Marseille, *Interprétariat*, Gaudillière B.
- Parole sans frontières, *Anthropologie et exil*, Revault P.
- Saint-Louis, *Les PASS, 10 ans après*, Veïsse A.
- SFSP Congrès Nantes, *Education thérapeutique*, Vescovacci K.
- SFSP Congrès Nantes, *interprétariat*, Gaudillière B.
- Unals, *Etrangers et VIH*, Veïsse A.

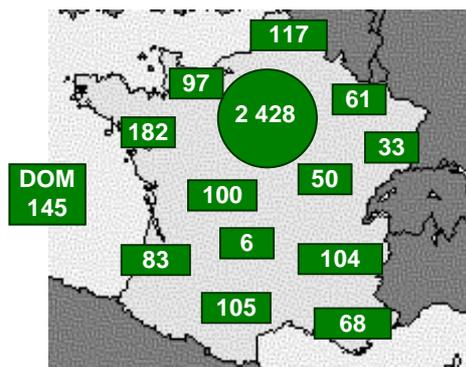
## FORMATION

### Guide Comede et Maux d'exil

- 51 655 Guide Comede diffusés (25 000 diffusion initiale et 26 655 nouvelles commandes)
- 4 400 lecteurs de Maux d'exil

### Formation et partenariats

- 36 demi-journées de formation pour 997 stagiaires
- 10 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%	4%	2%	<1%
Aquitaine	2%	2%	2%	<1%
Auvergne	<1%	1%	2%	<1%
Bourgogne	1%	1%	2%	<1%
Bretagne	2%	2%	3%	<1%
Centre	3%	1%	3%	1%
Champagne-Ar.	3%	1%	1%	1%
DOM	4%	7%	3%	<1%
Hte-Normandie	2%	1%	1%	<1%
Ile-de-France	68%	45%	53%	91%
Languedoc-Ro.	1%	1%	2%	<1%

<sup>1</sup> Nouvelles commandes en 2009, voir carte

Région	Guide Com.	Livret Bil.	Maux d'exil	Perm. Tél.
Lorraine	1%	1%	2%	<1%
Midi-Pyrénées	2%	2%	3%	1%
Nord-Pas-de-C	2%	1%	3%	1%
PACA	2%	7%	5%	<1%
Pays-de-la-L.	2%	2%	3%	<1%
Picardie	2%	6%	1%	1%
Poitou-Charent	2%	2%	1%	<1%
Rhône-Alpes	3%	9%	5%	1%
Autres & Etr.	2%	2%	3%	1%

<b>Effectif</b>	<b>3 578</b>	<b>182 606</b>	<b>4 241</b>	<b>4 090</b>
-----------------	--------------	----------------	--------------	--------------

### Enseignement

- IFSI Provins, *Education thérapeutique*, Vescovacci K.
- IFSI Salpêtrière, *Etrangers malades*, Lefebvre O.
- IFSI St-Germain en Laye, *Soutenance de DE*, Rouleau-F. F.
- Séminaire MSH-Comede, *Santé en Guyane*, Maille D.
- Université Evry, *Le contentieux des étrangers malades*, Maille D.
- Université Paris 1, IEDES, *Promotion de la santé*, Revault P.
- Université Paris 5, DU MDM, *Protection maladie*, Maille D.
- Université Paris 5, DU Minkowska, *Exil et santé*, Veisse A.
- Université Paris 7, Urmis, *Droit de la santé*, Veisse A.
- Université Paris 8, *Accès aux soins des sans-papiers*, Veisse A.

### Recherche et plaidoyer

- Acsé, groupe accès aux droits.
- Adfem, Action pour les droits des femmes exilées et migrantes.
- Anafé, Assistance aux frontières pour les étrangers.
- ANRS, Groupe migrants, VIH et hépatites.
- CFDA, Coordination française pour le droit d'asile.
- Comité national de liaison des centres de santé.
- Conférence régionale de santé.
- Dases, Groupe migrants et tuberculose.
- DGS, Groupe migrants et tuberculose.
- DGS, Humapharma.
- DGS, Programme national de lutte contre les hépatites.
- DGS, Programme national de lutte contre le VIH.
- DGS, Visite de prévention bénéficiaires AME.
- Egalité des droits sociaux.
- Interprétariat et santé, Comede/DGS/ISM/MDM.
- Migrants Outre-mer.
- ODSE, Observatoire du droit à la santé des étrangers.
- OEE Observatoire de l'enfermement des étrangers.
- Picum, Heath project on undocumented migrants in Europe.
- Rapport Yéni, Recommandations Prise en charge VIH.

### Formation professionnelle

- Aulnay/Bois, CHI Robert Ballanger, *Droit au séjour et protection sociale des étrangers* (4/14/BD)
- Bondy, H. Jean Verdier, *Protection maladie et droit au séjour* (2/20/BD)
- Clamart, R. Ressources 92, *Santé des exilés* (1/25/DM/MP)
- Grenoble, MG Form, *Soins aux migrants* (4/11/FF)
- Marseille, *Droits sociaux des ressortissants communautaires* (4/50/BD)
- Montreuil, CH A. Grégoire, *Etrangers malades* (1/10/OL)
- Montreuil, Comité d'aide médicale, *Protection maladie des communautaires* (1/9/DM/BD)
- Paris, ADDE, *Protection sociale* (1/25/DM)
- Paris, CNHI, *Exil et exilés en France* (1/40/AV)\*
- Paris, CRIDF, *Santé et accès aux soins* (1/75/AV)
- Paris, FTDA, *Psychotrauma et genre* (1/30/LF/IEI)
- Paris, FTDA, *Psychotrauma et genre* (1/15/LF)
- Paris, Cresif, *Approche géopolitique* (1/14/OL)\*
- Paris, Gisti, *Protection sociale des étrangers* (1/24/DM)\*
- Paris, Gisti, *Protection sociale des étrangers* (4/20/DM)\*
- Paris, Gisti, *Protection sociale des étrangers* (1/24/DM)\*
- Paris, Gisti, *Protection sociale des étrangers* (1/24/DM)\*
- Paris, ISM, *Rôle et place de l'interprète* (1/12/IEI)
- Paris, ISM, *Enjeux psychologiques de l'interprétariat* (1/15/IEI)
- Paris, ISM, *Diabète et migrants* (2/17/OL)
- St-Denis 93, H. Delafontaine, *Droits sociaux des ressortissants communautaires* (1/20/BD)
- Versailles, *Santé et accès aux soins des exilés*, (1/25/AV/PR)

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





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 dûs 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 2009, les activités du Comede ont été soutenues par des donateurs privés et 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  
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



### 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 dûs 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.

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



La Fondation Marc / Fondation de France



Le Conseil général du Val-de-Marne



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

