

La Santé des

exilés

RAPPORT
D'ACTIVITÉ ET
D'OBSERVATION
2010

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 21
Accès aux soins et protection maladie 29
Droit de la santé et expertise médico-juridique 37

Collectifs associatifs 46

ACTIVITE

Le Centre de santé à Bicêtre 47
L'Espace santé droit à Aubervilliers 53
Groupe d'échange avec les femmes 56
Le Centre-ressources du Comede 57
Gestion, finances et perspectives 63

ANNEXES

Patients 67
Consultations 69
Prévention 70
Information 71
Formation 72

Tableaux et figures

8. La demande d'asile en France et dans les pays industrialisés
13. Populations d'étrangers et immigrés résidant en France
14. Population de 18 à 50 ans résidant en France métropolitaine selon le lien à la migration
15. Mode d'orientation vers le Comede et usagers du Centre-ressources
16. Lieu de résidence des patients et usagers
16. Répartition des patients par classe d'âge
17. Les 25 principales nationalités des exilés accueillis au Comede en 2010
17. Consultants du Centre de santé et de l'Espace Santé Droit
22. Antécédents de violence et de torture parmi les 20 principales nationalités
22. Bilan de santé proposé au Comede
24, 25. Taux de prévalence observés au Comede par sexe, par région et par pays d'origine
27. Taux de prévalence par classe d'âge
30. Etat des droits des patients du Centre de santé du Comede
32. Typologie des obstacles à l'accès aux soins pour les patients du Comede en 2010
36. Effectifs des bénéficiaires de l'Aide médicale Etat fin 2010
37. Evolution du taux de reconnaissance du statut de réfugié en France et du taux de délivrance de certificat médical au Comede
41. Des données publiques erratiques sur l'application du droit au séjour pour raison médicale en France
42, 43, 44. Droit au séjour pour raison médicale, évolution des taux d'accord
58. Livrets bilingues commandés en 2010
59. Diffusion du Livret de santé bilingue par langue et par région
60. Diffusion du Guide Comede sur les 7 dernières années

Principaux indicateurs d'activité du Comede en 2010

RECHERCHE, INFORMATION ET FORMATION (CENTRE-RESSOURCES)

53 659 utilisateurs du Guide Comede et 4 607 lecteurs de Maux d'exil

- 3 747 appels traités par les permanences téléphoniques de Bicêtre et Aubervilliers
- 20 publications spécialisées, 18 interventions publiques, et 135 073 Livrets bilingues diffusés
- 67 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
- 1 816 patients à suivre pour affection grave
- 238 consultations d'éducation thérapeutique

PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE

- 7 786 consultations médicales et infirmières gratuites
- 3 931 délivrances gratuites de médicaments
- 1 786 demandes de protection maladie

CENTRE D'EXPERTISE EN DROIT DE LA SANTE

- 787 certificats médicaux pour la demande d'asile
- 153 dossiers de séjour pour raison médicale
- 28 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 4 245 patients de 92 nationalités

- Accueil de 2 930 nouveaux patients
- 5 957 consultations médicales
- 4 153 consultations infirmières et de santé publique
- 1 356 consultations socio-juridiques
- 1 229 consultations psychologiques
- 2 270 consultations avec interprète

Le Comede

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION en mai 2011

- **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 Brixi (Médecin de Santé publique), Jean-Yves Fatras (Président d'honneur, Médecin de Santé publique), Estelle d'Halluin (Sociologue), Anne Léger (Médecin praticien), et José Polo Devoto (Médecin praticien).

L'EQUIPE PROFESSIONNELLE en mai 2011

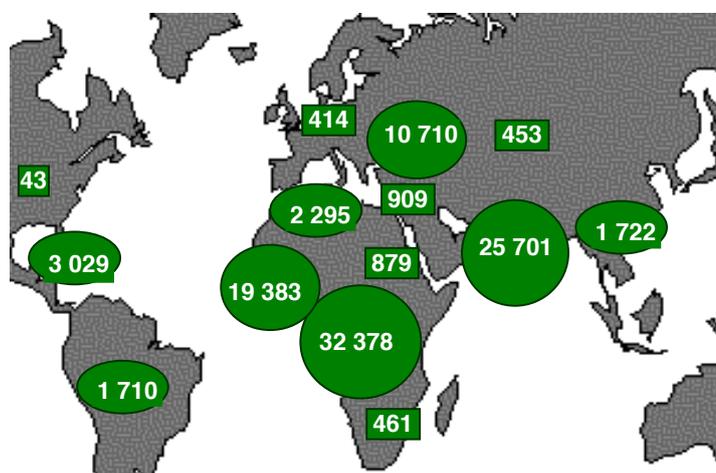
- **Directeur général** : Arnaud Veisse
- **Directeur opérationnel, médecin coordinateur** : Pascal Revault
- **Directrice administrative, financière et des ressources humaines** : Eve Plenel
- **Responsable financière et administrative** : Catherine Jollet
- **Assistante de direction** : Claire Katembwe
- **Responsable du Service social et juridique** : Didier Maille
- **Responsable adjoint du Service social et juridique, référent Espace santé droit** : Benjamin Demagny
- **Médecins référents** : Françoise Fleury, Bénédicte Gaudillière, Olivier Lefebvre, Marie Petrucci, Julien Sallé, Khalda Vescovacci
- **Psychologue référente** : Laure Wolmark
- **Cadre infirmier** : Guy Delbecchi
- **Professionnels** : Aline Adu (*Technicien d'accueil*), Rose Adu (*Personnel d'entretien*), Anne-Marie Chemali (*Technicienne d'accueil*), Assane Aw (*Technicien d'accueil*), Carole Chazoule (*Personnel administratif*), Karine Crochet (*Assistante sociale*), Isabelle Erangah-Ipendo (*Psychologue*), Guy de Gontaut (*Technicien d'accueil*), Marie-Madeleine Gutle (*Pharmacienne*), 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*), et les collègues bénévoles de l'**Espace santé droit** : Marie-Ange d'Adler, Sixte Blanchy, François David, Geneviève Domenach-Chich, Caroline Izambert, Geneviève Jacques, Claudie Jalin, Michèle Teule-Espié, Jean-Michel Tissier, Marie-France Wullemier.

Depuis sa création en 1979, le Comede travaille à la promotion de la santé des exilés. En 31 ans, l'accueil et la prise en charge médico-psychosociale de plus 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 (Centres-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 32 ans, dans un contexte économique difficile, la crise de l'hospitalité à l'égard des exilés a entraîné une succession de réforme du droit d'asile et du droit au séjour des étrangers conduisant à précariser toujours davantage leur statut administratif en France.

Les demandeurs d'asile basculent dans la plus grande précarité en 1991, lors de la suppression de l'autorisation de travail par une circulaire gouvernementale. Depuis lors, les effets psychosociaux délétères de l'exclusion se conjuguent à ceux de l'exil et des persécutions. Face à l'exclusion des soins, le Comede a d'abord accru ses activités d'accueil et de soins gratuits : l'écoute, les soins médicaux, infirmiers, psychologiques et sociaux, permettent de soulager les maux des exilés dans les périodes les plus difficiles. Avec la réforme de l'aide médicale de 1992, le Comede a développé des activités d'expertise et d'intervention en matière d'accès aux soins et à la protection maladie, pour favoriser la continuité des soins et le libre choix de

Nationalité des patients du Comede (1979-2010)



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, de l'Aide médicale Etat résiduelle en 2003 et en 2010, alors que le droit au séjour pour raison médicale a été restreint par le gouvernement et le Parlement en 2011. 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 39 32

■ MAUX D'EXIL, 4 NUMEROS PAR AN

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

■ GUIDE COMEDE ET LIVRETS BILINGUES EN 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

■ 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 63 11

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 avec interprète, 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 mardi, mercredi et 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
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
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
MARS	Médecin de l'Agence régionale de 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
- Groupe vulnérable : groupe au sein duquel la fréquence d'un problème de santé est plus élevée
- 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

S'agissant des régions de résidence des exilés et d'exercice des professionnels usagers du Centre-ressources du Comede, nous utilisons la classification en 9 régions proposée par l'Ined et l'Insee (voir page 14) : Ile-de-France, Centre-Nord (*Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Picardie, Basse-Normandie et Haute-Normandie*), Nord-Pas-de-Calais, Alsace-Lorraine-Franche-Comté, Nord-Ouest (*Bretagne, Pays de la Loire et Poitou-Charentes*), Sud-Ouest (*Aquitaine, Limousin et Midi-Pyrénées*), Rhône-Alpes-Auvergne, Paca-Languedoc-Roussillon, et Outre-Mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et Réunion).

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 2010

L'année 2010 aura été marquée par de nouvelles restrictions à l'encontre des étrangers, tout particulièrement les personnes exilées en situation de grande vulnérabilité. Le projet de loi sur l'Immigration contient de nombreuses **atteintes aux droits humains fondamentaux**, notamment à l'encontre des étrangers malades. En dépit des mises en garde unanimes des acteurs de la santé (médecins, sociétés savantes, associations notamment regroupées au sein de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers), le gouvernement s'est attaqué aux deux piliers du droit de la santé des étrangers, avec les réformes de l'Aide médicale (loi de finances) et du droit au séjour pour raison médicale (loi sur l'Immigration), dont les effets se feront sentir tout au long de l'année 2011. ces réformes surviennent dans un contexte d'amplification de la **crise du droit d'asile**. En dépit d'un contexte international conduisant de nombreuses personnes vers l'exil (Haïti, Tunisie, Libye...), le nombre de personnes accueillies en France au titre de la convention de Genève a baissé en 2010 (voir page suivante).

En outre, les conditions d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile se sont encore aggravées. En juin 2011, la coordination française pour le droit d'asile (CFDA) « *lance un nouveau cri d'alarme face à la crise majeure que connaît le dispositif d'accueil des demandeurs d'asile. Que cela soit à Beauvais, à Bordeaux, à Calais, à Dijon, à Grenoble, à Nantes, à Rennes, à ou en Ile-de-France, dans toutes les préfectures, compétentes pour l'admission à la procédure d'asile, il y a un même constat : des demandeurs d'asile, hommes, femmes et enfants, sont à la rue sans espoir de pouvoir accéder au dispositif des centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA). Cette situation perdure et empire, en dépit des obligations de la France de leur garantir des conditions d'accueil décentes, ainsi qu'ont pu le rappeler depuis deux ans les condamnations répétées des préfets qui ne prennent pas les mesures nécessaires à leur mise à l'abri. Le non-*

hébergement peut entraîner des problèmes de santé et être une cause de ruptures de soins ».

Migrants/étrangers en situation précaire, les exilés comptent parmi les principales victimes des **inégalités sociales de santé** en France. Leur état de santé est affecté par de multiples facteurs de vulnérabilité : expériences de l'exil et de la violence, exclusion et discriminations, difficultés de communication pour les personnes non francophones. 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.

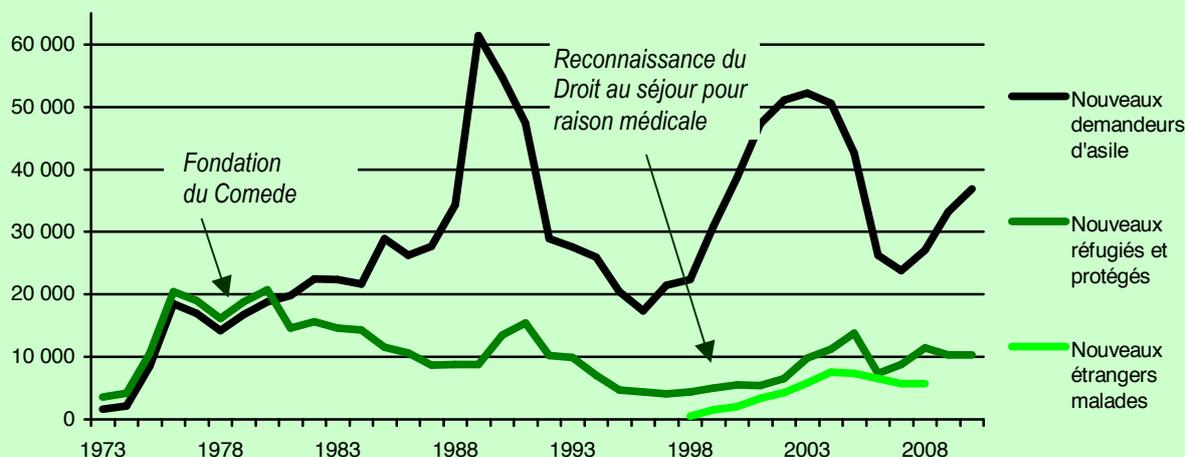
CONTROLE DE L'IMMIGRATION, CONTROLE SOCIAL

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. Cette politique s'accompagne notamment d'une fragilisation des moyens et du rôle des associations de soutien aux migrants, de pressions sur les médecins, et de restrictions des pouvoirs des juges face aux pratiques de l'Administration. Quand l'**enfermement des étrangers** devient

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 39)



En 2010, l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) a enregistré 52 762 demandes d'asile, incluant les réexamens (4 688) et les mineurs accompagnants (11 143). Les premières demandes d'asile (36 931) sont en augmentation de 11%. Les demandeurs d'asile résident principalement en région Ile-de-France (44% de la demande globale), Rhône-Alpes (10%), DOM-COM (7%), PACA, Pays-de-la-Loire 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 le Kosovo, le Bangladesh, le Congo RD, la Russie/Tchéchénie, le Sri Lanka, la Chine, la Guinée Conakry, Haïti, l'Arménie et la Turquie.

Le taux global d'admission (incluant les décisions de la Cour nationale du droit d'asile) est de 27,5% en 2010, alors que le taux d'accord en première instance (décisions Ofpra) est de 13,5%. Ainsi, plus de la moitié de la protection effective des réfugiés relève des recours auprès de la CNDA. Au total, 10 340 nouvelles personnes ont été placées sous la protection de l'Ofpra en 2010, dont 2 035 au titre de la protection subsidiaire (20%). Les taux d'accord Ofpra les plus élevés en 2010 concernent le Mali (75%, principalement liés à la problématique de l'excision), l'Irak (74%), l'Iran (70%) et la Somalie (69%). Les déboutés les plus nombreux ont été les Turcs, Haïtiens et Congolais RD.

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

Le nombre de demandeurs d'asile dans les pays riches a baissé en 2010, 358.800 personnes ayant déposé une demande, soit 5% de moins qu'en 2008 et 2009 et plus de 40% de moins qu'il y a dix ans. Selon Antonio Guterres, Haut commissaire de l'ONU pour les réfugiés, « *La dynamique globale de l'asile est en train de changer. Le nombre de demandes d'asile dans les pays industrialisés est beaucoup plus bas qu'il y a dix ans tandis que les niveaux augmentent d'une année sur l'autre dans un tout petit nombre de pays. Nous devons étudier les causes profondes pour déterminer si ce déclin est dû à la diminution des facteurs de départ dans les régions d'origine ou aux contrôles migratoires plus stricts dans les pays d'asile* ».

Le nombre de demandes d'asile a accusé une baisse de 33% en 2010 dans huit pays riverains de la Méditerranée : Albanie, Chypre, Grèce, Italie, Malte, Portugal, Espagne et Turquie. Les demandes ont accusé une baisse de 94% à Malte, 53% en Italie, 36% en Grèce, des pays qui ont mis en vigueur ces dernières années des mesures pour juguler l'afflux par la mer d'immigrants en provenance d'Afrique et du Proche-Orient. Parallèlement, les demandes ont augmenté en Allemagne (49%), en Suède (32%), au Danemark (30%). L'Australie et la Nouvelle-Zélande ont fait face à une augmentation de 31%, soit un total de 8 600 demandes pour ces deux pays.

Les Etats-Unis restent la destination la plus convoitée, avec 55 500 demandeurs d'asile en 2010, dont un tiers en provenance de Chine, soit 6 500 de plus que l'année précédente. Les Mexicains viennent en deuxième position après les Chinois. La France figure à la deuxième place avec 47 800 demandeurs d'asile, soit une augmentation de 13%. Les demandeurs viennent principalement de Géorgie, du Bangladesh et d'Haïti. L'Allemagne est en troisième position, avec 41.300 candidats, principalement en provenance des Balkans.

une pièce centrale de la politique des Etats, 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. 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.

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 en termes de rejets. Les restrictions d'application du droit d'asile se sont poursuivies, à la fois sur le plan des procédures et conditions réservées aux demandeurs, et sur celui de l'attribution du statut de réfugié (27,5% d'accord en 2010, 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, voir page ci-contre). Le droit au séjour des étrangers malades a également connu de fortes restrictions d'application. Les obstacles pour l'accès à la procédure et les refus administratifs - sanctionnés dans plus de la moitié des cas par les juridictions compétentes - se sont multipliés (voir page 41). En matière **d'accès aux soins**, les obstacles sont restés très importants en 2010, et vont s'aggraver dans les mois à venir suite à la nouvelle réforme de l'Aide médicale Etat.

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. Les obstacles de la société « d'accueil » viennent souvent amplifier le vécu complexe et la souffrance liés à l'exil. 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 46). 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 46).

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 plus d'un million de personnes (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, personnes âgées et personnes originaires d'Afrique Sub-Saharienne en particulier. 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 23). Sous-dépistés dans la pratique par de nombreux dispositifs de soins, les personnes concernées devront attendre les

Les discriminations dans l'enquête TeO

Trajectoire et Origines (TeO) : Enquête sur la diversité des populations de France, Ined, Insee, (voir page 14).

Plusieurs dimensions sont associées à l'expérience directe des discriminations rapportée par les enquêtés : il s'agit tout d'abord des opinions sur l'existence de discriminations : celles liées au genre sont de fait moins reconnues que celles liées à l'origine ou à la couleur de peau. L'importance accordée aux différents motifs de discrimination varie également lorsque l'on se place du point de vue de l'expérience des personnes discriminées. Là encore, l'origine et la couleur de peau sont les principales raisons invoquées, avant le sexe, l'âge ou la religion. Mais l'expérience des discriminations se construit d'abord par l'exposition aux préjugés et aux stéréotypes. La référence aux origines dans les interactions et relations quotidiennes contribue au sentiment d'une évocation péjorative de l'altérité. Celle-ci est fréquemment rapportée par les immigrés et les descendants d'immigrés, les plus exposés étant les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud-Est. À un degré plus élevé vient l'expérience du racisme. Comme pour les discriminations, ce sont les descendants d'immigrés plutôt que les immigrés qui signalent le plus souvent des expériences de racisme. La couleur de peau joue dans le racisme un rôle déterminant : les descendants d'immigrés d'Afrique sahélienne ou de natifs d'un DOM en sont les principales victimes.

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 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 (voir encadré ci-contre). 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 dans le discours public entre le droit au séjour pour raison médicale et une « immigration thérapeutique » qui reste exceptionnelle a entraîné la restriction du droit au séjour après celle du droit d'asile. 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, Médecins inspecteurs de santé publique (MISP) et Médecins des Agences régionales de santé (MARS), au delà des associations et services sociaux qui aident aux démarches administratives.

Au Comede en 2010, les questions relatives au droit au séjour des étrangers malades 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 46). En 2010, 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. Surtout, la réforme du droit au séjour des étrangers malades fait courir le risque de pressions accrues sur les MARS restant en charge d'une évaluation médicale qui reste déterminante pour l'application effective du droit.

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), ainsi qu'aux restrictions d'accès à l'Aide médicale Etat votées en lois de finances 2002, 2003 et 2010, 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 29). En 2010, 61% 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. Mais l'ouverture de droits ne garantit pas l'accès aux soins, les refus de soins restant fréquents à l'encontre des bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. En outre, certaines carences des dispositifs publics contraignent 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**. 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 **4 245 exilés de 92 nationalités** au Centre de santé (Bicêtre, voir page 47) et à l'Espace Santé Droit (Aubervilliers, en partenariat avec la Cimade, voir page 53). Salariés ou bénévoles, les professionnels du Comede ont délivré 12 695 consultations médicales, infirmières, sociales et psychologiques, dont 45% ont été effectuées en langue étrangère. Près de la moitié des consultations du Comede requièrent une expertise administrative et juridique, dans le domaine de l'asile et/ou du droit de la santé des étrangers. La plupart des consultations du Comede sont désormais destinées à des « Patients à suivre », atteints de maladie ou de trouble psychique 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.

Les professionnels du Comede sont confrontés dans leur pratique quotidienne à des situations administratives et sociales de plus en plus complexes pour les exilés, en particulier dans le domaine de l'hébergement et du soutien à la vie quotidienne, incluant l'alimentation dans un contexte de grande précarité. 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 57) 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. L'Inpes a diffusé 135 073 nouveaux Livrets de santé bilingue en 24 langues, dans le cadre d'une coédition avec le Comede et la Direction générale de la santé. Le Centre-ressources a également traité 3 747 appels dans le cadre des permanences téléphoniques, et réalisé 20 publications, dont les dossiers trimestriels de Maux d'exil (5 000 lecteurs). Les activités de formation et d'enseignement menées par le Comede ont augmenté de 45% en 2010, avec 67 séances effectuées. Les actions de recherche et de plaidoyer ont été poursuivies, notamment en faveur de la santé et de l'accès aux droits des femmes victimes de doubles violences grâce au soutien de l'Agence régionale de la Santé, du Ministère de la Justice et de la Délégation régionale des droits des femmes et de l'égalité.

Les **financements** du Comede proviennent principalement de subventions nationales (39% des produits en 2010 émanant de la DGS, de l'Inpes, du Service de l'asile, de l'Acisé, et du ministère de la Justice), de subventions régionales (20%, ARS IDF, Conseil régional IDF, CPAM 94, Acisé IDF, Ville de Paris, DRDFE, et Conseil général 94), de subventions transnationales (24%, FER, ONU) et d'aides privées (5%, Sidaction, Fondation Leem / Fondation de France), alors que les ressources propres constituent 13% des produits (voir Finances page 63). 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 67 et 68)

Les exilés (voir définitions ci-contre) constituent une population très hétérogène et difficile à caractériser, en raison notamment 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 2009, le Comité interministériel de contrôle de l'immigration (Cici) comptait 601 676 ressortissants de « pays-tiers » titulaires d'un titre de séjour précaire (74% titres \leq 1 an, et 26% documents provisoires, incluant les demandeurs d'asile), et l'Ofpra 160 500 personnes protégées fin 2010. Mais l'impact de la migration dépasse

Définitions

- **Demandeur d'asile** : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.
- **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.
- **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.
- **Migrant** : personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Les migrants nés hors de France sont des **immigrants**, qu'ils soient français de naissance ou immigrés.
- **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 CNDA (Cour nationale du droit d'asile).
- **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.

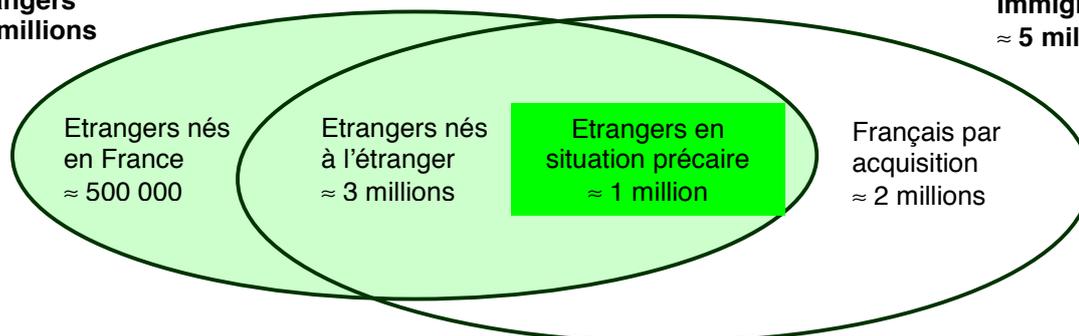
Populations d'étrangers et immigrés résidant en France

Sources : Rapport DPM 2006, Insee 2006, Cici 2009

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

Etrangers
3,5 millions

Immigrés
≈ 5 millions



Trajectoire et Origines (TeO) :
Enquête sur la diversité des populations de France,
Ined, Insee, premiers résultats, 2010.

Cette enquête vise à appréhender dans quelle mesure les origines migratoires (géographiques ou nationales) sont susceptibles de modifier les conditions et chances d'accès aux biens, services et droits qui fixent la place de chacun dans la société. Elle a été réalisée entre septembre 2008 et février 2009 en France métropolitaine sur un échantillon de 21 000 personnes. L'expérience de la migration n'est pas spécifique aux immigrés et aux descendants d'immigrés, et de nombreux Français ont également migré au cours de leur vie ou sont issus de familles ayant connu des migrations anciennes.

Population de 18 à 50 ans résidant en France métropolitaine selon le lien à la migration

	Total	% Femmes
Sans ascendance migratoire (descendants de métropolitains)	70%	50%
Immigrés	10%	53%
Descendants de deux parents immigrés	6%	50%
Descendants d'un parent immigré	6%	48%
Descendants de rapatriés	3%	47%
Descendants d'autres Français nés hors métropole	2%	53%
Autres Français nés hors métropole	1%	56%
Natifs d'un DOM	1%	52%
Descendants de parent/s natif/s d'un DOM	1%	50%

La population majoritaire sans ascendance migratoire représente un peu moins de 70% de la population, les immigrés comptent pour 10%, les descendants d'au moins un parent immigré 12%, et les descendants de rapatriés et autres Français nés hors métropole 5%. Amorcée dans les années 1970, la féminisation des flux d'immigration s'est poursuivie tout au long des années 1990. Un peu plus de 4 immigrés sur 10 habitent en région Ile-de-France, soit deux fois plus que la population majoritaire. Cette proportion atteint 6 sur 10 pour les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne. Les autres principales régions de résidence sont PACA-Languedoc-Roussillon (13%), Rhône-Alpes-Auvergne (12%), Centre-Nord (10% dans l'ensemble des régions autour de l'Ile-de-France), et Alsace Lorraine Franche-Comté 8%.

Vingt-et-un pour cent de la population âgée de 18 à 60 ans vivant en France métropolitaine ont vécu au moins un an hors de l'hexagone. Parmi eux, 50% sont des immigrés, 4% sont des rapatriés (nés Français dans les ex-colonies) et 9% d'autres personnes nées hors de métropole. Ces dernières sont de nationalité française de naissance et sont, dans leur très grande majorité, nées à l'étranger (descendants d'expatriés par exemple). Mais les migrants sont aussi dans 33% des cas des personnes nées en France métropolitaine.

largement le seul cas des immigrés et des étrangers, et concerne plus de 30% de la population (voir ci-contre). Les exilés les plus vulnérables se situent dans une population de l'ordre d'un million de personnes : 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 2010, le Comede a accueilli 4 245 personnes (3 873 au Centre de santé et 372 à l'Espace santé droit), dont 69% sont des nouveaux consultants. S'agissant du Centre-ressources, les 3 747 appels traités dans le cadre des permanences téléphoniques ont notamment concerné 3 490 personnes dont 2 912 n'étaient pas consultants au Comede, ce qui permet d'estimer le total des exilés directement soutenus par le Comede à plus de 7 000 dans l'année.

Pour la moitié des nouveaux patients, **l'orientation** vers le Comede est due à des relations personnelles (52%, 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 (23%, dont France Terre d'Asile 6% et Cimade 4%), les services de l'Etat (12%, dont Cada 3%), les avocats (7%) et les services de santé (5%). Ces « deuxièmes 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 (55%), celle sur l'Espace santé droit plus souvent d'associations (46%), de services de l'Etat (15%) et de services de santé (14%). Enfin, on observe dans le cadre des permanences téléphoniques une proportion plus importante d'exilés soutenus par un service de santé (20%) qu'au sein des consultations.

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

<i>Détail donné seulement pour les occurrences ≥1%</i>	Tous patients	Centre de santé	Espace santé droit	Perm. Téléphon.	Abonnés Maux d'exil
Associations de soutien	23%	22%	46%	18%	20%
Aftam	1%	2%	<1%	<1%	<1%
Aides	<1%	<1%	<1%	<1%	1%
Cafda	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
Cimade	4%	2%	27%	7%	3%
Comede (CDS/ESD)	<1%	<1%	1%	<1%	<1%
Dom'asile	2%	2%	<1%	<1%	<1%
France terre d'asile	6%	6%	<1%	1%	1%
Médecins du monde	1%	1%	1%	<1%	1%
Secours catholique/Cedre	1%	1%	<1%	<1%	1%
Avocats et CRR/CNDA	7%	7%	4%	3%	3%
Collectifs	<1%	<1%	1%	<1%	2%
Recherche et formation	<1%	<1%	2%	<1%	4%
Médias	<1%	<1%	<1%	<1%	2%
Universités et laboratoires	<1%	<1%	<1%	<1%	2%
Particuliers	52%	55%	18%	49%	8%
Exilé ou proche	47%	51%	14%	29%	-
Famille	3%	3%	3%	11%	-
Comede (patient/membre)	1%	1%	<1%	9%	8%
Site internet	<1%	<1%	1%	<1%	-
Services de l'Etat	12%	12%	15%	9%	25%
ASE	1%	1%	<1%	<1%	<1%
AS Ville	3%	3%	10%	5%	1%
Cada	3%	3%	<1%	2%	4%
Centre de rétention CRA	<1%	<1%	<1%	1%	<1%
DDASS/MISP	<1%	<1%	<1%	<1%	10%
Mairie, CCAS	<1%	<1%	3%	<1%	1%
Ofii	<1%	1%	<1%	<1%	1%
Ofpra	2%	1%	<1%	<1%	<1%
Préfecture	1%	1%	<1%	<1%	<1%
Sécurité sociale	<1%	<1%	<1%	1%	1%
Services de santé	5%	4%	14%	20%	38%
Centres de prévention	<1%	<1%	<1%	<1%	3%
CRES/CODES	<1%	<1%	<1%	<1%	1%
CMP	<1%	<1%	<1%	1%	<1%
Hôpital AS	1%	<1%	7%	12%	1%
Hôpital Médecin	1%	1%	2%	2%	1%
Médecin Ville	2%	2%	3%	1%	6%

En 2010, les patients du Centre de santé résidaient très majoritairement en région Ile-de-France, dont 27% à Paris, 24% en Seine-Saint-Denis, et 20% dans le Val-de-Marne. 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 souvent résidents dans le Val-de-Marne (17%) et hors Ile-de-France (14%), ceux de l'Espace santé droit sont plus souvent résidents en Seine-Saint-Denis (40%).

LES EXILES SOIGNES ET SOUTENUS PAR LE COMEDE

Accueillis en 2010 à Bicêtre et/ou à Aubervilliers, les 4 245 consultants du Comede sont originaires de 92 pays, principalement de 9 régions :

- ❶ Asie du Sud (1 371, dont 649 Sri-Lankais [Tamouls] et 613 Bangladais) ;
- ❷ Afrique de l'Ouest (1 183 patients, dont 375 Guinéens, 212 Mauritaniens, 199 Maliens, et 156 Ivoiriens) ;
- ❸ Afrique centrale (838, dont 539 Congolais/RD et 128 Congolais) ;
- ❹ Europe de l'Est (338, dont 126 Turcs [Kurdes]) et 86 Russes/Tchéchènes ;
- ❺ Afrique du Nord (206, dont 146 Algériens) ;
- ❻ Afrique de l'Est (96, dont 58 Soudanais) ;
- ❼ Caraïbes (49, Haïtiens) ;
- ❽ Asie centrale (42, dont 32 Afghans) ;
- ❾ Afrique Australe (38, dont 20 Malgaches).

Dans un contexte de diminution de la file active globale (-5%), on observe la forte augmentation de certaines nationalités par rapport à 2009 : Soudan (+49%), Angola (+19%) et Guinée Conakry (+15%). Les diminutions les plus notables concernent les Camerounais (-41%), Haïtiens (-40%), Maliens (-35%), Algériens (-23%), Sénégalais (-16%) et Congolais (-12%). Sur les 7 dernières années, le Comede a accueilli plus de 4 000 Sri-Lankais, plus de 3 000 Congolais/Zairois, plus de 2 000 Bangladais, plus de 1 000 Maliens, Guinéens, Turcs, Mauritaniens et Ivoiriens. Les hommes sont plus nombreux

Lieu de résidence des patients et usagers

Régions et Départements >1%	Centre de santé	P.Tél. Bicêtre	P. Tél. Auber.
Ile-de-France	99%	86%	95%
75-Paris	27%	31%	32%
77-Seine-et-Marne	4%	5%	2%
78-Yvelines	2%	2%	2%
91-Essonnes	7%	5%	3%
92-Hauts-de-Seine	7%	6%	5%
93-Seine-Saint-Denis	24%	15%	40%
94-Val-de-Marne	20%	17%	7%
95-Val d'Oise	9%	4%	6%
Centre-Nord	1%	4%	2%
Haute-Normandie	<1%	1%	<1%
Centre	<1%	2%	1%
Picardie	1%	<1%	1%
Nord-Pas-de-Calais	<1%	1%	<1%
Alsace-Lorraine-Fr.C.	<1%	1%	<1%
Nord-Ouest	<1%	2%	1%
Pays-de-la-Loire	<1%	1%	<1%
Poitou-Charentes	<1%	1%	<1%
Sud-Ouest	<1%	3%	1%
Aquitaine	<1%	1%	<1%
Midi-Pyrénées	<1%	2%	<1%
Rhône-Alpes-Auverg.	<1%	2%	1%
PACA-Languedoc-R.	<1%	2%	<1%
DOM	<1%	<1%	<1%
Etranger	-	1%	<1%

Répartition des patients par classe d'âge

	Comede FA 2010	France (Insee 2008)
< 15 ans	2%	18%
15 à 19 ans	1%	6%
20 à 24 ans	9%	6%
25 à 29 ans	22%	6%
30 à 34 ans	21%	6%
35 à 39 ans	16%	7%
40 à 44 ans	11%	7%
45 à 49 ans	7%	7%
50 à 54 ans	5%	7%
55 à 59 ans	2%	7%
60 à 64 ans	2%	5%
65 à 69 ans	1%	4%
70 à 74 ans	<1%	4%
> 75 ans	<1%	7%
Total	4 245	63 960 000

(73%) que les femmes. Les consultants du Comede sont jeunes (âge médian 33 ans mi-2010), et récemment arrivés en France

Les 25 principales nationalités des exilés accueillis au Comede en 2010

Nationalité	n	Age	Femmes
Sri Lanka	649	32 ans	15%
Bangladesh	613	31 ans	5%
Congo RD	544	34 ans	51%
Guinée Conakry	375	28 ans	32%
Mauritanie	212	33 ans	12%
Mali	199	36 ans	28%
Côte d'Ivoire	156	34 ans	38%
Algérie	146	40 ans	28%
Congo	128	34 ans	45%
Turquie	126	33 ans	16%
Russie/Tchéch./Ing.	119	37 ans	38%
Pakistan	86	34 ans	3%
Sénégal	72	38 ans	28%
Nigeria	70	32 ans	31%
Cameroun	69	44 ans	57%
Angola	64	35 ans	41%
Soudan	58	27 ans	5%
Haïti	49	42 ans	55%
Maroc	41	37 ans	39%
Togo	35	39 ans	34%
Arménie	34	41 ans	56%
Afghanistan	32	27 ans	0%
Inde	23	36 ans	4%
Madagascar	20	46 ans	70%
Tunisie	18	38 ans	17%

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

Caractéristiques Des consultants	Centre de santé	Espace santé Droit
File active	3 873	372
Femmes	26%	36%
Age médian	32 ans	40 ans
Résidence en France	1,1 an	5,9 ans
Afrique australe	1%	3%
Afrique centrale	20%	16%
Cameroun	1%	6%
Congo RD	14%	5%
Afrique de l'Est	2%	<1%
Afrique du Nord	3%	26%
Algérie	2%	17%
Maroc	1%	6%
Afrique de l'Ouest	27%	38%
Côte d'Ivoire	3%	8%
Guinée Conakry	9%	2%
Mali	4%	16%
Asie du Sud	35%	4%
Bangladesh	16%	1%
Sri Lanka	17%	1%
Caraïbes	1%	4%
Europe de l'Est	8%	4%

(médiane 1,2 an). Les femmes sont relativement plus nombreuses parmi les exilés originaires d'Afrique australe (63%), des Caraïbes (55%) et d'Afrique centrale (49%). Les exilés originaires d'Afrique de l'Est sont les plus jeunes (27 ans), ceux des Caraïbes les plus âgés (42 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 des Caraïbes plus tard que les autres ($p < 0,001$). Enfin, la proportion d'anciens patients suivis en 2010 est plus importante parmi les ressortissants des Caraïbes (41%), d'Afrique de l'Ouest (39%) et d'Afrique centrale (36%), notamment dans le 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 (3 490 situations documentées sur ce plan, voir Centre-ressources page 60) sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (31%, Mali, Côte d'Ivoire, Sénégal, Guinée Conakry), d'Afrique du Nord (24%, Algérie, Maroc), d'Afrique centrale (21%, Congo RD, Cameroun, Congo), d'Europe de l'Est (7%) et d'Asie du Sud (5%). L'âge médian est de 36 ans. Les proportions de femmes (42%), de personnes âgées de plus de 60 ans (9%), et de mineurs (9%) 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 21)

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. Principalement originaires d'Afrique centrale (36%, dont Congo RD 24% et Congo 5%), d'Afrique de l'Ouest (29%, dont Guinée 11%, Côte d'Ivoire 5% et Mali 5%), d'Asie du Sud (11%, dont Sri Lanka 8%), d'Europe de l'Est (9%), et d'Afrique du Nord (5%), elles souffrent 4 fois plus souvent que les hommes d'infection à VIH et 2 fois plus souvent de psycho-traumatisme, de maladies cardio-vasculaires et d'hépatite C ($p < 0,001$), 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 Comede dans le cadre du Groupe d'échange avec les femmes (page 56).

Le Comede a accueilli 91 **enfants mineurs**, dont 48 mineurs étrangers isolés adressés par les services de l'Aide sociale à l'enfance - en particulier du Val-de-Marne - ou certaines associations spécialisées. Majoritairement des garçons (63%), récemment arrivés en France (médiane 7 mois), ils sont originaires de 27 pays (principalement Mali, Guinée Conakry et

Des groupes à risque aux situations de vulnérabilité

La multiplication et la complexification des situations de précarité administrative et sociale des exilés reçus au Comede (voir ci-dessous catégories administratives vulnérables) ont débouché sur la caractérisation de critères de vulnérabilité, qui font référence aux inégalités sociales de santé et concernant tout particulièrement une grande partie du public du Comede. Ces critères sont appréciés de façon systématique par l'équipe pluridisciplinaire.

Au centre de santé, ils sont caractérisés - ainsi que leur évolution - dans le dossier médical et facilitent l'adaptation des soins et du suivi. La caractérisation de ces situations de vulnérabilité a également l'avantage de dépasser les représentations de « groupes à risque », qui peuvent ne pas correspondre à une situation précise, individuelle, et ont également le désavantage d'entretenir des représentations sociales qui figent un statut social, parfois stigmatisant, sans aborder la question des déterminants sociaux de la santé, et donc des actions susceptibles de transformer les situations caractérisées en lien avec le droit des personnes.

Les principaux critères documentés sont la maîtrise de la langue (français ou anglais), l'existence d'un réseau social (isolement relationnel), un hébergement durable (sans abri ?), l'orientation dans l'espace géographique et la connaissance des dispositifs sanitaires et sociaux, une protection maladie et un droit au séjour, un revenu (par rapport au minima sociaux / seuil pour une CMU.C, une AME).

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.

Au Comede en 2010, les femmes représentent :

- 27% de la file active globale (1149 personnes) et 29% des consultations
- 26% de la file active du Centre de santé (1013) et 36% de la file active de l'Espace santé droit (136)
- 10% parmi les exilés d'Asie du Sud, 19% Afrique de l'Est, 29% Afrique de l'Ouest, 29% Afrique du Nord, 31% Europe de l'Est, 49% Afrique centrale, 55% Caraïbes
- 25% de la file active infirmière (818 personnes) et 26% des consultations
- 25% de la file active médicale (685) et 26% des consultations
- 34% de la file active socio-juridique (294) et 37% des consultations
- 41% de la file active psychologique (171) et 45% des consultations
- 33% des « Patients à suivre », et sur les 7 dernières années 34% des cas d'infections à VHC, 43% psychotraumatismes graves, 43% maladies cardiovasculaires, 60% infection à VIH
- 42% des personnes concernées par les appels téléphoniques (Centre-ressources).

Surmortalité maternelle parmi les femmes étrangères

Selon le rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) publié par l'Institut de veille sanitaire en janvier 2010, le taux de mortalité maternelle [décès d'une femme survenu au cours de la grossesse et jusqu'à 42 jours après l'accouchement] est de 8,7 pour 100 000 naissances vivantes entre 2004 et 2006. L'analyse des données épidémiologiques et de la qualité de la prise en charge médicale a permis de caractériser quelques faits marquants. La nationalité étrangère est associée à un sur-risque de mortalité maternelle, plus élevée pour les femmes d'Amérique latine, d'Asie et d'Océanie (25 pour 100 000), d'Afrique subsaharienne (19), que pour les Françaises (8), les autres Européennes (8,3) et les femmes d'Afrique du Nord (7,8). Une analyse spécifique a montré que le sur-risque de mortalité maternelle pour les femmes d'Afrique subsaharienne, par rapport aux Françaises, est lié à des causes obstétricales spécifiques, les complications de l'hypertension et les infections, et qu'il s'explique en partie par une plus grande fréquence de prise en charge médicale non optimale des femmes de ces groupes de population. Des disparités importantes et statistiquement significatives existent également entre les zones géographiques : par rapport aux autres régions de métropole, le ratio de mortalité maternelle est supérieur de 30% en Ile-de-France, et multiplié par 3 dans les régions d'Outre-mer. Face à ces inégalités de soins, les experts recommandent des politiques de prévention et des prises en charges plus adaptées pour certains sous-groupes de femmes.

Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001-2006. Institut de veille sanitaire, janvier 2010, 99 p. Disponible sur : www.invs.sante.fr

Congo/RD). Ils souffrent en particulier de psycho-traumatismes (taux 92 pour mille), d'infection chronique par le VHB (64) et de parasitoses (schistosomose 37, anguillulose 18). Les autres maladies graves sont rares.

Enfin, 193 patients **âgés de plus de 60 ans** ont été accueillis en 2010 (+25%). Majoritairement des femmes (57%), résidant en France depuis 1,8 ans (médiane), ces personnes sont principalement originaires du Congo RD, du Sri Lanka, d'Algérie et du Cameroun. Ils souffrent plus souvent que les autres de maladie cardiovasculaire, de diabète et d'infection chronique à VHC.

Ce sont les exilés originaires d'**Afrique** qui payent le plus lourd tribut à la maladie. Parmi ceux d'Afrique centrale, les psycho-traumatismes graves (182 pour mille), les maladies cardiovasculaires (101), l'infection à VHB (71), l'infection à VHC (34) et l'infection à VIH (26) sont particulièrement fréquents. Parmi ceux d'Afrique de l'Ouest, c'est notamment le cas de l'infection à VHB (151), des psycho-traumatismes (123), des schistosomoses (36) et de l'infection à VIH (16). Parmi ceux d'Afrique du Nord, c'est le cas du diabète (104) et des maladies cardiovasculaires (91). Et parmi ceux d'Afrique de l'Est, des psycho-traumatismes (151) et des schistosomes (26). Concernant enfin les exilés originaires des autres continents, on observe pour les Caraïbes des prévalences particulièrement élevées des psycho-traumatismes (111), du diabète (70) et de l'infection à VIH (13) ; pour l'Europe de l'Est des psycho-traumatismes (137), et des infections à VHC (32) ; et enfin pour l'Asie du Sud du diabète (55) et de l'anguillulose (27) ■



Epidémiologie, prévention et bilan de santé

(Indicateurs pages 69 et 70)

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.

Santé perçue chez les immigrés en France

Trajectoire et Origines (TeO) : Enquête sur la diversité des populations de France, Ined, Insee, (voir page 14)

À âge identique, les hommes immigrés ont une probabilité supérieure de 30% de déclarer un état de santé altéré comparés aux hommes de la population majoritaire. Pour les femmes immigrées, cette probabilité s'accroît de 80%. Être chômeur ou inactif, disposer de faibles revenus et d'un niveau d'études inférieur au baccalauréat apparaissent parmi les facteurs explicatifs les plus significatifs pour expliquer les différences de perception de santé entre immigrés et population majoritaire.

Si l'on prend en compte le pays d'origine, ce sont les immigrés de Turquie, du Maghreb et du Portugal qui se déclarent le plus souvent en mauvaise santé. À âge et caractéristiques socio-économiques identiques, les hommes et les femmes immigrés présents sur le territoire métropolitain depuis plus de trente ans se déclarent également en plus mauvaise santé ce qui est compatible avec l'hypothèse souvent émise de l'effet d'une dégradation de l'état de santé sur la terre d'accueil due à une situation sociale plus défavorable.

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%, définition OMS) dans leur pays d'origine, et plus d'un cinquième ont eu à subir la **torture** (22%, définition ONU). 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 29% des patients suivis en médecine (voir Expertise médico-juridique page 37). La plupart de ces certificats attestent de séquelles physiques sans gravité sur le plan physiologique, mais certains de ces demandeurs d'asile relèvent d'une chirurgie de réparation. Accueillis parmi l'ensemble des patients, les survivants de la torture relèvent souvent d'une prise en charge pluridisciplinaire, pour laquelle le Comede est soutenu par le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture (ONU).

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

Antécédents de violence et de torture parmi les 20 principales nationalités

Consultants en médecine, 2007-2010

Nationalité	Effectif	Violence	Torture
Sri Lanka	1 835	75%	51%
Togo	62	72%	41%
Guinée C.	732	68%	39%
Soudan	89	61%	34%
Turquie	402	60%	29%
Haïti	141	56%	5%
Congo	335	55%	35%
Mauritanie	441	55%	34%
Bangladesh	1 455	55%	8%
Russie/Tch.	265	51%	25%
Afghanistan	89	50%	17%
Congo RD	1 261	46%	30%
Côte d'Ivoire	339	43%	24%
Cameroun	197	37%	13%
Nigeria	162	33%	12%
Sierra Leone	60	33%	11%
Angola/Cab.	139	28%	15%
Pakistan	173	20%	4%
Inde	94	21%	15%
Algérie	192	1%	8%

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 37).

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 générales ainsi que dans le cadre d'une consultation spécialisée d'éducation pour la santé et des activités de vaccination (voir encadré page suivante). Les réunions d'information collective peuvent être précieuses à condition d'être adaptées à l'hétérogénéité du public, 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 58), 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 de l'Agence régionale de santé (ARS 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 bucco-dentaire est également recommandé. Au terme de ce bilan, 32% 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 2010, les 1 816 Patients à suivre représentent 43% de la File active du Comede et utilisent 50% des consultations. Cette situation, où un

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

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 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, d'asthme persistant et/ou d'infection virale chronique. 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, 238 consultations d'Education thérapeutique ont été effectuées, ainsi que 29 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

Activités de prévention spécialisées en 2010

● Education thérapeutique

- **238 consultations** ont été effectuées au Comede, notamment en bengali (15%), tamoul (9%) et anglais (5%). Les consultations en **langue étrangère** ont mobilisé un interprète professionnel dans 79% des cas, les autres ayant été conduites par les professionnelles du Comede.

- **129 patients** de 23 nationalités en ont bénéficié, soit en moyenne 1,8 consultations par patient. Majoritairement des hommes (67%), ils sont principalement originaires du Congo RD (20%), du Bangladesh (19%), du Sri Lanka (13%) et de Guinée Conakry (11%).

- Ces patients sont suivis pour **180 affections**, soit en moyenne 1,4 affection par patient (dont HTA et maladies cardio-vasculaires 35%, diabète 32%, psycho-traumatismes 13%, asthme 7%, infection à VHB (3%) et infection à VHC (3%).

● Centre de vaccination

Afin d'améliorer la couverture vaccinale des exilés accueillis au Centre de santé, en particulier les jeunes adultes et les populations les plus vulnérables, le Comede a mis en place un Centre de vaccination en octobre 2010 avec le soutien de l'ARS Ile-de-France et de la plateforme de vaccination du Val-de-Marne. Au cours du dernier trimestre, **74 personnes** ont bénéficié d'une vaccination, dont 65 pour la tranche d'âge 15-44 ans. Ces vaccinations concernaient exclusivement DTP (Boostrix Tétra et Revaxis) et VHB (Genhévac).

● Education pour la santé

Animée par le service infirmier, une consultation dédiée d'éducation pour la santé a également été mise en place en 2010. Au cours des derniers mois, **42 consultations** ont été effectuées pour 29 hommes et 11 femmes de 15 nationalités, principalement Congo RD et Guinée Conakry.

voire 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.

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

Taux pour 1000 personnes, parmi 17 836 patients accueillis en médecine 2004-2010

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

Région & Pays <i>effectifs Femmes - Hommes</i>)	ANGUILL.		ASTHME		CANCER		DIABETE		M. CARD.		PSY. TRA.	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Taux global 4 468-13 368	6	22	14	18	9	3	49	37	95	42	188	86
Taux global France	*	*	nc	nc	nc	nc	38	38	nc	nc	nc	nc
Taux global Monde	*	*	nc	nc	nc	nc	30	30	nc	nc	nc	nc
Afrique australe 61-45	-	-	49	22	16	-	82	111	197	200	197	67
Madagascar 33-22	-	-	61	-	30	-	30	2 cas	212	5 cas	242	2 cas
Afrique centrale 1 905-2 148	10	37	10	12	9	3	37	35	123	81	196	169
Angola/Cabinda 115-241	26	58	-	9	-	-	61	33	122	66	139	158
Cameroun 193-212	10	14	10	9	26	-	73	38	234	47	93	137
Congo 244-305	-	13	16	10	16	3	25	52	123	49	238	157
Congo RD 1 275-1 290	9	44	10	14	5	4	32	32	109	96	207	179
Rwanda 38-30	-	67	26	-	-	-	53	33	79	167	237	333
Afrique de l'Est 71-200	14	-	-	10	-	-	-	-	-	10	268	110
Soudan 9-114	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	2 cas	88
Afrique du Nord 135-326	*	*	7	25	52	21	156	83	170	58	136	131
Algérie 107-237	*	*	9	17	65	21	150	89	206	59	140	105
Maroc 19-54	*	*	-	37	-	19	5 cas	74	1 cas	37	2 cas	56
Afrique de l'Ouest 966-3 370	7	14	19	34	3	3	46	24	80	46	227	93
Côte d'Ivoire 182-431	5	19	16	12	-	7	16	35	82	46	247	86
Guinée Conakry 326-708	12	28	9	6	3	3	34	18	61	34	301	220
Mali 132-631	-	-	53	68	8	3	114	19	167	43	68	22
Mauritanie 82-900	-	-	24	39	-	2	37	8	37	29	207	46
Nigeria 78-218	-	28	-	37	-	5	13	46	-	73	244	138
Sénégal 51-181	-	11	39	66	-	-	78	50	137	99	118	11
Sierra Leone 32-81	62	62	-	37	-	-	-	-	94	62	219	160
Togo 29-69	-	14	1 cas	14	1 cas	-	3 cas	87	3 cas	130	8 cas	145
Asie centrale 59-199	*	*	-	5	-	5	17	-	51	15	51	55
Afghanistan 2-125	*	*	-	-	-	-	-	-	-	8	2 cas	80
Mongolie 46-52	*	*	-	19	-	19	22	-	22	38	22	-
Asie de l'Est 46-58	-	17	22	-	65	-	22	69	87	34	87	52
Chine/Tibet 28-39	-	-	1 cas	-	2 cas	-	-	51	1 cas	-	1 cas	-
Asie du Sud 655-5 351	2	30	17	15	5	1	81	51	53	32	148	42
Bangladesh 79-2 050	13	48	13	11	12	1	38	60	-	34	114	27
Inde 13-260	-	4	-	15	-	8	-	50	1 cas	73	-	38
Pakistan 10-276	-	-	-	47	-	-	-	69	-	43	-	40
Sri Lanka 552-2 757	-	23	18	14	4	1	91	43	62	25	158	54
Caraïbes 160-155	-	6	19	6	6	6	50	90	63	52	94	129
Haïti 159-151	-	6	19	7	6	7	50	86	63	46	94	132
Europe de l'Est 343-1 326	*	*	17	4	15	6	41	8	70	14	216	116
Arménie 38-51	*	*	1 cas	-	-	39	26	-	132	59	211	98
Géorgie 19-43	*	*	2 cas	-	-	-	-	-	2 cas	-	4 cas	93
Moldavie 18-35	*	*	1 cas	-	-	-	1 cas	-	-	57	1 cas	57
Russie/Tchéchén. 102-233	*	*	10	4	29	4	39	9	98	13	225	150
Turquie 122-867	*	*	8	5	8	3	33	8	16	9	279	111
Moyen-Orient 20-113	*	*	-	-	-	-	1 cas	-	-	62	5 cas	88

* Anguillulose intestinale, présente en zone inter-tropicale, Asthme persistant, Maladies cardio-vasculaires, dont hypertension artérielle, Psycho-traumatisme sévère

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

Taux pour 1000 personnes, parmi 17 836 patients accueillis en médecine 2004-2010

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

Région & Pays <i>effectifs Femmes - Hommes</i>)	SCHIS. Hm		SCHIS. Mn		TUBERC.		INF. VHB		INF. VHC		INF. VIH	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Taux global 4 468-13 368	2	8	4	5	6	7	43	74	25	16	25	6
Taux global France	**	**	**	**	0,09	0,09	7	7	8	8	2	2
Taux global Monde	**	**	**	**	2,3	2,3	52	52	22	22	7	7
Afrique australe 61-45	-	-	-	-	33	-	-	22	-	44	-	-
Madagascar 33-22	-	-	-	-	-	-	-	-	1 cas	-	-	-
Afrique centrale 1 905-2 148	1	1	4	13	8	19	41	97	39	29	37	16
Angola/Cabinda 115-241	-	4	-	12	17	25	61	129	87	46	-	21
Cameroun 193-212	-	-	-	14	10	9	78	118	104	24	89	19
Congo 244-305	-	-	-	-	4	13	25	105	12	3	33	13
Congo RD 1 275-1 290	1	1	5	16	8	19	38	84	31	35	31	16
Rwanda 38-30	-	-	-	-	26	33	-	-	52	-	79	-
Afrique de l'Est 71-200	-	5	-	30	-	5	42	45	14	5	42	-
Soudan 9-114	-	9	-	18	-	9	1 cas	61	-	-	-	-
Afrique du Nord 135-326	-	-	**	**	7	-	7	21	15	15	-	3
Algérie 107-237	-	-	**	**	-	-	-	4	9	4	-	4
Maroc 19-54	-	-	**	**	1 cas	-	-	19	1 cas	19	-	-
Afrique de l'Ouest 966-3 370	9	29	10	11	4	7	83	171	10	8	38	9
Côte d'Ivoire 182-431	-	7	-	9	-	2	66	158	38	19	71	19
Guinée Conakry 326-708	6	6	21	23	3	10	74	145	9	4	37	8
Mali 132-631	38	63	15	5	-	6	129	233	-	5	23	6
Mauritanie 82-900	-	50	-	1	-	6	122	170	-	8	12	6
Nigeria 78-218	-	5	-	9	-	14	38	96	-	9	26	23
Sénégal 51-181	-	28	-	11	-	11	98	204	-	11	-	6
Sierra Leone 32-81	31	-	31	99	-	-	94	173	-	12	31	-
Togo 29-69	-	-	-	-	-	-	1 cas	87	-	-	-	14
Asie centrale 59-199	**	**	**	**	17	5	169	60	169	80	-	-
Afghanistan 2-125	**	**	**	**	-	-	-	8	-	24	-	-
Mongolie 46-52	**	**	**	**	22	-	196	212	217	212	-	-
Asie de l'Est 46-58	**	**	**	**	-	-	87	155	22	17	-	-
Chine/Tibet 28-39	**	**	**	**	-	-	3 cas	103	-	-	-	-
Asie du Sud 655-5 351	**	**	**	**	-	4	-	20	3	7	-	<1
Bangladesh 79-2 050	**	**	**	**	-	1	-	39	-	1	-	<1
Inde 13-260	**	**	**	**	-	27	-	23	-	4	-	4
Pakistan 10-276	**	**	**	**	-	4	-	47	-	120	-	-
Sri Lanka 552-2 757	**	**	**	**	-	3	-	3	2	1	-	-
Caraiïbes 160-155	**	**	-	-	6	13	44	45	-	6	6	19
Haïti 159-151	**	**	-	-	6	13	44	46	-	7	6	20
Europe de l'Est 343-1 326	**	**	**	**	-	2	20	54	32	32	-	1
Arménie 38-51	**	**	**	**	-	-	-	-	26	-	-	-
Géorgie 19-43	**	**	**	**	-	-	1 cas	47	1 cas	279	-	-
Moldavie 18-35	**	**	**	**	-	-	1 cas	143	4 cas	114	-	-
Russie/Tchéchén. 102-233	**	**	**	**	-	-	8	30	29	86	-	4
Turquie 122-867	**	**	**	**	-	3	33	59	-	2	-	-
Moyen-Orient 20-113	-	-	-	9	-	-	-	18	-	106	-	9

** Shistosomose à haematobium (bilharziose urinaire en Afrique et au Moyen-Orient), Shistosomose à mansoni (Afrique subsaharienne, M.-O. et N.-O. de l'Amérique du Sud), Tuberculose, Infection à VHB, Infection à VHC, Infection à VIH/sida

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 (33%), maladies infectieuses et parasitaires (23%), autres affections chroniques et risques médicaux graves (44%). 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 70 et tableaux pages précédentes). Les principaux motifs de suivi sont caractérisés dans la suite de ce chapitre par nombre décroissant de malades suivis en 2010. Les taux de prévalence ont été calculés sur les 17 836 patients accueillis en médecine au cours des 7 dernières années :

- **Psycho-traumatisme** : 652 patients, 4% des diagnostics étaient connus au pays. Taux global de 188 pour 1000 chez les femmes et de 86 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 196, hommes 169), d'Afrique de l'Est (femmes 268, hommes 110), d'Europe de l'Est (femmes 216, hommes 116) et d'Afrique de l'Ouest (femmes 227, hommes 93).

- **Maladies cardio-vasculaires** : 320 patients, 42% des diagnostics connus au pays. Taux global de 95 chez les femmes et de 42 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 123, hommes 81), d'Afrique du Nord (femmes 136, hommes 131), et des Caraïbes (femmes 63, hommes 52).

- **Infection à VHB** : 275 patients, 6% des diagnostics connus au pays. Taux global de 43 chez les femmes et de 74 chez les hommes.

Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 83, hommes 171), d'Asie centrale (femmes 169, hommes 60), et d'Afrique centrale (femmes 41, hommes 97).

- **Diabète** : 216 patients, 49% des diagnostics connus au pays. Taux global de 49 chez les femmes et de 37 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (femmes 156, hommes 83), des Caraïbes (femmes 50, hommes 90), et d'Asie du Sud (femmes 81, hommes 51).

- **Asthme persistant** : 85 patients, 67% des diagnostics connus au pays. Taux global de 14 chez les femmes et de 18 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 19, hommes 34) et d'Afrique du Nord (femmes 7, hommes 25).

- **Infection à VHC** : 73 patients, 13% des diagnostics connus au pays. Taux global de 25 chez les femmes et de 16 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Asie centrale (femmes 169, hommes 80), d'Afrique centrale (femmes 39, hommes 29) et d'Europe de l'Est (femmes 32, hommes 32).

Psychotraumatismes : Rapport 2010 de MSF

Situé à Paris, le Centre d'écoute et de soins de Médecins sans Frontières a proposé en 2010 une prise en charge psychologique pour près de 300 demandeurs d'asile en situation de grande vulnérabilité, principalement originaires d'Afghanistan, de Tchétchénie, de Guinée et du Sri Lanka.

Ces patients présentaient des antécédents traumatiques fréquents et souvent associés : violences physiques 60%, mort violente d'un proche 51%, détention 39%, torture 31%, et violences sexuelles 20%. Les manifestations et plaintes psychologiques les plus fréquemment observées étaient des troubles intellectuels/cognitifs (73%), des réviviscences et cauchemars (63%), un sentiment de culpabilité (58%), une autodépréciation avec perte de l'estime de soi (58%), et des idées suicidaires (34%).

Les diagnostics les plus souvent rapportés étaient des troubles psychotraumatiques (30%), des troubles anxio-dépressifs (23%), une anxiété généralisée (15%), et des troubles dépressifs (13%).

Taux de prévalence par classe d'âge

Taux pour 1000 personnes, parmi 17 836 patients accueillis en médecine 2004-2010

Affection (effectif)		<15 ans	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	>65 ans	total
		287	624	1646	3174	3196	2362	1356	801	414	219	154	216	17836
Psycho-trauma	1 998	95	84	130	134	113	109	104	120	85	96	20	19	112
Infection à VHB	1 205	35	61	72	86	74	67	62	43	34	37	26	9	68
Mal. cardio-vas	994	10	2	6	13	24	47	91	159	200	352	352	414	56
Diabète	713	-	-	4	23	29	47	68	101	147	202	229	149	40
Infection VHC	324	-	-	6	10	16	14	25	45	44	41	65	60	18
Anguillulose	317	14	19	17	22	20	18	11	19	5	4	6	-	18
Asthme persist.	300	14	3	10	14	16	19	24	27	38	18	13	33	17
Schistosomose	203	4	47	17	18	13	6	4	4	3	-	-	5	11
Infection à VIH	186	-	5	7	6	12	12	19	10	7	4	6	5	10
Tuberculose	116	7	2	7	6	8	8	5	8	5	4	-	-	7
Handicap	102	14	5	3	4	7	6	10	5	-	4	6	5	6
Total PAS	6 510	355	777	279	318	329	344	393	462	483	562	545	532	365

□ Les cases en vert clair signalent des taux de prévalences supérieurs au taux moyen (dernière colonne)

▪ **Infection à VIH-sida** : 53 patients, 9% des diagnostics connus au pays. Taux global de 25 chez les femmes et de 6 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 37, hommes 16), d'Afrique de l'Ouest (femmes 38, hommes 9), de Haïti (femmes 6, hommes 19) et d'Afrique de l'Est (femmes 42).

▪ **Cancer** : 33 patients, 37% des diagnostics connus au pays. Taux global de 9 chez les femmes et de 3 chez les hommes. Plus fréquent 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 37) et d'Asie du Sud (hommes 30), de la schistosomose à *Mansoni* parmi les exilés d'Afrique de l'Est (hommes 30), d'Afrique centrale (hommes 13) et d'Afrique de l'Ouest (hommes 11), et de la schistosomose à *Haematobium* parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 9, hommes 29).

parmi les exilés d'Afrique du Nord (femmes 52, hommes 21) et d'Europe de l'Est (femmes 15, hommes 6).

▪ **Tuberculose** : 27 patients, 6% des diagnostics connus au pays. Taux global de 6 chez les femmes et de 7 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 8, hommes 19), de Haïti (femmes 6, hommes 13) et d'Asie centrale (femmes 17, hommes 5). Seuls sont comptés ici les cas de

Les taux de prévalence sont très liés à l'âge (voir tableau ci-dessus). Alors que la fréquence des maladies cardio-vasculaires, du diabète et de l'infection chronique par le VHC progresse avec l'âge, celles des psychotraumatismes et de l'infection à VHB sont maximales entre 20 et 35 ans. Pour l'infection à VIH, les taux de prévalence les plus importants sont observés entre 20 et 49 ans, de même que pour l'anguillulose intestinale. Les schistosomoses sont plus fréquentes entre 15 et 35 ans.

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 10 mois pour l'infection à VHB ou l'asthme, et 4 mois pour le cancer (en raison d'un relais accéléré vers les services hospitaliers spécialisés). Les Patients à suivre consultent 4,9 fois en moyenne sur la période, au cours de laquelle 57% d'entre eux bénéficient d'un suivi conjoint par un médecin spécialiste le plus souvent à l'hôpital.

En 2010, la prise en charge de 907 Patients à suivre s'est terminée au Comede. **La continuité des soins** a été assurée pour 95% d'entre eux : 775 patients ont bénéficié d'un relais médico-social proche de leur lieu de résidence (souvent auprès d'un service hospitalier), 80 ont guéri (parasitose, psycho-trauma, tuberculose...), alors que 5 patients sont retournés librement dans leur pays d'origine. Les échecs concernent 46 patients perdus de vue malgré les relances

téléphoniques et postales du Suivi médical. Une patiente congolaise RD de 47 ans est décédée des suites d'un cancer ovarien métastatique avec infection à VIH. Nous n'avons eu connaissance d'aucune procédure d'éloignement effective en 2010.

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 promotion de la santé mentale chez les exilés et la lutte contre les hépatites virales 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-psycho-sociale ■



Accès aux soins et protection maladie

(Indicateurs page 69)

L'année 2010 a été marquée par une nouvelle **réforme de l'Aide médicale Etat (AME)** qui fait suite à un long processus de remise en cause. 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 pouvaient déjà se trouver juridiquement **exclus des soins** médicaux nécessaires à prévenir la survenue de maladies jusqu'à l'urgence hospitalière. Les réformes de l'AME de décembre 2002 (suppression de la gratuité des soins pour les bénéficiaires de l'AME, mesure suspendue à l'édiction d'un décret non paru en mai 2011) 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.

Déjà observées les années précédentes, les difficultés d'accès aux soins pour les exilés ont été renforcées avec l'annonce par la ministre de la Santé, en juin 2010, de mesures de restrictions pour « contenir les dépenses en AME ». Le durcissement des contrôles par les caisses liées au discours public de délégitimation de l'Etranger s'est en outre accompagné d'une réduction drastique des moyens humains des caisses affectés à l'accueil du public (politique de dématérialisation des guichets) avec transfert du montage des dossiers de demande vers les partenaires extérieurs aux caisses (proposition de conventionnement d'association). Il en résulte des besoins renforcés de soutien individuel pour l'accès à la protection maladie. Avec la promotion du droit au séjour pour raison médicale (voir page 39), celle du droit aux soins est l'un des axes majeurs des actions du

La réforme de l'Aide médicale Etat en 2011

Suite aux restrictions législatives déjà opérées en 2002 et 2003, une nouvelle réforme de l'Aide médicale Etat est intervenue dans le cadre de la loi de finances pour 2011, alors que la sécurité sociale est confrontée à une réduction drastique des moyens humains affectés à l'accueil du public. Elle tient en 6 points :

- Droit d'entrée à 30 euros : instauration d'un droit d'entrée annuel par adulte bénéficiaire
- Maintien du ticket modérateur : introduit dans la loi en 2002, non appliqué à ce jour
- Entente préalable à l'hôpital : nécessité d'un « agrément » pour les soins coûteux
- Réduction du panier de soins : exclusion des actes, produits et prestations dont le « service médical rendu est faible »
- Limitation des ayants-droit : exclusion des ascendant et descendant collatéraux (hors conjoints et enfants)

Comede et de ses partenaires associatifs de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (voir ODSE page 46).

Au delà des « sans-papiers » directement visés par les réformes successives de l'AME, les étrangers démunis 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 2010. Pour ces actions, le Comede bénéficie en particulier de subventions de l'Agence régionale de santé, de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France et du Conseil Régional d'Ile-de-France.

ACTIONS DU COMEDE

Lors de la première consultation, **les deux tiers des nouveaux patients du Comede sont dépourvus d'une protection maladie efficiente** (dispense d'avance des frais par la CMU-C ou l'AME). Selon l'examen des conditions de facturation de l'ensemble des consultations médicales 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, 50%) ou l'Aide médicale Etat (AME, 11%). Ces données impliquent une forte proportion de consultations médicales gratuites (39% des cas), en totalité (34% des consultants étaient également dépourvus de protection de base) ou pour la part complémentaire (5% avaient la sécurité sociale de base sans la Complémentaire). Les patients résidant en Seine-et-Marne, Hauts-de-Seine, Val-de-Marne et Val d'Oise sont plus souvent dépourvus de droits que les autres. Certains groupes démographiques apparaissent également plus vulnérables sur ce plan : les femmes, les mineurs de 18 ans, les personnes âgées de plus de 60 ans, ainsi que les exilés originaires d'Afrique centrale, d'Afrique du Nord et des Caraïbes (Haïtiens). Outre les consultations infirmière, socio-juridique et psychologique, la pratique des examens complémentaires lors des bilans de santé effectués par le Comede, la délivrance gratuite de médicaments et les demandes de protection maladie décrites ci-après complètent ces actions d'accès aux 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 59) 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.

Etat de droits des patients du Centre de santé du Comede en 2010

sur 5952 consultations médicales enregistrées

	rien	base	CMUC	AME
Total consultations	34%	5%	50%	11%
1ère consultation	61%	5%	32%	3%
Consult. suivantes	28%	5%	54%	13%

Par département

75-Paris	28%	3%	56%	13%
77-Seine-et-Marne	51%	4%	31%	14%
78-Yvelines	14%	2%	79%	5%
91-Essonnes	27%	3%	60%	10%
92-Hauts de Seine	41%	5%	46%	8%
93-Seine-Saint-Denis	31%	4%	54%	11%
94-Val-de-Marne	39%	10%	38%	13%
95-Val d'Oise	38%	3%	51%	7%

Par groupe démographique

Femmes	38%	4%	47%	11%
Mineurs <18 ans	85%	1%	14%	1%
Personnes >60 ans	46%	6%	25%	22%
Afrique centrale	43%	5%	40%	13%
Afrique de l'Est	29%	3%	69%	0%
Afrique de l'Ouest	27%	5%	53%	15%
Afrique du Nord	40%	1%	12%	47%
Asie du Sud	33%	5%	56%	6%
Caraïbes	53%	5%	29%	14%
Europe de l'Est	30%	5%	48%	16%

Rien = aucune protection maladie en cours de validité, Base = assurance maladie de base sans complémentaire. Les cases colorées □ signalent des pourcentages supérieurs au pourcentage total

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 2010, **l'expertise et l'intervention** des professionnels médico-sociaux en matière d'accès aux soins ont été nécessaires pour 10% des consultations du Comede, relativement plus souvent au sein du service social et juridique

(22%, et 14% 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 en consultation médicale, les interventions ont été nécessaires dans 15% 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 24% des cas (sur 3 747 appels caractérisés en 2010), plus souvent par des services de santé (28% de leurs motifs d'appel), des particuliers (27%) et des services de l'Etat (26%, 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

L'observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde

Depuis dix ans, l'association Médecins du Monde témoigne des difficultés d'accès aux soins des personnes démunies notamment à travers un Rapport annuel d'observation. Le dernier rapport (octobre 2010) corrobore trois points d'analyse générale de la situation : la corrélation entre la nationalité étrangère et les difficultés d'accès aux soins, la corrélation entre la précarité du statut administratif et les difficultés d'accès aux droits, et enfin la complexité du droit et des procédures.

En 2009, les centres de soins de Médecins du Monde ont accueillis plus de 25 000 personnes dont 90% sont étrangères. Parmi ces étrangers, 64% résident depuis moins d'un an et 36% depuis moins de trois mois [respectivement 60% et 22% des nouveaux patients du Comede en 2010].

En matière de protection maladie, 23% n'ont pas de droit théorique (étrangers en France depuis moins de 3 mois), 52% sont éligibles à l'AME, 23% à l'assurance maladie, et 2% ont des droits dans un autre pays européen. Sur les personnes ayant des droits théoriques, 4 sur 5 n'ont pas de protection effective. L'écart entre Français et étrangers est significatif puisque 17% des Français consultants ont des droits ouverts (protection intégrale base et complémentaire) contre 10% des étrangers. Entre étrangers, les écarts sont également significatifs. Ainsi parmi les étrangers en séjour irrégulier relevant de l'AME, 10% ont des droits ouverts, tandis que 36% des Français et des étrangers en séjour régulier ont accédé à l'assurance maladie. Les principaux obstacles à l'accès aux droits sont dans l'ordre de fréquence décroissante : l'absence de domiciliation, la barrière linguistique, la méconnaissance des droits et des structures, les difficultés administratives, mais aussi les difficultés financières et la peur des arrestations.

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. 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.. Sur l'année 2010, 856 obstacles à l'accès aux soins ont été documentés concernant 301 patients, dont 91 soutenus par l'Espace santé droit. Vingt-neuf pour cent de ces obstacles concernent des bénéficiaires potentiels de l'AME, alors qu'ils ne représentent que 18% des consultants en médecine ayant des droits ouverts.

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 (29%, voir page précédente), 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 (26%), 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 réglementaires d'admission

Typologie des obstacles à l'accès aux soins pour les patients du Comede en 2010

856 obstacles documentés pour 301 patients (AME 29%)
dont 91 obstacles documentés à l'Espace santé droit

Type d'obstacle	Total	ESD
Difficultés d'accès au CSS	29%	11%
Problème de langue	12%	-
Besoin d'aide au dossier	5%	2%
Traçabilité du dossier	4%	2%
CSS injoignable par téléphone	3%	1%
Obstacles à la domiciliation	2%	3%
Problème de boîte à lettre	1%	-
Défaut de preuve de résidence	1%	2%
Autres obstacles	1%	-

Erreurs de droit du CSS	26%	13%
<i>Pour la Sécu et l'AME</i>	4%	2%
Régularité de séjour CMU/AME	3%	2%
Refus enregistrement demande	1%	-
<i>Pour la Sécu-CMU-C</i>	19%	4%
CMU-C refus adm. immédiate	6%	1%
Attente des Assedic	3%	-
Exigence EAN/identité	2%	1%
Ouverture Base & oubli CMU-C	2%	-
Exigence de RIB	2%	-
Ouverture de droits	1%	-
Régularité du séjour / renvoi AME	1%	-
Ressources	1%	2%
Stabilité	1%	-
Autres obstacles	<1%	-
<i>Pour l'Aide médicale Etat</i>	4%	7%
Refus Instruction prioritaire AME	1%	1%
Exigence EAN/identité	1%	-
Exclusion abusive résidence	1%	3%
Irrégularité séjour « à justifier »	<1%	-
Résidence en France	<1%	2%
Autres obstacles	<1%	-

Erreurs de procédure du CSS	22%	4%
Délai de traitement > 2 mois	9%	1%
Absence de reçu	6%	-
Dossier « perdu » par le CSS	5%	1%
Accord non notifié	2%	-
Refus Guichet et renvoi autre	<1%	2%

Obstacles dispositifs de soins	23%	71%
Soins différés sans droits	8%	18%
Rupture de droits	4%	26%
Nouv. arrivée en France < 3 mois	4%	5%
Facture hôpital	3%	15%
Refus de soins « en ville »	2%	-
Dysfonctionnement hôpital/PASS	2%	5%
Autre	<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.

Obstacles à l'accès aux soins à l'Espace santé droit

La répartition des obstacles recensés à l'Espace santé droit (partenariat Cimade-Comede) diffère sensiblement de celle observée dans le cadre du Centre de santé du Comede. Les 91 obstacles documentés concernent particulièrement la Seine-Saint-Denis (32%) et Paris (32%), et relèvent avant tout des dispositifs de soins (71%, dont 26% de personnes en rupture de droits, 18% de situations où les soins nécessaires ont été différés en l'absence de protection maladie effective, et 15% de personnes ayant reçu une facture de l'hôpital alors qu'elles relevaient d'une PASS). Par ailleurs, 13% des obstacles correspondent à des erreurs de droit par le Centre de sécurité sociale (dont 7% pour l'AME) et 11% à des difficultés d'accès au CSS, notamment en raison d'obstacles à la domiciliation.

immédiate à la CMU-C ou d'instruction prioritaire à l'AME). Des erreurs de procédure sont également signalées dans 22% des cas, dont les plus nombreuses sont liées au non respect des délais de procédure, à l'absence de reçu ou encore aux dossiers « perdus » par la CPAM. Enfin, 23% 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. Sur le plan technique, on observe en 2010 :

- un maintien des difficultés globales d'accès à la protection maladie liée à la précarité du statut administratif (alternance entre des périodes de séjour régulier et irrégulier) ;
- une généralisation des cas d'erreur d'appréciation par les caisses qui confondent les notions de résidence habituelle en France, ancienneté du séjour et régularité du séjour et justification d'un domicile ;
- une augmentation des exigences des caisses en matière de domiciliation en violation de la loi du fait de la confusion avec le contrôle de la notion de « résidence en France ».
- un impact négatif des consignes nationales de

la Cnamts qui pénalisent principalement les étrangers en statut administratif précaire. Ainsi, l'objectif cohérent visant à limiter le nombre de personnes sous numéro provisoire de sécurité sociale conduit à un durcissement des exigences en matière de justification d'état civil qui pénalise les exilés en provenance de pays peu équipé sur le plan de l'état civil. De même, l'exigence nationale de relevé d'identité bancaire à la constitution des dossiers interdit de fait l'accès à une couverture pour les précaires notamment sans domicile ou sans titre de séjour.

L'exigence du RIB est exemplaire d'une procédure nationale à vocation de rationalisation qui conduit à de l'exclusion de droit pour les précaires. Les Caisses de sécurité sociale font l'objet de consignes nationales (Ministères du budget, de la santé et Cnamts) visant à rationaliser les processus de gestion des assurés. Ces consignes sont pertinentes pour la gestion globale des assurés mais ont des effets délétères sur les personnes dont les situations sociales et juridiques sont à la marge. Elles produisent des effets contradictoires avec les principes de la lutte contre les exclusions (réforme CMU). En refusant d'enregistrer les demandes de couverture maladie des personnes sans compte bancaire, l'administration ipso facto interdit d'accès aux soins tous les demandeurs d'asile en début de procédure. En effet, la précarité de leur situation financière, administrative et de domicile conduit les banques à refuser de leur ouvrir un compte bancaire. La Sécurité sociale ajoute, à l'aveugle, de la précarité à la précarité alors qu'aucun remboursement n'a lieu en CMU-C (ni en AME).

On notera que les obstacles à l'accès aux droits sont constitués comme les années précédentes d'une succession de multiples difficultés et qu'il de se dégage donc pas de solutions globale simple de réorganisation des procédures d'examen des droits. Face à cette situation, l'activité de soutien social et juridique développée par le Comede relève d'une hyper-spécialisation sur les refus d'ouverture de droits liés à l'appréciation de la condition de « résidence en France ».

Les obstacles à l'accès aux soins différent en outre selon le département :

- **CPAM 75** : après s'être engagée à la transparence, le Service réglementation refuse finalement de transmettre au Comede les instructions internes opposables aux usagers aux motifs qu'il est difficile pour la caisse de faire le tri entre la réglementation et ce qui relève de l'organisation interne. L'augmentation des refus d'enregistrement des demandes de protection maladie faute d'extrait acte de naissance pénalise massivement les demandeurs d'asile. Il en est de même avec l'exigence de RIB (voir supra). La caisse continue de demander illégalement des justificatifs de domicile en méconnaissance du principe déclaratif et entretient la confusion entre les notions de domicile et de résidence. Ce faisant, la Caisse renforce l'exclusion des personnes sans abri et en hébergement précaire.

- **CPAM 91** : la caisse poursuit ses pratiques illégales de limitation des droits à la CMU-C par période courte (3 mois ou 6 mois) notamment pour les personnes titulaires de titres de séjour de courte durée. Elle utilise un formulaire « maison » de quatre pages en matière de CMU qui accumule des illégalités grossières sous la rubrique « documents obligatoires » : exigence de transmettre par courrier les originaux de pièce d'état civil, exigence d'extrait acte de naissance, de RIB, refus de prendre en considération les titres de séjours type convocation et APS, exigence de la carte d'identité de l'hébergeant, méconnaissance des règles de la justification du domicile.

- **CPAM 92** : l'observation du nombre d'obstacles enregistrés par les consultants du Comede montre un taux deux fois supérieur à la moyenne des autres caisses d'Ile de France. La caisse a rendu difficile l'accès à l'AME en mettant en place un système de prise de rendez-vous par téléphone avec réception dans un lieu unique pour tout le département. Ce système empêche les personnes sans soutien et les non-francophones d'accéder au service public. Le délai pour simplement accéder au guichet est ainsi porté à un mois, ce qui rend

impossible tout traitement en instruction prioritaire avec des conséquences préjudiciables à la santé des personnes concernées.

- **CPAM 93** : Depuis plusieurs années la caisse a mis en place un service transversal d'assistance (« groupe d'assistance CMU ») qui peut intervenir efficacement auprès des différents services pour lever des obstacles liés à la complexité de certaines situations. Cependant les délais de traitement restent très longs (plusieurs mois), même si la caisse est l'une des rares à essayer d'organiser un repérage des demandes prioritaires, le plus souvent sans succès en 2010. La délivrance de reçu en complémentaire CMU est trop souvent aléatoire.

- **CPAM 94** : un cloisonnement totalement rigide des services empêche toute traçabilité des dossiers et conduit à une segmentation délétère du processus de décision en assurance maladie ainsi qu'à un délai de traitement exagérément long. Le traitement rapide d'une demande est impossible, aucun service n'ayant une compétence globale sur un dossier. La caisse pénalise les étrangers régularisés qui se voient confisquer illégalement leur attestation AME en cours de validité, sans remise d'une attestation CMU-C, ce qui entraîne des ruptures de soins (la Caisse a toutefois écrit au Comede en mars 2011 pour annoncer qu'elle mettait fin à cette pratique). On constate également une application absurde de la coordination des régimes de sécurité sociale conduisant la caisse à refuser une protection maladie de droit français tout en constatant que la personne ne peut pas bénéficier en France de ses droits supposés au pays d'origine.

- **En Guyane**, la situation reste tendue du fait des pratiques manifestement restrictives de la CGSS. 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 inquiétantes qui a conduit le Comede a une rencontre avec la Direction générale de la Caisse en mars 2010.

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'utilisateur et d'intervention du professionnel. En dépit de l'objectif de « guichet unique » par la réforme CMU, le regain de guichets et procédures « spécifiques » confiés à 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 été nécessaires tout au long de l'année 2010. Il reste ainsi très difficile pour un demandeur de lever un obstacle sans l'intervention d'un professionnel averti. Pour les étrangers démunis

Les ressources des bénéficiaires de l'AME

Enquête Médecins de Monde - Comede

Le niveau de ressources des bénéficiaires de l'AME n'est pas statistiquement relevé par les Caisses de Sécurité sociale et ne fait pas l'objet de publication. Le poids sur le budget des ménages concernés par le droit d'entrée annuel de 30 euros (imposé par la loi de finance pour 2011) n'a donc pas été évalué.

En lien avec l'ODSE (voir page 46), Médecins du Monde et le Comede ont démarré en mars 2011 une enquête qualitative auprès de personnes rencontrées dans trois centres de Médecins du Monde (Montpellier, Nice, St Denis [93]) et au centre de santé du Comede à Bicêtre [94]. Les questions portent sur le niveau de ressources, le coût de l'hébergement et de la nourriture, et l'impact des 30 euros sur le budget de la famille. Les entretiens sont réalisés par les accueillants des associations auprès des bénéficiaires et bénéficiaires potentiels à l'occasion de la constitution d'un dossier de demande.

Les premiers résultats portent sur 219 entretiens [dont 12 au centre de santé de Bicêtre] passés essentiellement en avril 2011 à un moment où aucun bénéficiaire n'a encore été amené à payer de droit d'entrée (payable à la fin de l'instruction de la demande). Ces résultats font apparaître un budget mensuel médian de 200 euros par personne. Les ressources restantes après paiement du logement (majoritairement un dédommagement de l'hébergeant) et paiement de la nourriture sont de 100 euros mensuel (médiane). L'hébergement est précaire pour 64% des personnes et seules 10% disposent d'un logement personnel. Soixante-trois pour cent des personnes interrogées sont hébergées gratuitement sans participation financière. Les frais de nourriture représentent 100 euros en moyenne [médiane 70] et 40% des personnes indiquent être nourries gratuitement (notamment par l'hébergeant). La réforme du droit d'entrée annuel à 30 euros était connue d'un quart des personnes. Cinquante-cinq pour cent des personnes déclarent que cette taxe leur posera un problème de financement et 34% se déclarent prêts à surmonter ce problème pour demander l'AME malgré tout.

Profil des patient du Comede bénéficiaires de l'AME

En 2010, 670 consultations médicales du Centre de santé relevaient de l'Aide médicale Etat. Les 323 patients concernés étaient majoritairement des hommes (72%), jeunes (âge médian 38 ans), originaires d'Afrique de l'Ouest (37%), d'Afrique centrale (28%), d'Asie du Sud (15%), d'Europe de l'Est (8%) et d'Afrique du Nord (3%). Ils résidaient à Paris (34%), dans le Val-de-Marne (22%), en Seine-Saint-Denis (18%), dans le Val d'Oise (7%), en Seine-et-Marne (6%), dans l'Essonne (5%) et dans les Hauts-de-Seine (3%).



Droit de la santé et expertise médico-juridique

(Indicateurs pages 69)

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, Médecins inspecteurs de santé publique (MISP) et Médecins des Agences régionales de santé (MARS), 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 les étrangers atteints de maladie grave et ne pouvant être soignés dans leur pays d'origine. Au moment de la publication de ce rapport, le nouveau projet de loi sur l'immigration continue d'être débattu au parlement. Contenant de multiples violations des droits fondamentaux, il fait en particulier peser de graves menaces sur la protection juridique des étrangers malades (voir encadré page 39).

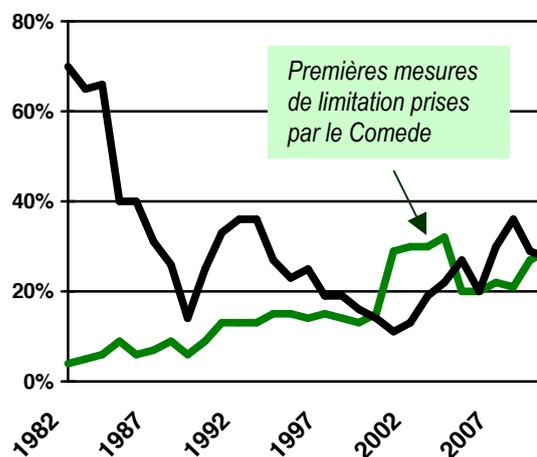
Les sollicitations émanent à la fois des patients du Centre de santé, de l'Espace Santé Droit ainsi que des usagers du Centre-ressources. En 2010, les consultations du Comede ont relevé d'une **expertise médico-juridique dans 35% des cas**, en matière de droit d'asile (16%) et de droit au séjour des 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 58). 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, 32 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

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



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. Cette situation présente des risques majeurs pour la santé des demandeurs d'asile, mais également pour l'exercice du droit d'asile.

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 2010, Les médecins du Comede ont délivré **787 certificats destinés à la demande d'asile**, correspondant à 29% des patients reçus en Médecine, taux en augmentation de 38% depuis 2008. Dans un contexte d'accès difficile au Centre de santé, cette situation pourrait entraîner, comme entre 2003 et 2005, l'application en 2011 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

« non-excision » et « empreintes digitales » : nouvelles dérives de la certification médicale

Outre les certificats de « violence et torture », certains demandeurs d'asile se voient désormais contraints de produire d'autres certificats renforçant les dérives du contrôle médical :

- Certificat « de non excision » : dangereuse pour la santé de l'enfant et indigne pour celle de la femme concernée, la production d'un tel document est pourtant de plus en plus souvent exigée par l'Ofpra
- Certificat de « non altération volontaire des empreintes digitales » : dans un contexte de forte suspicion à l'égard des demandeurs d'asile, les préfectures refusent désormais l'admission au séjour lorsque le relevé d'empreintes se révèle défectueux. Le certificat médical est alors destiné à appuyer les recours contre ces refus.

médecins du Comede face aux patients souhaitant joindre un certificat médical à leur dossier de demande d'asile est resté stable à 83%. 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 17% 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 du Soudan (43% d'entre eux ont obtenu un certificat en 2010), de Russie/Tchéquie (36%), du Sri Lanka (33%), du Bangladesh (26%), de Turquie (26%), de Guinée Conakry (26%) et de Mauritanie (26%), nationalités corrélées à des antécédents fréquents de violence et de torture (voir Epidémiologie page 22).

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 2010, ces questions sont surtout venues des services de l'Etat (7% de leurs motifs d'appel), des associations (4%) et des services de santé (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 sont partagées entre le Centre de santé, l'Espace santé droit (partenariat Cimade/Comede, voir page 53) et le Centre-ressource. Au Centre de santé, la demande est faite le plus souvent par des personnes déboutées du droit d'asile résignées à « faire valoir » leur condition de malade pour être régularisés, alors que l'Espace santé droit accueille davantage de 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 (53% de leurs consultations relèvent d'une expertise en matière de droit au séjour) et les médecins (9%). Les permanences téléphoniques du Comede sont particulièrement sollicitées sur cette question par des associations (74% de leurs motifs d'appel), des avocats (68%), ou des particuliers (63%).

En 2010, les médecins et les socio-juristes ont soutenu la démarche de 153 étrangers malades pour un total de 247 demandes de titre, d'aide juridictionnelle et de recours. Les interventions les plus nombreuses ont été les demandes de renouvellement de titre (104) et de première délivrance (62). Face à la fréquence des refus de première demande et de renouvellement de titre par les préfectures (voir Observation page 42), les recours contentieux ont été nombreux (28, répartis pour moitié entre les consultants du Centre de santé et ceux de l'Espace santé droit). L'évaluation des demandes des patients par les médecins du Comede a conduit dans 68% 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). Les nationalités les plus souvent concernées étant les Maliens, Congolais RD, Ivoiriens, Guinéens et Sénégalais. 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

Projet de loi sur l'Immigration 2010/2011

Au moment de la publication de ce rapport est discuté au Parlement un nouveau projet de loi sur l'Immigration. Ce projet de loi contient de multiples violations des droits fondamentaux, qui pourraient fragiliser encore davantage la protection juridique des étrangers gravement malades. D'une part, le projet de remplacer la notion « d'accessibilité effective aux soins » par celle de « disponibilité » menace directement la continuité des soins d'étrangers pour lesquels les soins resteraient effectivement indisponibles en cas d'éloignement vers le pays d'origine. D'autre part, d'autres mesures auraient un impact grave sur la protection effective : l'introduction de la notion de « bannissement administratif » va notamment frapper les déboutés du droit d'asile ; le raccourcissement à 48 heures du délai pour exercer un recours devant le Tribunal administratif contre les décisions préfectorales d'éloignement ; la neutralisation des pouvoirs du juge par différents procédés ; enfin l'allongement de la durée de rétention (32 à 45 jours) vont encore aggraver les possibilités de régularisation et la double contrainte pesant sur les patients et les intervenants socio-juridiques de devoir agir encore plus vite dans une procédure devenue encore plus longue et complexe.

En outre, deux décrets (en juin 2010 et février 2010), et surtout de la loi de finances pour 2011, ont augmenté considérablement les taxes frappant les étrangers et notamment les étrangers malades lors de la régularisation et du renouvellement du titre de séjour. Une nouvelle taxe de 220 € est notamment imposée à tout étranger obtenant un titre de même lorsque l'entrée en France s'est faite de façon régulière.

lourde charge de travail juridico-médical (obtention de l'aide juridictionnelle, orientation vers un avocat, certification médicale et suivi du dossier).

Avant la réforme de l'Immigration de 2011, celle de 2007 avait déjà considérablement durci les procédures d'instruction et de recours pour les étrangers demandeurs d'un titre de séjour, notamment pour raison médicale (réduction des délais de recours à un mois). En outre, de nombreuses pratiques non réglementaires des préfectures ont été constatées tout au long de l'année 2010, en dépit de leur censure fréquente par les juridictions administratives et de l'intervention de plusieurs circulaires ministérielles dont celle du ministère de la santé du 29 juillet 2010 rappelant la réglementation applicable. Ces pratiques préfectorales empêchent tout d'abord les étrangers d'accéder aux guichets pour des motifs illégaux : défaut de justification de présence en France depuis plus d'un an, défaut de passeport, demande d'asile en cours, demande abusive de production de certificats médicaux au guichet, impossibilité de produire un justificatif de domicile pour les personnes sans domicile 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, refus d'instruction des personnes ressortissantes de l'Union européenne notamment de Roumanie, refus de prendre en compte une nouvelle demande fondée sur la dégradation de l'état de santé du demandeur. Alors qu'elles remplissent les conditions légales d'admission au séjour pour raison médicale, les personnes concernées se retrouvent dans une situation d'extrême précarité, avec des documents provisoires de séjour sans droit au travail et le plus souvent sans récépissé de demande et de renouvellement. Ces obstacles ont fait l'objet de multiples interventions de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, dont le Comede est membre (voir ODSE page 46), notamment auprès de la préfecture des Hauts-de-Seine, qui a largement poursuivi en 2010 ses pratiques illégales.

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 et en raison de l'absence de publication des données ministérielles, 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 ¹.

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 ², CST ³, APAR ⁴, accord TA/CAA/CE ⁵) ;
- ou un refus (IQF/OQTF ⁶, Décision implicite de rejet, APRF ⁷, rejet TA/CAA/CE). Les documents d'attente remis par les préfectures (convocation/rendez-vous, récépissé, APS

¹ Voir Guide Comede 2008, www.comede.org

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

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

⁴ Arrêté préfectoral d'assignation à résidence

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

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

⁷ Arrêté préfectoral de reconduite à la frontière

Des données publiques erratiques 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 publié en mars 2011 par le Comité interministériel de contrôle de l'immigration (Cici) se borne à mentionner le total des premières délivrances de titres de séjour (Autorisations provisoires de séjour, Cartes de séjour temporaires et Certificats de résidence pour les Algériens) pour les étrangers malades jusqu'en 2009, et ceci seulement pour le territoire hexagonal. Il ne fournit d'information ni sur les renouvellements de titres, ni sur les avis médicaux rendus par les MISP et les MARS (nombre et taux d'accord). Le projet de loi de finances pour 2010 citait 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 était 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 non publiés relatifs aux avis médicaux rendus en 2008. La majorité des avis correspondait à des demandes de renouvellement (55%), 52% des avis ayant été rendus pour l'Île-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 n'a été effectuée.

Données publiées	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total avis médicaux rendus	33 133	36 008	40 940	43 337	40 129	39 295	?
Taux d'accord des MISP	72%	65%	68%	67%	69%	74%	?
Total CST et APS 1 ^è déliv. (*dont DOM)	*5 779	7 580	7 315	6 568	5 680	5 738	5 945
Total CST 1 ^{ère} délivrance	?	?	6 037	5 555	4 858	5 698	5 153
Total CST prem. dél. et renouvellement	12 109	18 773	23 605	?	?	28 460	?

dans certains cas) n'ont pas été pris en compte dans les résultats. Les variables renseignées concernent les caractéristiques du demandeur (année d'entrée en France, sexe, âge, nationalité) et de la demande effectuée (type de procédure, motif/s médical/aux, département). La saisie des fiches de recueil et l'analyse des données sont effectuées au moyen d'un programme informatique développé par le Comede.

Les données suivantes portent sur la période 2004-2010 et concernent 723 personnes, ce qui représente 3% 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 38 ans), ils sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (48%), d'Afrique centrale (28%), d'Afrique du Nord (8%), d'Asie du Sud (7%), d'Europe de l'Est (3%) et des Caraïbes (2%). 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 (93% 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 (948 au total, soit en moyenne 1,3 affection renseignée pour chaque demandeur), dont les plus nombreuses sont l'hépatite B chronique (26%), les maladies cardio-vasculaires (16%), le diabète (10%), 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 (2%).

Mille-cent-quatre-vingt-six procédures ont été documentées dans 15 départements, principalement Paris (42%), la Seine-Saint-Denis (16%), le Val-de-Marne (15%), le Val d'Oise (8%), l'Essonne (7%), les Hauts-de-Seine (5%) et la Seine-et-Marne (4%). L'analyse statistique croisée des réponses avec les affections en cause conduit à la constitution d'un échantillon de 1 673 enregistrements documentés sur la période 2004-2010, dont 183 en 2010.

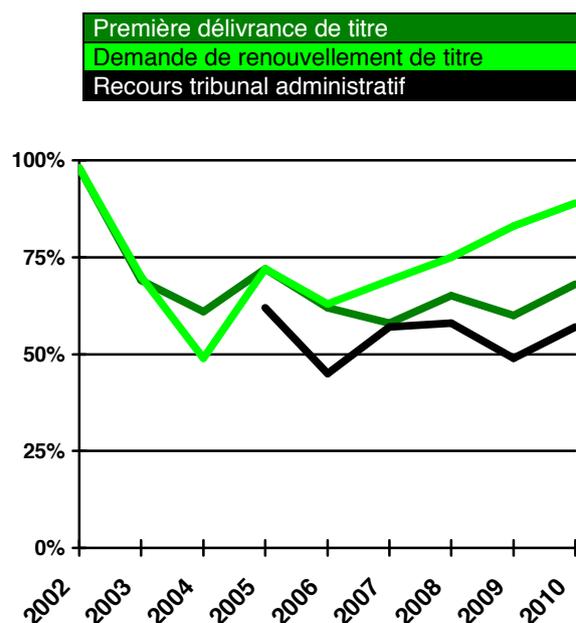
[Tableau 1] – Evolution du taux d'accord selon la procédure

Données 2004-2010, 1 673 enregistrements sur 15 départements pour 723 étrangers malades

% si n>10	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
1^{ère} délivrance de titre	61%	72%	62%	58%	65%	60%	68%	63%
effectif	79	100	85	114	103	136	50	667
Renouvellement	49%	72%	63%	69%	75%	83%	89%	73%
effectif	69	71	80	78	105	133	89	625
Recours tribunal adm.²	3/3	62%	45%	57%	58%	49%	57%	55%
effectif	3	34	31	49	126	94	44	381

[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 des années suivantes, les taux observés ont oscillé autour de 3 accords sur 4 pour les renouvellements, 2 sur 3 pour les premières délivrances, et de 1 sur 2 pour les recours contentieux contre un refus préfectoral. La fréquence des décisions judiciaires favorables aux étrangers, renforcées par les arrêts du Conseil d'Etat du 7 avril 2010 ont certainement contribué à l'augmentation des taux d'accords préfectoraux en 2010.

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/MARS dans la mesure où 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 de circulaires 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 (2005, 2006, 2007). Mais 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 2010 sur le site du ministère de l'Immigration, elles continuent d'être utilisées par les préfectures en cas de recours contentieux. 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. Elles 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 2004-2010, 1 673 enregistrements sur 15 départements pour 723 étrangers malades

% si n>10	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Préfectures & effectif	55%	72%	62%	63%	70%	71%	81%	Total
75 - Paris n=503	57%	72%	58%	31%	55%	51%	71%	57%
93 - Seine-St-Denis n=189	55%	57%	43%	52%	67%	77%	80%	66%
95 - Val-d'Oise n=120	0/4	70%	50%	43%	67%	75%	75%	60%
Autres départem. n=476	58%	79%	80%	88%	84%	83%	91%	91%
Tribunal admin. & effectif	3/3	62%	45%	57%	58%	49%	57%	Total
TA Paris (75, 92) n=228	-	54%	36%	57%	63%	37%	63%	54%
Autres TA n=149	3/3	80%	5/6	58%	42%	56%	47%	56%

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, ces discriminations à l'encontre des étrangers malades sont observées dans les départements où la demande est la plus forte. Toutefois, on observe une nette amélioration des décisions préfectorales en Seine-Saint-Denis et dans le

Val d'Oise depuis 2008, et à Paris en 2010. 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 des circulaires ministérielles consacrées 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 la préfecture
Données 2004-2010, 1 673 enregistrements sur 15 départements pour 723 étrangers malades

% si n>10	Taux et effectifs			Procédure			Préfecture			
	2010	2004/10	n	1ère	Ren	TA	75	93	95	autre
Asthme	7/9	63%	128	67%	73%	36%	50%	5/9	5/9	88%
Diabète	72%	62%	175	63%	68%	50%	50%	60%	67%	91%
Handicap	3/4	67%	42	64%	61%	80%	64%	0/2	0/1	4/8
MCV	91%	72%	281	68%	80%	61%	49%	76%	80%	92%
PSY	72%	62%	122	57%	78%	50%	42%	55%	73%	94%
VHB	63%	56%	460	55%	66%	44%	50%	57%	40%	74%
VHC	83%	76%	95	77%	74%	76%	63%	3/4	6/6	85%
VIH	2/2	100%	40	100%	100%	1/1	100%	7/7	2/2	100%
Total	75%	65%	1 673	63%	73%	55%	57%	66%	60%	83%

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^{ère} 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 2004-2010, 1 673 enregistrements sur 15 départements pour 723 étrangers malades

% si n>10	2004/10	ALG	ANG	BAN	CAM	CRD	CIV	GUI	MAL	MAU	SEN
Asthme	63%	1/1	-	81%	1/1	81%	3/8	2/2	65%	36%	2/9
Diabète	62%	44%	55%	50%	4/5	67%	2/4	2/2	62%	2/2	30%
Handicap	67%	1/4	-	1/2	-	4/6	-	4/4	4/6	2/2	2/2
MCV	72%	25%	82%	67%	77%	88%	1/8	4/4	52%	50%	4/9
PSY	62%	36%	4/4	1/2	1/5	80%	1/2	4/6	1/3	3/6	-
VHB	56%	1/1	85%	64%	29%	65%	40%	41%	58%	51%	35%
VHC	76%	4/4	7/8	7/7	7/9	73%	3/7	-	1/2	-	-
VIH	100%	-	3/3	-	1/1	8/8	3/3	1/1	6/6	7/7	3/3
Total	65%	60%	80%	68%	61%	74%	45%	66%	63%	56%	44%
Effectifs	1 673	93	64	76	66	313	80	67	283	126	78

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

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 liées à la nationalité du demandeur. A nouveau, il apparaît que les taux les plus défavorables concernent les ressortissants des pays les plus largement représentés en France, souvent issus des anciennes colonies (Sénégal 44%, Côte d'Ivoire

45%, Algérie 60%, Cameroun 61%, versus Bangladesh 68%, Congo RD 74%, Angola 80%). 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. ILE 2/5, TUR 4/7, RUS 5/7, BEN 5/5, MAD 5/5, GAB 1/1 PAK 53%, IND 69%, TOG 81%, SRI 88%

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

Données 2004-2010, 1 673 enregistrements sur 15 départements pour 723 étrangers malades

% si n>10	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Infection à VHC (95)	5/8	70%	82%	77%	73%	79%	83%	76%
* A traiter / en cours (44)	1/1	3/4	7/8	3/5	75%	7/8	4/6	77%
* Infection à surveiller (27)	1/3	2/3	1/2	3/4	4/6	4/7	1/1	59%
Infection à VHB (460)	58%	64%	48%	52%	59%	53%	63%	56%
* A traiter / en cours (49)	3/5	6/7	4/8	6/7	70%	8/8	4/4	78%
* Tolérance immune (21)	2/3	4/4	3/3	2/3	2/2	2/3	1/3	76%
* Virus mutant (149)	60%	64%	46%	58%	80%	57%	64%	60%
**VNC/Portage quiescent (202)	61%	66%	44%	42%	41%	32%	64%	48%
Autres pathologies (1 118)	54%	74%	65%	66%	67%	68%	78%	68%
Effectif observé	151	170	164	190	198	232	119	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 - virus mutant et portage quiescent, dont l'estimation du risque évolutif grave est mal documentée - conduisent à des rejets fréquents, même si les taux d'accord ont augmenté en 2010 suite à l'instruction du ministère de la Santé du 29 juillet 2010.

BESOINS ET RECOMMANDATIONS

Avant même la réforme du droit au séjour des étrangers malades, la reconnaissance de ce droit est entravée par des pratiques administratives destinées d'une part à restreindre l'accès à la procédure, et d'autre part à réduire le nombre de titres effectivement délivrés. L'accès à la procédure de demande de titre se heurte en particulier à l'exigence de faire établir le rapport médical par un médecin « agréé par la préfecture », alors même que de nombreux médecins agréés refusent la prise en charge par la CMU-Complémentaire et/ou l'AME, et que certains, parmi ceux qui l'acceptent en accord avec les règles déontologiques, se sont vus supprimer leur agrément par certaines préfectures. Au cours de l'instruction, sous la pression notamment des consignes émanant du ministère de l'Intérieur, certains MISP et MARS sont tentés de s'affranchir des instructions du ministère de la Santé et des obligations déontologiques relatives à la protection de la santé. Avec ses partenaires associatifs, le Comede a du faire intervenir le ministre de la Santé en février 2011 pour rappeler ses obligations réglementaires à l'Agence régionale de Santé de la région Centre, suite à plusieurs avis médicaux défavorables rendus pour des personnes vivant avec le VIH et ressortissants de pays où leur prise en charge médicale n'était pas accessible.

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 2011 tant au sein du Centre de santé que dans le cadre de l'Espace santé droit (voir page 53). 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 ■

Mises en garde des acteurs de la santé contre la réforme du droit au séjour des étrangers malades
pour en savoir +, voir le site de l'ODSE www.odse.eu.org

- **Conseil national du Sida (CNS)**, communiqué du 5 octobre 2010 : « *Le Conseil national du sida invite le législateur à revenir sur cette évolution.* »
- **Société française de santé publique (SFSP)**, communiqué du 6 octobre 2010 : « *La Société française de santé publique demande aux parlementaires de ne pas voter l'article 17 ter du projet de Loi « Immigration, intégration et nationalité ».* »
- **Société française de lutte contre le Sida (SFLS)**, avis du 28 septembre 2010 : « *La SFLS demande au gouvernement, à l'occasion des débats parlementaires à venir, de se prononcer contre les dispositions introduites par l'amendement CL381 à l'article 17 du projet de loi n°2400 « Immigration, intégration et nationalité »* »
- **Fédération française d'infectiologie (FFI) et Société de pathologie infectieuses de langue française (SPILF)**, courrier aux sénateurs du 29 octobre 2010 : « *En tant que professionnels de Santé nous pensons de notre devoir de vous alerter, au-delà de sa dimension éthique, sur les risques sanitaires que va entraîner cet amendement* ».
- **Fédération française de pneumologie (FFP) et Société de pneumologie de langue française (SPLF)**, courrier aux sénateurs, 9 novembre 2010 : « *En tant que professionnels de la santé, nous considérons qu'il est nécessaire de vous alerter sur les conséquences néfastes prévisibles de l'article 17* »
- **Appel pour « l'accessibilité effective », signé par plus de 1000 médecins** : « *Pour des raisons éthiques, sanitaires et financières, nous nous opposons au durcissement drastique des possibilités d'obtention d'un titre de séjour pour les étrangers gravement malades résidant habituellement en France* ».
- **Syndicat des médecins généralistes (SMG)**, communiqué du 8 octobre 2010 : « *Cet amendement est assassin, et ceux qui le voteront seront complices* ».
- **Syndicat des médecins inspecteurs en santé publique (SMISP)**, lettre adressée à Madame la Ministre de la Santé, 30 septembre 2010 : « *Cet amendement est susceptible de restreindre notablement le droit au séjour pour les étrangers malades résidants en France. En conséquence et connaissant votre attachement à ces mêmes valeurs, nous nous permettons de solliciter votre intervention sur ce dossier* ».

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 partenariat avec la Cimade, l'Adfem a notamment organisé en 2010 plusieurs réunions publiques contre les doubles violences faites aux femmes. Les difficultés spécifiques liées au 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. <http://doubleviolence.free.fr>
- **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. L'Anafé a organisé un colloque à l'occasion de son 20ème anniversaire en 2010. L'association publie la lettre « Chronique de zone d'attente ». 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 2010, la CFDA est notamment intervenue sur le problème majeur de la domiciliation, ainsi que face au projet de loi Besson sur l'Immigration. 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.
- **MOM (Migrants Outre-mer)** est un réseau de treize associations nationales (ADDE, Aides, Anafé, CCFD, Cimade, Collectif Haïti, 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 2010 a été notamment marquée par l'exil des Haïtiens dans les Antilles et en Guyane, ainsi que par la situation dramatique des migrants à Mayotte. L'Anafé s'est également mobilisé contre le projet de loi sur l'Immigration. 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. La mobilisation de l'ODSE a été très forte au cours du second semestre 2010 contre les réformes de l'Aide médicale Etat (loi de finances pour 2011) et du droit au séjour des étrangers malades (Loi Besson/Hortefeux/Guéant). L'ODSE a notamment été rejoint par de nombreux acteurs associatifs (communiqués communs avec le CISS, la Fnars et l'Uniopss) ainsi que par de les acteurs médicaux et de santé publique. 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.



Le Centre de santé à Bicêtre

(Indicateurs pages 67 à 70)

Hébergé par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris au sein du CHU de Bicêtre, le Centre de santé du Comede a délivré **12 117 consultations en 2010**, soient 50 consultations par jour en moyenne. L'augmentation de l'activité quantitative globale (+9% par rapport à 2009) est due à la forte progression des consultations psychologiques (+76%) et socio-juridiques (+35%), qui s'inscrivent dans le développement de la spécialisation du Comede dans les principaux domaines de carence des dispositifs de droit commun pour la santé des exilés. Plus d'un tiers des consultations du Centre de santé ont lieu en **langue étrangère (41% du total, et 52% en médecine)**, et 19% en présence d'un interprète professionnel, soient 2 270 consultations avec interprète effectuées en majorité lors des permanences hebdomadaires en bengali, tamoul, turc, russe, soninke/pular, et ourdou/hindi. Les permanences dédiées à la psychothérapie ont eu lieu 1 fois par semaine en bengali/ourdou, en pular et en russe, 2 fois par mois en tamoul et en turc/kurde. Chaque mois, l'animation de groupe en éducation thérapeutique est effectuée avec un interprète en bengali et tamoul. En outre, 15% des consultations du Centre de santé en langue étrangère ont été conduites directement par les professionnels du Comede, alors que dans 7% des cas, faute de locuteur professionnel, les patients ont été aidés par leurs accompagnateurs.

Plus du tiers des consultations du Comede requièrent une **expertise sociale et juridique (39% en 2010)**. Elles sont le plus souvent liées au contexte de la demande d'asile, tout particulièrement en raison de la demande de certification médicale (17% du total, 30% en médecine). Le droit au séjour pour raison médicale (12% du total des consultations, et 28% au service Social et juridique), et les autres interventions pour l'accès aux soins (10%, et 27% des consultations socio-juridiques) sont également fréquents. Pour les patients

dépourvus de protection maladie complémentaire (voir Accès aux soins page 29) et pour les consultations non médicales qui ne sont pas remboursées par la sécurité sociale, le Comede a bénéficié en 2010 d'un important financement par le Service de l'asile et le Fonds européen pour les réfugiés.

Les consultations médicales, psychologiques et sociales sont accessibles sur rendez-vous. En médecine, une partie des rendez-vous est directement attribuable aux personnes en situation de grande vulnérabilité reçues par l'accueil, une autre partie est décidée par chaque médecin, et la dernière partie est réservée au service Infirmier, lui-même chargé d'accueillir 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. L'accès au standard téléphonique du Comede est resté difficile en 2010, conduisant certaines personnes à se déplacer directement au Centre de santé pour prendre rendez-vous. L'organisation des réponses téléphoniques du Comede constitue l'un des chantiers prioritaires en 2011 (voir Centre-ressources page 59).

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 en fournissant les premiers éléments d'information relatifs aux démarches administratives et sociales à accomplir. Pour tous les patients dépourvus de protection maladie, les accueillants complètent et délivrent un formulaire-Comede de demande à l'attention du centre de Sécurité sociale de secteur. 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 57), 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 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, une partie des appels suscite une information spécifique de la part de l'accueillant.

SERVICE INFIRMIER ET ACTIVITES SPECIFIQUES DE PROMOTION DE LA SANTE

Les infirmiers, le médecin de santé publique et la diététicienne ont effectué **4 153 consultations pour 3 234 patients**, dont 345 consultations spécialisées (éducation thérapeutique 238, vaccination 65, autre éducation santé 42, voir prévention page 22). Au total, 46% des consultations infirmières ont eu lieu en langue étrangère. Les consultations du service Infirmier sont assurées par 3 professionnels pour un équivalent de 1 plein-temps auprès des patients. Avec le service d'Accueil, le service infirmier est en charge des missions de premier accueil, d'évaluation et d'orientation pour l'ensemble des patients dépourvus de rendez-vous en consultation

médicale, sociale ou psychologique. Sur l'ensemble des consultations, l'expertise juridique du service Infirmier est sollicitée dans 27% des cas, en matière d'accès aux soins (11%), de demande d'asile (9%) et de droit au séjour pour les étrangers malades (7%). Le service contribue ainsi aux actions du Suivi de l'accès aux soins (SAS, voir Accès aux soins page 29). 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 ciblées de prévention, et effectue notamment des consultations d'**éducation thérapeutique** pour les personnes atteintes de pathologie chronique (7% du total, voir Prévention page 22). Il s'agit essentiellement de l'asthme, du diabète de type 2 et de l'hypertension artérielle. En 2010 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. 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 (voir encadré page suivante sur l'évaluation).

En 2010 ont également été mises en place des 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) et l'approfondissement des résultats d'un bilan en termes de prévention primaire.

Le Comede s'est également doté en 2010 d'un **Centre de vaccination** avec le soutien de l'ARS. Un travail pilote effectué au cours du

Evaluation de l'éducation thérapeutique au Comede

Afin de mieux caractériser les pratiques des professionnels et leur sentiment d'auto-efficacité en parallèle à l'analyse des attentes des personnes qui consultent, une étude a été réalisée début 2010 sur la base d'un échantillon de 54 consultations d'éducation thérapeutique au centre de santé, correspondant à 41 personnes. Les résultats d'un entretien semi-directif, réalisé par une interne en santé publique auprès de 16 usagers tirés au sort ont été comparés aux résultats obtenus après auto-administration d'un questionnaire par les deux professionnelles de santé réalisant l'éducation thérapeutique avec les patients. En voici les principaux résultats :

- Le sentiment d'auto-efficacité des professionnels est le plus faible lors d'une consultation avec interprète associant l'existence de facteurs de vulnérabilité de la personne qui consulte et/ou une pathologie de santé mentale. Ce sentiment est partagé par les patients dans ces situations.
- L'exploration des possibilités d'adaptation des patients à travers un entretien davantage axé sur la motivation et la co-décision est associée à un meilleur sentiment d'auto-efficacité.
- Les thématiques les moins abordées avec les personnes sont le sentiment d'auto-efficacité de la personne soignée, sa maîtrise des gestes techniques et de résolution d'incidents.
- Globalement, les usagers ont du mal à définir l'éducation thérapeutique. Ils insistent cependant sur la valeur informative des consultations et l'importance d'une confiance et d'un lien émotionnel avec le soignant.

Cette étude a débouché sur une restructuration des consultations d'éducation thérapeutiques à travers la mise en place d'une animation collective introductive pour ouvrir l'espace de parole et d'écoute, échanger autour de l'éducation thérapeutique et de son cadre, et préparer l'élaboration d'objectifs personnalisés à travers au moins trois séances individuelles centrées sur la pratique, les histoires et projets de vie. Des documents explicitant l'éducation thérapeutique ont été élaborés et le dossier d'évaluation intégré au dossier médical partagé. Deux objectifs généraux sont issus de ce travail pour l'éducation thérapeutique :

- Renforcer l'autonomie des patients en termes d'orientation dans le système de santé et d'accès aux droits pour la continuité des soins.
- Améliorer la maîtrise par les patients de leur traitement en termes de connaissance, de compétences, et plus particulièrement d'adaptation en cas d'incident.

Enfin un groupe de suivi de l'éducation thérapeutique, qui réunit différentes associations d'usagers, se rencontrera 2 à 3 fois par an pour faire le point sur l'approfondissement de cette activité au Comede et de ses développements, en particulier la question des infections chroniques par le VHB et le VHC.

dernier trimestre a démontré l'intérêt d'une consultation spécifique dédiée aux vaccinations qui s'effectue chaque mardi après-midi pour les personnes qui souhaitent compléter ou initier une vaccination. Le bilan médical précise les éléments du calendrier vaccinal à mettre en place. Si la priorité est donnée au rattrapage vaccinal contre le VHB et DTP, la prévention de la rougeole et de la méningite est également encouragée, ainsi que la prévention des complications respiratoires (vaccin antipneumocoque) chez des personnes présentant des maladies chroniques concernées.

SERVICE MEDICAL

Les médecins ont effectué **5 957 consultations, dont 52% en langue étrangère**, pour 2 729 patients. Avec 9 professionnels pour 2,1 équivalent temps plein (ETP), la consultation médicale reste 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%).

Le **bilan de santé** recommandé (voir Prévention page 23) 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 24).

Les **prescriptions médicales** sont réalisées dans les pharmacies et laboratoires de ville du lieu de vie, lorsque les personnes détiennent une protection maladie intégrale (voir Accès aux soins page 29). Les premières consultations de médecine peuvent conduire à la délivrance de médicaments par la pharmacie du Comede (20%), 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 relève d'une **expertise médico-juridique** dans 49% des cas, en matière de droit d'asile (30%), d'accès aux soins (10%), et de droit au séjour (9%). Sous la pression exercée par les acteurs du droit d'asile, la demande de certificat médical « constatant » les séquelles de violence et de torture est restée très forte en 2010, justifiant de la part du Comede 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 83% des cas en 2010), un rendez-vous ultérieur consacré à sa rédaction. Les médecins du Comede ont délivré 787 « certificats pour l'asile » sur l'année, soit pour 29% 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 68% des cas en 2010, dans un contexte très restrictif à l'égard des étrangers malades (voir Droit de la santé et expertise médico-juridique page 39).

SERVICE SOCIAL ET JURIDIQUE

(voir aussi Espace santé droit page 53)

Le service Social et juridique a effectué **1 356 consultations pour 796 patients**, parmi lesquelles 778 ont été dispensées au Centre de santé (+35%) et 578 à l'Espace santé droit (-40%). Au Centre de santé, 25% des consultations de service Social ont lieu en langue étrangère. L'augmentation d'activité observée au Centre de santé est due au recrutement en janvier 2010 d'une assistante sociale alors que le poste était vacant au cours du second semestre 2009 pour des raisons financières. Au centre de santé, la consultation sociale et juridique est assurée par 3 professionnels pour l'équivalent de 1 ETP auprès des patients, les professionnels du service étant par ailleurs très investis sur les actions du Centre-ressources (voir page 57). L'orientation vers le service Socio-juridique est proposée par le 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 du Comede reçoit davantage de femmes (37%), de patients d'Afrique de l'Ouest (36%), d'Afrique du Nord (13%) 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 d'accès aux soins (27%) et de droit au séjour pour raison médicale (28%). Cette expertise de terrain est également représentée parmi les activités d'information et de formation des professionnels sur le droit à la santé et la prise en charge socio-juridique des exilés.

SERVICE PSYCHOLOGIQUE

Les psychothérapeutes ont effectué **1 229 entretiens pour 414 patients**, dont 15% en langue étrangère. Le recrutement en janvier 2010 d'une psychologue référente a permis d'assurer un équivalent-temps plein de consultation réparti entre les 3 psychologues pour les patients du Centre de santé ; la forte augmentation quantitative des consultations (+76% par rapport à 2009) s'étant doublée par le renforcement des activités de recherche, information et formation en matière de santé mentale des exilés (voir Centre-ressources page 61). Par rapport au total des consultations, on observe une présence plus importante des femmes (45%), des patients d'Afrique centrale (32%) et d'Europe de l'Est (11%).

L'orientation initiale vers le psychothérapeute est proposée par le médecin, généralement après les résultats du bilan de santé. Les troubles psychologiques et psychiatriques constituent la principale cause de morbidité chez les exilés, davantage encore chez les femmes (voir Epidémiologie page 18). Les patients reçus souffrent pour la grande majorité d'entre eux de syndromes psychotraumatiques dans lesquels dominent cauchemars et reviviscences, troubles de la mémoire et de la concentration mais aussi douleurs physiques rebelles au traitement antalgique. Les syndromes psychotraumatiques prennent parfois des formes particulièrement graves dans lesquelles peuvent survenir des épisodes dissociatifs, s'exprimant par des moments de confusion, d'agitation ou encore de mutisme et de stupeur. Certains patients traversent des états de détresse psychiques intenses, associés à des dépressions graves, et témoignent d'idées suicidaires.

Les violences ont un impact lourd sur la vie psychique des personnes reçues en psychothérapie au Comede. Pour autant il ne faut pas négliger le retentissement psychologique de la situation d'exil, marquée par la séparation d'avec les proches, la découverte d'un environnement nouveau et inconnu, mais aussi, et parfois violemment, par la précarité sociale et administrative. Le suivi

des patients recouvre des modes de prises en charge - thérapies d'orientation psychanalytique et/ou thérapies de soutien - que l'on cherche à adapter à la situation du patient, dans laquelle se nouent les effets du traumatisme psychique et la précarité de la situation sociale. Face à un tableau clinique de névrose traumatique et/ou de dépression, les psychologues et médecins peuvent conduire l'essentiel des prises en charge requises, les médecins prescrivant au besoin des traitements anti-dépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques. Toutefois l'avis d'un psychiatre reste nécessaire en cas de tableau psychotique.

En région parisienne, la sollicitation des Centres médico-psychologiques de secteur se heurte en effet 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. Ainsi l'augmentation d'activité en 2010 n'a pas permis de répondre à l'ensemble des demandes et besoins de prise en charge psychothérapeutique exprimés par les exilés, et le développement des prestations du Comede en matière de santé mentale doit être poursuivi.

PHARMACIE

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 61% des patients sont dépourvus de protection maladie efficiente lors de la première consultation (voir Accès aux soins page 29). 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. L'approvisionnement de la pharmacie du

Comede s'effectue dans le cadre d'une convention entre la Cnamts et Pharmacie humanitaire internationale (PHI) dont le Comité de suivi est assuré par la Direction générale de la santé, la Direction de la Sécurité sociale, la Direction générale de la cohésion sociale, la Caisse nationale d'Assurance maladie, PHI, ainsi que les représentants des associations destinataires des médicaments. Ces deux représentants, Médecins du Monde et le Comede, ont initié en 2009 avec le Samu social et Médecins solidarité Lille un réseau de solidarité Humapharma (voir actions interassociatives du Comede page XX). En 2010, la pharmacie a honoré 3 931 prescriptions correspondant à 1 673 consultations concernant 1005 patients.

SUIVI MEDICAL ET PSYCHOLOGIQUE

Dédiée à la fois aux activités de coordination des soins pour les patients et de l'information des usagers du Centre-ressources, la permanence du Suivi médical et psychologique est assurée par six médecins référents et une psychologue référente pour 0,9 ETP au Centre de santé et 0,4 ETP à l'Espace Santé Droit (voir Centre-ressources page 60). Ce service permet d'améliorer considérablement la continuité des soins 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 comptes-rendus de consultation, d'hospitalisation, de centre de lutte anti-tuberculeuse ou d'autres services vers lesquels les consultants du Comede sont 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 médecin référent et/ou un psychologue référent est/sont identifié/s 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 en situation de grande vulnérabilité bénéficient d'un accueil prioritaire au Centre de santé. A partir d'une fiche de liaison entre le/les thérapeute/s référent/s 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 vulnérabilité sociale, administrative et psychique 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 service participe également aux actions du Centre-ressources du Comede, en matière 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 67 à 70)

Hébergé par le Foyer protestant d'Aubervilliers et animé dans le cadre d'un partenariat opérationnel avec la Cimade (voir encadré), l'Espace santé droit a développé en 2010 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 Sidaction, de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France et de l'Acsé d'Ile-de-France.

L'Espace santé droit accueille sur rendez-vous prioritairement des personnes qui habitent le Nord de l'Ile-de-France (domiciliés dans 13 départements en 2010 dont Paris 39%, Seine-Saint-Denis 37%, Val d'Oise 11%, Hauts-de-Seine 5%). La permanence téléphonique reçoit indistinctement les sollicitations directes des étrangers et des professionnels qui les soutiennent. Elle est assurée 3 jours par semaine, et permet de fixer les rendez-vous des personnes étrangères malades. Ces trois journées permettent également d'assurer la permanence d'accueil hebdomadaire, uniquement sur rendez-vous, les mardi, mercredi matin, et vendredi. L'équipe de l'Espace santé droit est composée de 2 référents socio-juridiques salariés pour 1,2 plein-temps sur site, de 2 médecins référents pour 0,4 ETP, et de 8 intervenants bénévoles pour 2,5 ETP.

ACCUEIL, SOUTIEN ET ACCOMPAGNEMENT

L'Espace santé droit a délivré **578 consultations socio-juridiques pour 372 consultants** en 2010, principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (38%, dont 16% Maliens et 8% Ivoiriens), d'Afrique du Nord (26%, dont 17% Algériens et 6% Marocains) et d'Afrique centrale (16%, dont 6% Camerounais et 5% Congolais/RD, voir Démographie page 17). La proportion de femmes accueillies y est plus importante qu'au Centre de santé (36% vs 26%), et l'âge médian plus élevé (40 ans vs 32 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^{er} de ses statuts, « a pour but de manifester une solidarité active avec ceux qui souffrent, qui sont opprimés et exploités et d'assurer leur défense, quelles que soient leur nationalité, leur position politique ou religieuse. En particulier, elle a pour objet de combattre le racisme (...). Elle travaille notamment au service des réfugiés, des travailleurs migrants, des détenus et des peuples des pays en voie de développement ».

Tout au long de son histoire, la Cimade a développé ses actions d'accueil et de défense des droits des étrangers, migrants ou demandeurs d'asile, tant sur les questions relatives au statut juridique des personnes que sur celui des droits sociaux. Aujourd'hui, à travers ses bureaux régionaux et ses permanences d'accueil réparties sur le territoire français, la Cimade reçoit et conseille chaque année plusieurs milliers d'étrangers sur leurs droits et leur situation juridique. La Cimade développe parallèlement des actions visant à l'insertion des populations réfugiées, en assurant la responsabilité de deux foyers d'hébergement (un 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 5,9 ans (durée médiane), ce qui témoigne de la précarité du séjour de ces malades étrangers qui ont sollicité le soutien de la Cimade et du Comede en raison des difficultés persistantes qu'ils rencontrent pour faire valoir leurs droits à la santé. Les consultants de l'Espace santé droit ont été majoritairement orientés par des associations (46%, dont 27% Cimade), des amis, des proches ou de la famille (18%), des services de l'Etat (15%, dont services sociaux de secteur 10%), et des services de santé (14%, dont Hôpital 9%).

Quatre vingt cinq pour cent des personnes soutenues sont atteintes d'affection/s et/ou de risque/s médical/aux grave/s, dont les plus fréquentes sont les maladies cardio-vasculaires (22%), le diabète (13%), les troubles psychiatriques (10%), l'infection chronique à VHB (8%), le cancer (6%), l'infection à VIH (6%), l'asthme persistant (5%), l'infection à VHC (4%) et le handicap grave (3%). La majorité de ces malades bénéficient d'une prise en charge médicale auprès d'un hôpital (86%), et 74% ont découvert leur maladie après l'arrivée en France (87% dans le cas des patients suivis pour infection virale chronique).

La diminution du nombre des consultations (-40% par rapport à 2009), est due à un accroissement de la durée des entretiens pour répondre à la complexification de la situation administrative et juridique des usagers. Elle résulte également du choix des associations partenaires de prioriser désormais les rendez-vous pour les seules situations de blocage (pour déposer une demande de titre de séjour en préfecture ou à la suite d'un refus, pour le dépôt d'une demande de couverture maladie à la CPAM ou lorsque le bénéfice de l'AME ou de la CMU d'une personne lui est refusé...), et d'adresser dans les autres cas les personnes vers les services de droit commun, agissant alors en soutien des professionnels (voir Centre-ressources page 57).

En 2010, 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 47). 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 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 39).

Enfin les demandes de soutien en matière d'accès aux soins constituent l'essentiel de la permanence du mercredi matin, face en particulier aux difficultés accrues d'accès à la CMU-C et à l'AME (voir Accès aux soins page 29).

INFORMATION, RESEAUX ET PLAIDOYER

L'Espace santé droit contribue aux activités du Centre-ressources du Comede, destinées à l'ensemble des personnes intervenant en faveur du droit à la santé des étrangers (voir page 57). La **permanence téléphonique** de l'Espace Santé droit (voir tableau page 71) 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 **1 937 appels en 2010** (+ 7% par rapport à 2009), émanant principalement de particuliers (58%), d'associations (18%, dont Cimade 9%), de services de santé (16%, dont Hôpital 13%), et de services de l'Etat (7%, dont services sociaux de secteur 6%). Sur un plan géographique, les appels proviennent majoritairement des départements de Seine-Saint-Denis (38%), de Paris (32%), du Val-de-Marne (7%), du Val-d'Oise (6%), et des Hauts-de-Seine (5%), alors que la permanence téléphonique de l'Espace santé droit reste peu utilisée en 2010 en dehors de la région Ile-de-France (5%, voir aussi page 16). Les bénéficiaires des permanences téléphoniques ainsi que la nature des demandes sont caractérisés page 71.

Le Comede et la Cimade développent également depuis l'origine de l'Espace santé droit un travail en réseau avec les acteurs de santé de la région, notamment avec les services sociaux des hôpitaux de Seine-Saint-Denis et de Paris, et les services de santé intervenant sur les territoires des villes d'Aubervilliers et de Saint-Denis. 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 46) ■

Initiative inter-associative
face à la préfecture de Bobigny

Face aux conditions d'accueil et de traitement des dossiers des étrangers à la préfecture de Bobigny, la Cimade et le Comede ont participé à l'élaboration du livre noir « Étrangers : conditions d'accueil et traitement des dossiers à la préfecture de Bobigny : l'indignité ! » en août/septembre 2010, avec 16 autres associations investies dans la défense des étrangers et la lutte contre les discriminations dans le département de Seine-Saint-Denis : Amoureux au ban public, ASTI 93, Aubervilliers sans la peur, CDSP Montreuil, Collectif de SP de Livry-Gargan, Collectif Michelet Bondy, Coordination 93 de lutte pour les SP, Dom'Asile, Gisti, Ensemble vivre et travailler, Ligue des Droits de l'Homme 93, MRAP 93, Plate-forme des Associations.

Une action collective a été organisée le 21 septembre 2010 devant la préfecture de Bobigny. Les 18 associations, des élus du département, des syndicats, se sont rassemblés, dénonçant les constats observés dans le Livre noir et demandant rendez-vous au préfet de Seine-Saint-Denis.

« 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.

Au cours de l'année 2010, le groupe s'est réuni tous les deuxièmes mercredi du mois dans les locaux de la Ligue des Droits de l'Homme de Paris. Co-animé par une médecin du Comede et une intervenante juridique de la Cimade sur la base d'un recrutement volontaire et ouvert, la finalité du groupe est double : échanger entre femmes exilées sur les conditions et les histoires de vie de chacune et se soutenir dans le même temps. En ce sens le groupe a rapidement évolué vers un groupe d'auto-soutien au sein duquel les participantes ont développé elles-mêmes l'animation, conservant un rôle de régulation aux deux animatrices initiales. Les participantes ont validé qu'il ne s'agissait pas tant de discuter des violences ou traumatismes subis, que de se retrouver pour échanger et sortir de leur isolement. Constitué d'une vingtaine de femmes au départ, le groupe s'est stabilisé autour de 10 femmes se rencontrant parfois en dehors et organisant également des événements festifs et conviviaux en dehors des réunions.

Ces femmes, âgées de 25 à 45 ans, sont issues de pays variés, même si la plupart sont originaires de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale. Des thèmes récurrents ont été abordés qui explicitent la problématique liée à la double violence qu'elles subissent de deux points de vue : en tant que femme et migrante ; depuis leur pays d'origine, à travers leur parcours d'exil, jusqu'en France. Il s'agit essentiellement :

- Des discriminations liées à la xénophobie, qui débouchent sur des difficultés journalières d'existence en France, qu'il s'agisse du racisme quotidien, des obstacles à trouver un logement ou un travail, d'être écouté et comprise tout simplement ;
- Des questions liées aux différences culturelles et de droits, avec une recherche de sens et de réponse à apporter aux pratiques de l'administration publique (préfecture, administration des caisses primaires d'assurance maladie...) ;
- De l'inégalité des relations entre hommes et femmes et de la situation sociale des femmes déterminée par cette inégalité. Si les violences subies ont été dénoncées par les participantes, toutes les participantes n'ont pas la même opinion sur les questions de liberté et de statut social des femmes au sein d'un couple hétérosexuel.

Les premiers constats sont encourageants : les femmes gagnent en autonomie dans leur vie quotidienne, s'informent mutuellement concernant des pistes solidaires d'entraide à propos d'une recherche d'emploi, d'une aide sociale, d'un logement, d'associations de soutien..., et enfin lors des consultations de médecine, celles qui étaient en difficulté ont davantage de facilité à évoquer des situations problématiques, leur souffrance liée aux doubles violences. Le développement du groupe d'échange est discuté pour améliorer les capacités de réponse aux difficultés rencontrées par les femmes exilées en situation de vulnérabilité, notamment à travers une autre langue, un recrutement élargi, des formes d'activités culturelles collectives...



Le Centre-Ressources du Comede

(Indicateurs pages 71 et 72)

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 2010 a également confirmé le succès de diffusion du Livret de santé bilingue en 24 langues, coédité par le Comede, la DGS et l'Inpes, avec 135 373 nouveaux exemplaires commandés. Le Comede a également édité 3 numéros de Maux d'exil sur l'année, pour un tirage moyen 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, ainsi que l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances.

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 **3 747 appels en 2010**, 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 2010, les appelants sont principalement des particuliers (49%, voir détail dans le chapitre Démographie page 15), des services de santé (20%, dont Hôpital 14%), des associations (18%, dont Cimade 7%), des services de l'Etat (9%, dont services sociaux de secteur 5%), et des avocats (3%). Ils émanent principalement de la région Ile-de-France (91%, dont Paris 32%, Seine-Saint-Denis 28%, Val-de-Marne 12%, Hauts-de-Seine 5% et Val d'Oise 5%). Les appels traités portent principalement sur le droit au séjour des étrangers malades (62%, et 68% parmi les

avocats) ; des questions d'accès aux soins (24%, et 28% parmi les services de santé) ; des questions de prise en charge médico-psychologique (23%, et 29% parmi les associations) ; et la procédure d'asile (4%). Les appels ont été traités par le Service socio-juridique (58%, dont Espace santé droit 49%), la permanence du Suivi médical et psychologique (36%), et celle du Suivi de l'accès aux soins (6%, voir page 29) En complément de ces permanences téléphoniques, la gestion 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 2010, 135 073 nouvelles commandes ont été enregistrées par l'Inpes pour les 23 langues étrangères disponibles (voir tableau ci-contre), principalement en anglais (21%), chinois mandarin (11%), arabe dialectal maghrébin (7%), russe (7%), portugais (6%) et serbe (6%). Ces nouvelles commandes proviennent principalement des régions Ile-de-France (58%, dont Seine-Saint-Denis 25% et Paris 21%), Rhône-Alpes-Auvergne (9%, dont Rhône 4%), Centre-Nord (8%), Départements d'outre-mer (6%, dont Guyane 4%), PACA-Languedoc-Roussillon (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

Livrets bilingues commandés en 2010

Edition	n	%
anglais-français	27 982	21%
français-albanais	3 297	2%
français-arabe maghrébin	9 979	7%
français-arménien	1 842	1%
français-bengali	2 650	2%
français-bulgare	2 834	2%
français-chinois mandarin	15 498	11%
français-créole haïtien	4 903	4%
français-espagnol	6 969	5%
français-georgien	2 687	2%
français-hindi	290	<1%
français-kurde	4 258	3%
français-lingala	2 067	2%
français-ourdou	2 924	2%
français-pular/peul	1 311	1%
français-portugais	7 936	6%
français-roumain	9 683	7%
français-russe	10 040	7%
français-serbe	7 562	6%
français-soninke	3 182	2%
français-tamoul	6 028	4%
français-turc	5 599	4%
français-wolof	1 762	1%
total	135 073	100%

d'origine des migrants et leurs régions de résidence en France (voir tableau page ci-contre). Ainsi la région Ile-de-France accueille-t-elle une proportion plus importante qu'ailleurs de migrants originaires d'Afrique de l'Ouest, d'Asie du Sud et d'Asie de l'Est ; les régions Rhône-Alpes et PACA une proportion plus importante de migrants d'Europe de l'Est et d'Afrique du Nord ; et les DOM (Départements Français d'Amérique) une proportion plus importante de migrants des Caraïbes et d'Amérique latine. On observe ainsi une présence plus importante de migrants originaires :

- d'Afrique du Nord [arabe] en régions PACA, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées ;
- d'Afrique de l'Ouest [pular, soninke, wolof, et en partie portugais] en Ile-de-France, Haute-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, bengali] en Ile-de-France, Alsace, Centre et Pays-de-la Loire ;
- des Caraïbes [créole haïtien] dans les DOM et

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	ALB	ARA	ARM	BAN	BUL	CRE	CHI	ESP	GEO	HIN	KUR	OUR	POR	PUL	ROU	RUS	SER	SON	TAM	TUR	WOL	
Alsace	4%	3%	13%	4%	4%	1%	12%	1%	2%	2%	6%	12%	11%	1%	2%	1%	3%	7%	4%	4%	2%	6%	2%	
Aquitaine	2%	3%	2%	2%	2%	1%	5%	1%	2%	5%	2%	1%	2%	2%	2%	3%	1%	2%	2%	2%	2%	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%	
Total	100%																							

FRA/ANG : éditions Français/Anglais et Anglais/Français, ALB Albanais, ARA Arabe dialectal maghrébin, ARM Arménien, BAN Bengali, 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)

en Ile-de-France ;

- d'Europe de l'Est [albanais, arménien, géorgien, russe, serbe, turc, et en partie kurde] en Rhône-Alpes, Alsace, Lorraine, PACA, Haute-Normandie et Centre ;

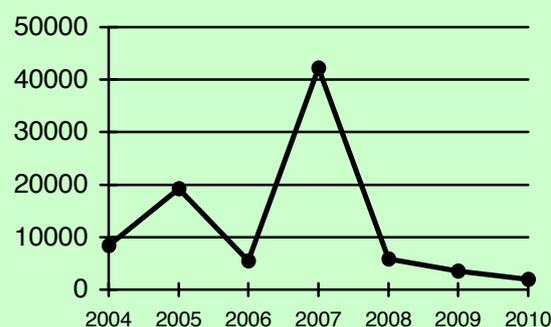
- d'Europe de l'Ouest [bulgare, roumain] en Alsace, Aquitaine, Lorraine et PACA.

Trois numéros de Maux d'exil, la revue du Comede sur la santé des exilés, ont été publiés en 2010, les numéros de juin et septembre ayant du être décalés pour des raisons financières (voir page 63). D'un tirage moyen 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 4 607 lecteurs réguliers de Maux d'exil exercent principalement en régions Ile-de-France (53%, dont Paris 28%), Rhône-Alpes-Auvergne (9%), Centre-Nord (9%), PACA-Languedoc-Roussillon (6%) et Sud-Ouest (6%). Chaque numéro est consacré à un dossier proposant 4 regards croisés sur le même thème. Les dossiers ont été consacrés aux hépatites virales chroniques (*Hépatites et infections à virus VHB et VHC chez les exilés*, n°29 mars 2010) ; aux 30 ans de l'association (*30 ans de Comede, à la santé des exilés*, n°30 décembre 2010) ; et aux femmes exilées (*Femmes migrantes, femmes libres*, n°31 décembre 2010). Outre les articles parus dans Maux d'exil, les membres du Comede ont notamment publié dans les revues La semaine juridique, Prescrire et le quotidien Le Monde. Au total, le Comede a réalisé 20 publications spécialisées et effectué 18 interventions publiques en 2010 (détail en annexe Information page 71).

FORMATION, ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

Depuis la parution de l'édition 2008 du **Guide Comede** en septembre 2007, l'Inpes en a diffusé au total 53 659 exemplaires, 2 004 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,

Diffusion du Guide Comede sur les 7 dernières années



le Guide Comede a connu une diffusion accélérée avec l'impression des éditions 2003 (par le Comede), 2005 et 2008 (par l'Inpes). L'édition 2008 du Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire (568 pages) a succédé au Guide 2005 (Prix Prescrire, 40 000 exemplaires diffusés entre 2004 et 2007).

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 2010 exercent principalement en régions Ile-de-France (35%, dont Paris 17%, Seine-Saint-Denis 5% et Val-de-Marne 5%), PACA-Languedoc-Roussillon (18%, dont Hérault 10%), Centre-Nord (10%), Départements d'outre-mer (8%), Nord-Ouest (8%), Sud-Ouest (7%) et Rhône-Alpes-Auvergne (7%). Aux répertoires régionaux Ile-de-France et Provence-Alpes-Côtes-d'Azur, inclus dans l'édition 2008 du Guide, s'est ajouté début 2011 l'édition du Répertoire des professionnels pour les Départements Français d'Amérique (Guadeloupe, Guyane et Martinique).

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

Colloques nationaux sur l'interprétariat professionnel

Pour en savoir plus : www.interpretariat-sante-ISM.fr
et www.migrationsante.org

Dans le cadre d'un partenariat opérationnel avec la DGS, ISM-Interprétariat et Médecins du Monde, le Comede travaille depuis 2008 à la promotion de l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé. Organisé le 18 mars 2010 au ministère de la Santé, un premier colloque a réuni des professionnels de la santé, des responsables administratifs, des chercheurs et des interprètes dans l'objectif de sensibiliser les professionnels de la santé et les décideurs à la pratique de l'interprétariat professionnel comme outil de communication et de soins dans la prise en charge des publics non francophones. Les structures de santé sont en effet des lieux où se mêlent plusieurs dimensions à la fois sociales, administratives, culturelles... La capacité d'accueil de ces publics dans le système de santé interroge la société dans son ensemble. Plusieurs intervenants ont souligné que si la recherche de communication avec les patients non francophones existe la plupart du temps, elle se fait avec des interprètes de fortune, non professionnels. Pourtant comme l'a montré une étude de Migrations Santé Alsace, peu de patients préfèrent l'intervention d'un interprète accompagnant, souvent membre de la famille, plutôt que celle d'interprète professionnel.

Dans l'expérience d'ISM, l'interprétariat est un métier « qui a ses propres règles de fonctionnement, d'éthique et de déontologie ». L'interprète est un acteur essentiel pour l'annonce d'un diagnostic difficile, pour aborder des questions de prévention... La nécessité de compréhension de l'information afin de recueillir « le consentement libre et éclairé du patient » est inscrite dans la « charte des droits de la personne hospitalisée ». La question du coût de l'interprétariat professionnel également a été abordée. Ce coût est majoritairement supporté par des structures de soins et des budgets émanant du service public. Il existe parallèlement des dispositifs originaux pour la médecine de ville comme la prise en charge de l'interprétariat professionnel en Alsace par l'Union Régionale des Médecins Libéraux. De façon générale, les soignants, responsables administratifs et financiers ont rappelé que le coût de l'interprétariat professionnel restait modeste comparativement aux services rendus. Cependant, il n'existe pas d'évaluation chiffrée en France. De telles études ont été menées aux Etats-Unis, en Belgique et au Canada, démontrant les bénéfices en terme de coût lorsqu'un service d'interprétariat professionnel était utilisé. Cela préfigure également l'urgence des études quantitatives et qualitatives en France afin de mieux cerner les besoins et les modalités de l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé.

La dynamique sera poursuivie dans le cadre d'un second colloque national organisé fin 2011 à Strasbourg par Migrations santé Alsace.

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 ont augmenté en 2010, en raison notamment de nouvelles sessions effectuées en Guyane. Au total, les professionnels du Comede ont animé 57 demi-journées de formation sur l'année, pour 1 201 stagiaires, les participants de ces formations exerçant dans les principales régions de résidence des migrants/étrangers. Dix de ces demi-journées ont été effectuées dans le cadre du partenariat de formation entre le Comede et le Gisti. Les membres du Comede ont également assuré 10 séances d'enseignement pour les Instituts de formation des soins infirmiers de la Salpêtrière et de Versailles, et des Universités de Genève, de Paris 1, Paris 5, Paris 7 et Paris 10. Le Centre de santé du Comede accueille également en formation des stagiaires dans l'ensemble des services. Par ailleurs, le Comede constitue un terrain de recherche pour des travaux et thèses de médecine, santé publique, sciences sociales et psycho-pathologie. Enfin, la participation du Comede à des partenariats de recherche opérationnelle constitue l'une des priorités du Centre-ressources, dans la limite de la disponibilité des professionnels concernés. En 2010, l'expertise du Centre-ressources a été sollicitée dans le cadre de 20 groupes de recherche et de plaidoyer (voir page 72), sur les questions de santé, d'accès aux soins et de droit à la santé des exilés.

Les activités de **recherche** du Comede sont organisées autour de l'**observatoire** des déterminants et de l'état de santé des migrants. Cette activité d'observatoire se fonde sur les recueils de données quotidiens des consultations du Centre de santé et de l'Espace santé droit, ainsi que des prestations de suivi et de conseil effectuées par le Centre-ressources, en particulier par les permanences du Suivi médical et du Service social et juridique. Les données d'épidémiologie médico-psycho-sociale figurent dans les chapitres d'observation du présent rapport.

Le travail de recherche est également effectué dans le cadre de partenariats associatifs et institutionnels. Le Comede contribue notamment depuis 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 (500 hommes et 500 femmes) 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. La phase d'enquête pilote va commencer en 2011 en Ile-de-France ■



Gestion, finances et perspectives

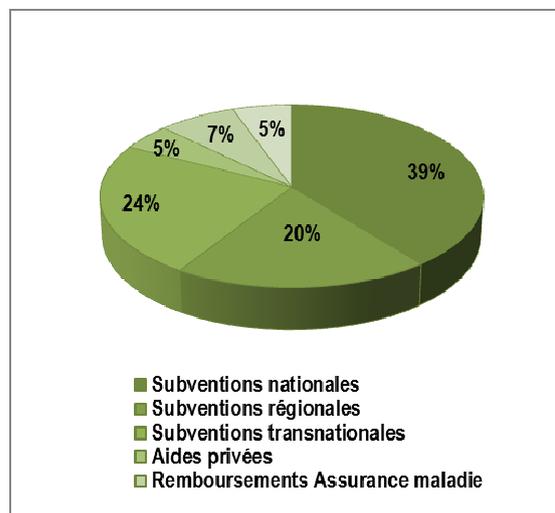
(Présentation et composition du Comede page 4)

Association loi 1901, le Comede compte **40 adhérents**, dont 12 membres élus au Conseil d'administration. En 2010, il a employé **52 professionnels**, dont 39 salariés et 13 bénévoles (médecins, assistants sociaux et juridiques, psychologues, infirmiers, personnels d'accueil, de secrétariat, d'administration et d'encadrement), pour un effectif total de 24,5 ETP sur l'année 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.

L'exercice 2010 s'achève avec un **résultat financier de +81.540 euros**, pour un total de charges de 1.430.409 euros et un total de produits de 1.511.949 euros (après un résultat 2009 de +55.534 euros). Il a été marqué par la poursuite du **plan d'économies** initié au second semestre 2009, par une forte **incertitude budgétaire** (75.000 € de produits annoncés ou confirmés au dernier trimestre, voire en toute fin d'année) et par des **difficultés de trésorerie** toujours aussi prégnantes dans la gestion quotidienne de l'Association. Conformément aux objectifs fixés par son Conseil d'administration afin d'améliorer son fonds de roulement, le Comede poursuit son ambition de renforcer ses fonds associatifs en générant des excédents. Parallèlement, l'Association tend à diversifier ses financements publics et privés, à accroître les apports en mécénat, à fidéliser des donateurs privés et à optimiser ses outils d'analyse, de prévision et de pilotage.

Le budget du Comede a presque doublé au cours des dix dernières années, permettant et accompagnant le développement du Centre ressources et de l'Observatoire de la santé des exilés, et plus largement la diversification des actions de l'Association au sein et au-delà du Centre médico-psycho-social de Bicêtre, notamment dans les champs du droit de la

Répartition des produits du Comede en 2010

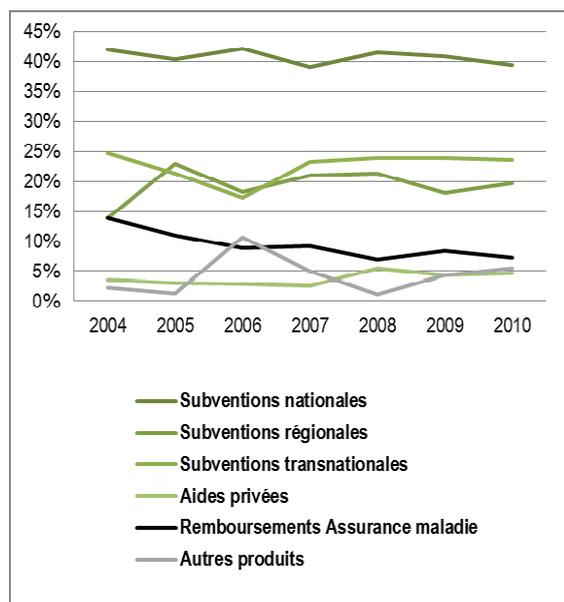


santé, de la santé mentale et des prestations de prévention spécifiques (prévention, éducation thérapeutique, éducation pour la santé, vaccination...). Cette progression a été soutenue par plusieurs bailleurs, principalement publics, dont les financements tendent à se réduire. En 2010, la croissance du Comede s'est ainsi nettement ralentie sur le plan financier. **Pour l'année 2011**, l'action de l'Association se situe dans la perspective d'une consolidation de ses activités et d'un accroissement de ses ressources, afin de pouvoir **renforcer** de façon pérenne son **équipe professionnelle** tout en augmentant les réserves nécessaires à sa survie face aux problèmes récurrents de trésorerie. Les actions complémentaires du Centre de santé, de l'Espace santé droit et du Centre-ressources seraient en effet impossibles à mener sans un effectif suffisant et durable de personnel salarié qualifié et formé.

LE FINANCEMENT DU COMEDE EN 2010

La structure de financement du Comede reste stable en 2010 malgré la variabilité d'un certain nombre de subventions et les difficultés de prévision qui en découlent.

Evolution relative des sources de financement du Comede 2004-2010 (en % des produits)



Les produits du Comede proviennent principalement de subventions d'exploitation (1.319.336 euros, en hausse de 2,5%, représentant 87,3% des produits). Ces subventions peuvent être réparties en quatre catégories :

- **Subventions nationales** (39% des produits 2010) : Direction générale de la santé, Inpes, Service de l'asile, l'Acsé et nouvellement Service de l'accès aux droits et de l'aide aux victimes du Ministère de la Justice ;
- **Subventions régionales** (20% des produits) : Agence régionale de santé IDF, Conseil régional IDF, CPAM 94, Acsé IDF, Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité, Conseil général 94 et pour la première fois Ville de Paris ;
- **Subventions transnationales** (23,6%) : Fonds européen pour les réfugiés et Fonds de contribution volontaire des Nations Unies pour les victimes de torture ;
- **Aides privées** (4,7%) : Sidaction et Fondation des entreprises du médicament pour l'accès aux soins (Prix de la réduction des inégalités sociales de santé).

Les **ressources propres** du Comede (12,7%) sont principalement issues du remboursement

des consultations médicales pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME et de provisions faites fin 2009. Mais il faut souligner l'augmentation des recettes du Centre de formation (+65% par rapport à 2009) et le maintien d'un bon niveau de dons, quatre fois supérieur à celui de 2008 (l'année 2009 ayant été marquée par le résultat exceptionnel de l'appel à soutien urgent – Cf. Rapport 2009 du Comede).

BUDGET SUPPLETIF ET CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES

Ces produits ne représentent toutefois que la **moitié du financement réel** du Comede, qui intègre un budget supplétif correspondant aux prestations gratuites dont l'Association 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 gracieux depuis 1982, et depuis 1989 au sein du CHU de Bicêtre, avec qui la collaboration est permanente. Les laboratoires Saint-Marcel, Eastman et Edison de la Dases / Ville de Paris réalisent depuis 1984 les bilans et analyses 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, de ses Répertoires régionaux et du Livret de santé bilingue. L'approvisionnement de la pharmacie du Comede est assuré via Pharmacie humanitaire ; les vaccins pour le Centre vaccinateur (agrément avril 2010) sont fournis par la plateforme vaccinale du Val-de-Marne. La DGS prend à sa charge la part des prestations d'interprétariat consacrée à la prévention du VIH, des hépatites et de la tuberculose, dans le cadre d'un partenariat avec l'association Inter-Services Migrants. La Cimade contribue pour moitié au budget et aux activités de l'Espace santé droit hébergé par le foyer protestant d'Aubervilliers. Enfin, les bénévoles sont partie intégrante de l'équipe professionnelle du Comede et contribuent, par leur engagement, à la qualité et au rayonnement de nos actions.

Evolution des produits du Comede sur les sept dernières années

Produits	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Subventions nationales	350 370	377 705	437 987	509 445	535 556	602 531	594 093
Acsé national (ex-Fasild)	51 000	33 993	35 000	35 000	35 000	30 000	30 000
DFAE							
DGAS (DGCS en 2010)		30 000	30 000	30 000	25 500	30 000	
DGS, 6A, RI2				50 000	80 000	90 000	110 000
DGS, 6D, MC1	144 830	144 830	144 830	144 830	150 000	170 000	170 000
Inpes, Communication				43 505			
Inpes, Subventions	24 960	28 122	87 397	65 350	89 296	141 771	133 333
SDA (ex-DPM)	129 580	140 760	140 760	140 760	140 760	140 760	140 760
SDFE					15 000		
Ministère de la Justice							10 000
Subventions régionales	115 684	214 987	189 616	249 271	275 012	266 983	298 650
Acsé Ile-de-France				10 000	20 000	25 000	20 000
Cnam	36 107	66 983					
Cramif, FNAS			52 000				
Cramif, FNPEIS		30 490					
Cramif, GRSP			48 000				
CG Val-de-Marne						4 200	1 500
CR Ile-de-France	21 000	39 000	30 000	50 000	50 000	25 000	25 000
CR IDF co-financ. GRSP					23 000	24 900	
CPAM Val-de-Marne	25 648	26 014	26 616	29 271	32 012	34 783	39 050
DRDFE					10 000	10 000	10 000
GRSP appel à projets				107 000	87 000	50 100	
GRSP struct. (Drassif)	32 929	52 500	33 000	53 000	53 000	93 000	
ARS Ile-de-France							183 100
Ville de Paris							20 000
Subventions transnat.	206 468	199 834	178 928	276 958	307 512	352 293	356 593
ONU, FCVNUVT	37 468	39 834	38 928	36 958	37 512	52 293	56 593
Europe, FER	169 000	160 000	140 000	240 000	270 000	300 000	300 000
Aides privées	29 000	29 000	30 000	30 000	70 000	65 000	70 000
Emmaüs					10 000		
FDF / Fondation Marc						15 000	
Secours catholique					15 000		
Sidaction	29 000	29 000	30 000	30 000	45 000	50 000	55 000
FDF / Fondation LEEM							15 000
Ressources propres	128 435	113 461	107 067	120 932	101 499	176 627	136 084
CPAM remboursements	115 531	102 887	88 144	104 766	78 950	93 125	84 598
CPAM accord national			4 209	5 347	10 787	31 026	24 535
Dons reçus	150	145	3 820	531	3 740	43 994	16 547
Formations payées	3 510	2 910	4 166	5 118	4 281	4 165	6 870
Participation des usagers	9 244	7 519	4 728	5 170	3 741	4 317	3 534
Total	829 957	934 987	943 598	1 186 606	1 289 579	1 463 434	1 455 420

Les cases colorées □ signalent les financeurs du Comede en 2010

LES CHARGES ET LA TRESORERIE DU COMEDE EN 2010

Les incertitudes sur le renouvellement de plusieurs subventions et les retards de versement du FER ont eu pour conséquence un

encadrement strict des dépenses en 2010 : limitation des frais de fonctionnement, non remplacement des absences ou réductions d'horaires de certains salariés, suppression d'un numéro de Maux d'exil et report en fin d'année de deux éditions sur trois, report de toute

embauche ou revalorisation salariale. Compte tenu des contributions volontaires et prestations gratuites évoquées *supra*, les charges de personnel sont prépondérantes dans le budget du Comede (84% en 2010). Aussi les marges de manœuvre financières sont-elles réduites lorsque la trésorerie est sous tension. Cette situation, soulignée depuis plusieurs années, n'a pas connu d'amélioration en 2010 malgré l'excédent réalisé fin 2009. En effet, si les problèmes de trésorerie se sont fait sentir plus tard dans l'année, ils se sont accrus et nous ont conduits d'une part à étaler le règlement des cotisations patronales afin de pouvoir payer en priorité les salaires, et d'autre part à négocier un relèvement du plafond de notre autorisation de découvert bancaire. La cause principale de ces difficultés récurrentes est la part importante de la subvention du FER dans le budget du Comede (en moyenne 20% des produits depuis 2007) et corrélativement les très longs délais de versement et de contrôle de ces subventions. Ainsi, l'acompte FER 2010 a été versé en janvier 2011, les soldes 2008 et 2009, pour un montant total de 285 000 euros, étant encore suspendus à des audits à la date de parution du présent rapport (juin 2011).

En 2010, le Comede a en outre amélioré ses outils d'analyse budgétaire et de reporting financier. Ce travail a permis d'affiner notre connaissance des parts relatives des différents projets de l'Association, comme l'illustre de façon synthétique le tableau ci-dessous.

Centre de coût	Budget 2010	%
1. Accueil, soins et soutien des exilés / Prise en charge médicale, psychologique, juridique et sociale	630 000 €	44%
2. Actions de santé publique / Dépistage, prévention, éducation thérapeutique, éducation pour la santé, vaccination	147 000 €	10%
3. Observatoire de la santé des exilés	204 000 €	14%
4. Centre ressources / Perm téléphoniques, centre de formation, publications, recherche, plaidoyer	362 000 €	25%
5. Dépenses d'administration et de fonctionnement non affectées aux actions	87 400 €	6%
Total des charges affectées	1 430 400 €	100%

Donateurs et dons adressés au Comede en 2010

Le Comede a perçu 147 dons de la part de 139 donateurs, principalement des particuliers (95%), parmi lesquels des professionnels de la santé et du droit, mais aussi des associations (5%).

Le total des dons a été de 16 547 €, en moyenne 113 € par don, le don médian étant de 50 €.

PERSPECTIVES 2011

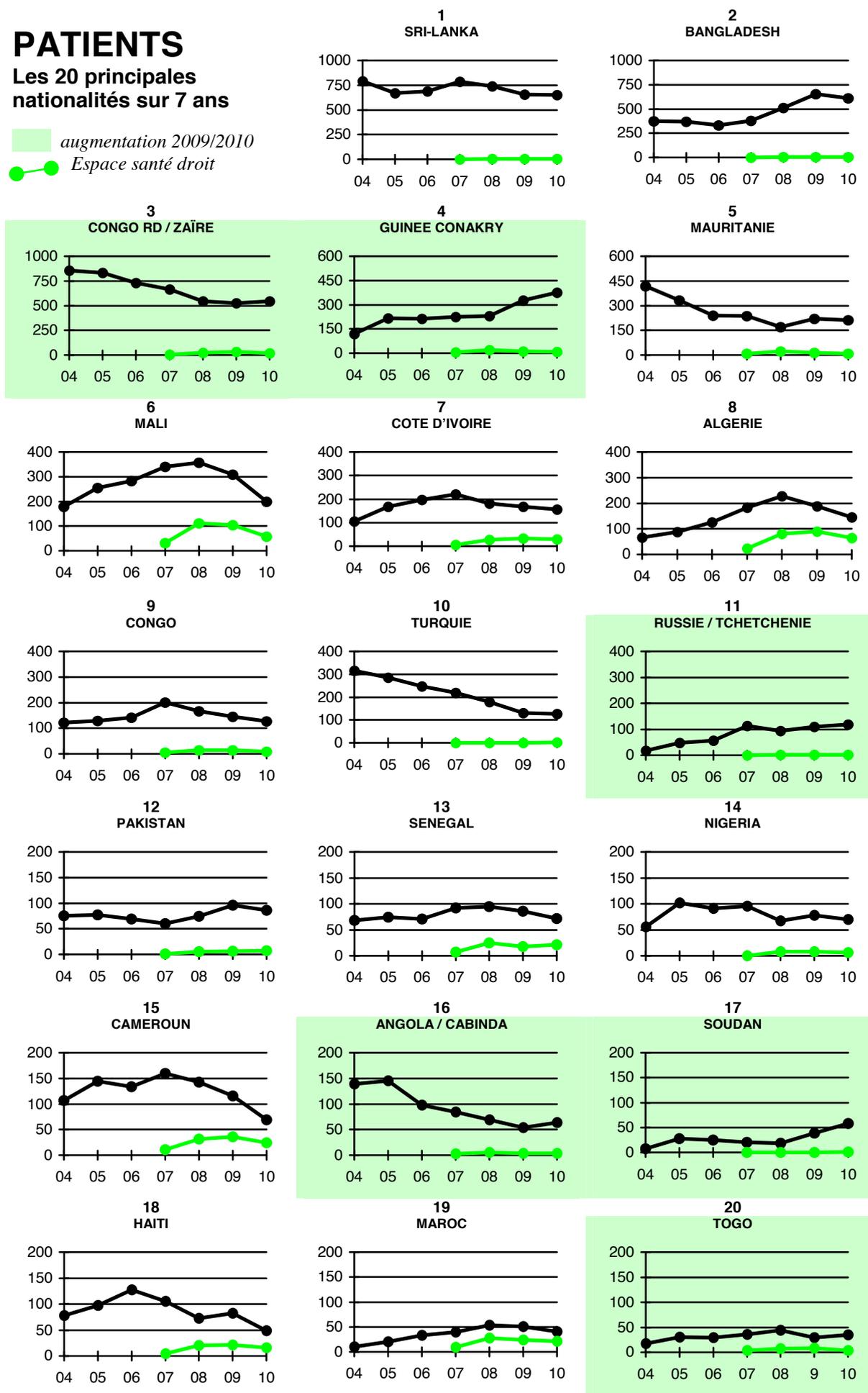
La progression et la diversification des activités menées par le Comede au cours des dernières années ont entraîné des besoins de **restructuration sur le plan organisationnel et financier** pour lesquels nous avons fait réaliser un audit en 2008/2009, grâce au soutien financier de la DGS. Ce travail s'est concrétisé par le recrutement d'un médecin coordinateur en charge de la direction opérationnelle fin 2008, suivi par celui d'une directrice administrative et financière en charge des ressources humaines en juin 2010. Cette dynamique a d'ores et déjà permis d'améliorer tant le fonctionnement interne, que la qualité des services rendus et les outils de suivi et de contrôle des actions. L'année 2011 pourra être consacrée à la construction à plus long terme, après cette période de transition institutionnelle.

Surtout, l'avenir et la pérennité des actions du Comede dépendront de sa capacité à **renforcer ses fonds propres et ses ressources hors subventions, tout en maintenant un niveau de financement public équivalent**. Comme beaucoup d'autres, l'Association 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. Or le soutien des acteurs publics aux missions d'intérêt général du Comede est – et restera – indispensable, à côté des nouvelles recettes ou apports en mécénat qui le compléteront. Les seconds ne doivent pas se substituer au premier, mais bien permettre à l'Association de consolider son modèle de développement afin de renouveler son expertise, de penser des actions innovantes et, *in fine*, de servir durablement la santé des exilés ■

PATIENTS

Les 20 principales nationalités sur 7 ans

■ augmentation 2009/2010
● Espace santé droit



CONSULTATIONS

Total consultations = 12 695

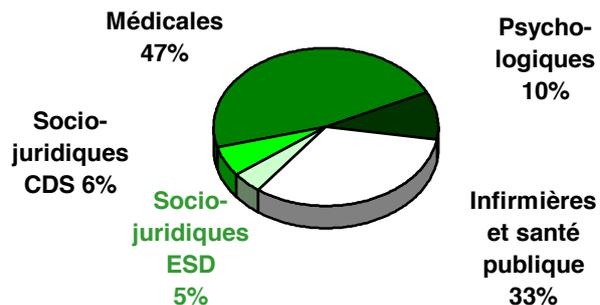
Moyenne 40 consultations / jour au Centre de santé et 4 / jour à l'Espace Santé Droit

Centre de santé = 12 117

Avec interprète professionnel = 2 270

Espace santé droit = 578

Partenariat Cimade/Comede



Service	Consultations			File Active		Cs/ pat.	Suivi (médiane)	Prestations spécialisées			
	n	%	10/09 ±	n	%			CLE	AAS	asile	séj.
Médical	5 957	47%	+1%	2 729	64%	2,2	2 mois	52%	10%	30%	9%
Infirmier *	4 153	33%	+5%	3 234	76%	1,3	<1 mois	46%	11%	9%	7%
Socio-juridique	1 356	11%	-12%	796	19%	1,7	5 mois	15%	22%	4%	53%
dont Centre de santé	778	6%	+35%	424	10%	1,8	7 mois	25%	27%	7%	28%
dont Espace santé droit	578	5%	-40%	372	9%	1,6	1 mois	1%	14%	-	87%
Psychologique	1 229	10%	+76%	414	10%	3,0	5 mois	15%	-	-	-
Total	12 695	100%	+5%	4 245	100%	3,0	2 mois	41%	10%	17%	12%

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

* Inclut Diététique, Education pour la santé, Education thérapeutique et Vaccinations

Caractéristiques des consultations

TOUTES CONSULTATIONS

Sécu/CMU+CMU-C 50%
Aide médicale Etat 11%
Sécu/CMU base 5%

SERVICES GRATUITS

Cs infirmière 4 153
Médicaments 3 931
Cs médecine 3 633
Interprétariat 2 270
Service socio-jurid. 1 356
Psychothérapie 1 229
Bilans de santé 1 147

TOUS CONSULTANTS

Femmes 29%
Mineurs de 18 ans 2%
Personnes > 60 ans 4%

Asie du Sud 31%
Afrique de l'Ouest 29%
Afrique centrale 23%
Europe de l'Est 8%
Afrique du Nord 3%

Patients à suivre 57%

CONSULT. MEDICALES

CONSULTANTS
+ Asie du Sud 36%

INTERVENTIONS
Médicam. délivrés 20%
Vaccination 1%
Urgence médicale 1%

CONSULT. INFIRMIERES

CONSULTANTS
+ Asie du Sud 34%

INTERVENTIONS
Education thérap. 7%
Vaccination 2%
Education santé 1%

DECISIONS
Orientation Méd 47%
Orientation santé 3%
Orientation sécu 1%

CONSULT. SOCIO-JURID.

CONSULTANTS
+ Femmes 37%
+ > 60 ans 6%
+ Afrique de l'Ouest 36%
+ Afrique du Nord 13%
+ Patients à suivre 73%

DONT ESPACE SANTE DROIT
+ Femmes 38%
+ > 60 ans 6%
+ Afrique de l'Ouest 43%
+ Afrique du Nord 26%
+ Patients à suivre 97%

CONS. PSYCHOLOGIQUES

CONSULTANTS
+ Femmes 45%
+ Afrique centrale 32%
+ Europe de l'Est 11%
+ Patients à suivre 95%

Prestations spécialisées

PREVENTION

Education thérap. 238
Vaccination 112
Autre éducation santé 42
Info. Diététique 29

LANGUE ETRANGERE

Interprète 2 270
Comede 1 790
Accompagnateur 819
Téléphone ISM 258
Téléphone personnel 28

50 langues utilisées

dont Anglais 1 738
Tamoul 1 110
Bengali 792
Russe 453
Turc 233
Ourdou 155
Arabe 153
Pular 92
Soninke 84
Lingala 66
Hindi 51
Portugais 23
Kurde 19
Créole 18
Arménien 17
Bambara 15
Dari 12
Amharic 12
Farsi 10
Albanais 10
Espagnol 9
Cinghalais 9

CERTIFICATION ASILE

Taux d'accord Com. 83%

787 certificats Asile

dont Sri Lanka 213
Bangladesh 158
Guinée Conakry 96
Congo RD 65
Mauritanie 56
Russie/Tchéch. 43
Turquie 33
Soudan 25
Côte d'Ivoire 21
Congo 19
Côte d'Ivoire 15
Arménie 14

ETRANGERS MALADES

Taux d'accord Com. 68%
Dem 1^{ère} délivrance 62
Renouvellement 104
Recours TA 28

153 malades soutenus

dont 74 à l'ESD

dont Mali 32
Congo RD 16
Côte d'Ivoire 12
Guinée Conakry 9
Sénégal 9
Algérie 8
Angola 7
Mauritanie 7
Congo 6

PREVENTION

Bilans de santé ≈ 1 880

- 70% des nouveaux patients du CDS

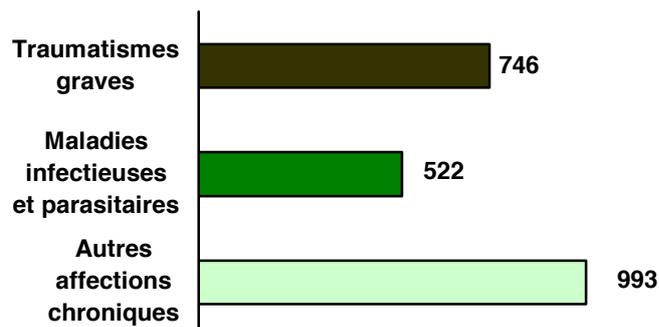
Patients à suivre (PAS) = 1 816

pour affection ou risque grave

- 1 455 suivis au CDS et 361 à l'ESD
- 43% de la FA et 50% des consultations

Education thérapeutique = 238

pour asthme, diabète et maladies cardiovasculaires, dont HTA



Prise en charge 2261 motifs recensés	File active		Nouveaux		Diag.	Suivi	n moy	Suivi	Fin de suivi*	
	n	%	n	10/09	Comede	Comede	Cons	exter.	n	succès
Psycho-trauma	652	29%	373	-1%	87%	7 mois	5,1	33%	205	86%
Mal. cardio-vasc.	320	14%	160	-2%	29%	8 mois	3,5	73%	182	99%
Infection à VHB	275	12%	123	-8%	72%	10 mois	3,6	61%	156	94%
Diabète	216	10%	117	-9%	26%	7 mois	3,2	68%	142	96%
Asthme	85	4%	41	+3%	11%	10 mois	3,4	80%	62	95%
Infection à VHC	73	3%	39	=	45%	6 mois	3,3	73%	47	98%
Infection à VIH	53	2%	31	=	47%	6 mois	3,5	81%	42	98%
Cancer	33	1%	20	-23%	9%	4 mois	2,5	94%	25	100%
Tuberculose	27	1%	12	+50%	33%	7 mois	3,3	100%	23	96%
Autres motifs	527	23%	312	-	51%	5 mois	3,1	56%	347	88%
Total PAS	1 816	100%	1 048	-12%	56%	6 mois	4,9	57%	907	95%

* Fin de suivi (907 PAS)	Succès	Guérison	80	Relais médico-social	775	Retour volontaire au pays	5
	Echecs	Décès	1	Perdus de vue	46	Eloignement du territoire	0

Prévalence*	Cas n	Sexe (F/H)	Age médiann	Diag pays	Taux de prévalence par région d'origine (p. 1000)								
					AFC 4053	AFE 271	AFN 461	AFO 4338	ASC 258	ASS 6007	CAR 315	EUE 1669	TOT
Psycho-trauma	1 998	43%	31 ans	4%	182	151	106	123	54	54	111	137	112
Infection à VHB	1 205	16%	31 ans	6%	71	44	17	151	85	18	44	47	68
Mal. cardio-vasc.	994	43%	45 ans	42%	101	7	91	53	23	34	57	26	56
Diabète	713	31%	42 ans	49%	36	-	104	29	4	55	70	14	40
Infection à VHC	324	34%	37 ans	13%	34	7	15	9	101	7	3	32	18
Anguillulose int.	317	8%	30 ans	<1%	24	4	-	12	-	27	3	-	18
Asthme persist.	300	21%	35 ans	67%	11	7	20	30	4	15	13	7	17
Schistosomose	203	14%	28 ans	1%	10	26	-	36	-	-	-	-	11
Infection à VIH	186	60%	34 ans	9%	26	11	2	16	-	<1	13	<1	10
Tuberculose	116	22%	32 ans	6%	14	4	2	6	8	3	10	2	7
Handicap grave	102	20%	33 ans	64%	6	-	22	9	4	3	-	3	6
Total PAS	6 510	31%	33 ans	19%	482	347	445	471	411	224	317	275	365

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.

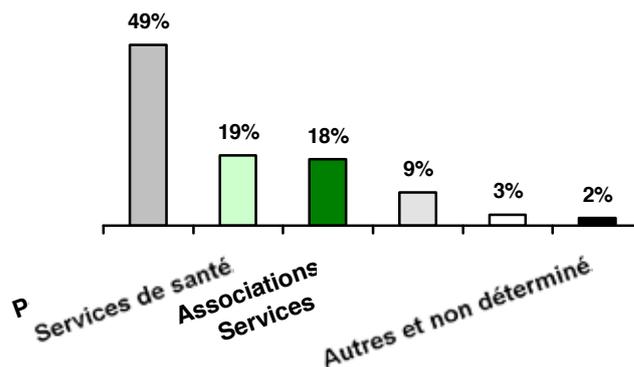
INFORMATION

Permanences téléphoniques

- 3 747 appels traités
(1 810 à Bicêtre et 1 937 à Aubervilliers)

Publications et interventions

- 20 publications spécialisées
- 18 interventions publiques



Caractéristiques des permanences téléphoniques

Appelants ☎ <i>appels enregistrés</i>	n	%	Personne concernée					HORS IDF	Expertise			
			Fem.	AFC	AFN	AFO	EUE		AAS	ASI	SEJ	MED
Particuliers	1823	49%	42%	22%	30%	30%	4%	9%	27%	3%	63%	17%
Services santé	710	19%	41%	21%	19%	28%	7%	11%	28%	4%	57%	24%
Associations	671	18%	38%	19%	15%	35%	11%	8%	14%	4%	74%	29%
Services Etat	341	9%	47%	20%	15%	30%	12%	8%	26%	7%	51%	25%
Avocat/Jurid.	101	3%	40%	22%	16%	40%	7%	13%	6%	3%	68%	76%
dont ESD	1 937	52%	43%	18%	30%	28%	4%	4%	15%	1%	78%	6%
Total	3 747	100%	42%	21%	24%	31%	7%	9%	24%	4%	62%	23%

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

- 100 000 patients accueillis au Centre de santé du Comede, Maux d'exil n°30.
- 30 ans de Comede, à la santé des exilés, Dossier Maux d'exil n°30.
- Accès aux soins des patients non francophones en France : pour en finir avec les malentendus, Gaudillière B., Prescrire n°322.
- De l'infection invisible à la solidarité, Revault P., Maux d'exil n°29.
- Défendre l'accès aux soins des étrangers précaires, Allié M-P., Bernard O., Bourdillon F., Fassin D., Spire B., Le Monde.fr, Octobre 2010.
- Epidémiologie médico-sociale parmi les porteurs du VHB et du VHC, Le Comede, Maux d'exil n°29.
- Entre prostitution et migration, Garcia F., Maux d'exil n°31.
- Femmes migrantes, femmes libres, Dossier Maux d'exil n°31.
- Hépatites et infections à virus VHB et VHC chez les exilés, Dossier Maux d'exil n°29.
- La prise en compte de l'accès effectif aux soins dans le droit au séjour et l'éloignement des étrangers malades : mieux vaut tard que jamais, Demagny B., Slama S., La semaine juridique n°29.
- Le droit à la santé des migrants/étrangers, Veisse A., Actes du colloque Pratique et éthique médicale à l'épreuve des politiques sécuritaires, juin 2010.
- Les années 1990, de la morgue à La Force, August P., Maux d'exil n°30.
- Les femmes étrangères face à la double violence, Martin C., Michel A., Maux d'exil n°31.
- Mieux surveiller et mieux soigner, Beaugrand M., Maux d'exil n°29.
- Paroles de femmes, Feldmann L., Maux d'exil n°31.
- Portraits sans visage, des usages photographiques de la honte, Wolmark L., Science et video n°2.
- Pour avoir le droit, pour avoir le choix, Favier C., Maux d'exil n°31.
- SOS hépatites Fédération, associations de malades, Bonjour M., Maux d'exil n°29.
- Trente ans après, Fassin D., Maux d'exil n°30.
- Trente ans de revue sur les migrations, Poinot M., Maux d'exil n°30.

Interventions publiques

- Adfem, Femmes étrangères et violence, Feldmann L.
- APSR AG, Délit de solidarité, Veisse A.
- Case de santé, Santé des migrants, Veisse A.
- Col Nat. pour l'accès aux soins, Gaudillière B.
- DGS Colloque hépatites, Revault P.
- DGS Colloque hépatites, Veisse A.
- FEP, Journée migrants, Accès aux droits, Demagny B.
- Fumcra, AN, Etrangers malades, Revault P.
- ISM Colloque, Education thérapeutique, Vescovacci K.
- ISM Colloque, Santé mentale, Veisse A.
- Mairie KB, Journée mondiale des Droits de l'Homme, Veisse A.
- MDM CP CISS-Fnars-ODSE-Uniopss, Aide médicale Etat, Veisse A.
- MDM-Sciences Po colloque Droit de la santé, Veisse A.
- Rencontres Prescrire, Accès aux soins, Gaudillière B.
- RFI Priorité santé, Droit de la santé des étrangers, Veisse A.
- S.F. Pédiatrie, congrès, mineurs étrangers isolés, Gaudillière B.
- Univ Picardie, colloque L'enfant-combattant, Wolmark L.
- Univ Picardie, Journée Picardie terre d'asile, Veisse A.

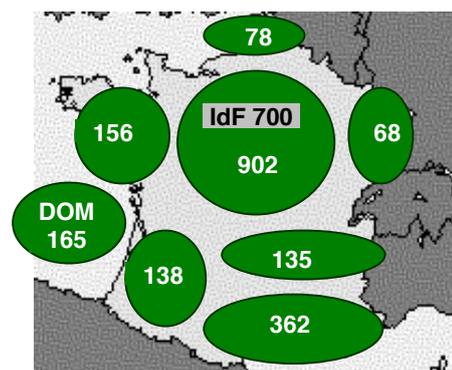
FORMATION

Guide Comede et Maux d'exil

- 53 659 Guide Comede diffusés (25 000 diffusion initiale et 28 659 nouvelles commandes)
- 4 607 lecteurs de Maux d'exil

Formation et partenariats

- 57 demi-journées de formation pour 1201 stagiaires
- 10 séances d'enseignement et 20 groupes de travail



Régions	Guide Com. ¹	Livret Bil. ¹	Maux d'exil	Perm. Tél.
Ile-de-France	35%	58%	53%	91%
75-Paris	17%	21%	28%	32%
91-Essonne	2%	3%	2%	4%
92-Hauts-de-S	3%	2%	4%	6%
93-Seine-St-D	5%	25%	8%	27%
94-Val-de-Mar	5%	3%	6%	12%
95-Val-d'Oise	2%	2%	2%	5%
Alsace-Lor.-F.C.	3%	5%	5%	1%
67-Bas-Rhin	1%	4%	1%	<1%
Centre-Nord	10%	8%	9%	3%
76-Seine-Mar.	2%	3%	1%	<1%
Nord-Ouest	8%	5%	7%	1%
Nord-Pas-de-C	4%	1%	3%	<1%

¹ Nouvelles commandes en 2010, voir carte

Régions	Guide Com.	Livret Bil.	Maux d'exil	Perm. Tél.
Outre-Mer	8%	6%	2%	<1%
971-Guadel.	<1%	2%	<1%	<1%
973-Guyane	4%	4%	1%	<1%
976-Mayotte	3%	<1%	<1%	-
PACA-Lan.-R.	18%	6%	6%	<1%
06-Alpes-Ma	3%	2%	<1%	<1%
13-Bouches	2%	1%	2%	<1%
34-Hérault	10%	1%	<1%	<1%
Rhône-A.-Auv.	7%	9%	8%	1%
69-Rhône	4%	4%	2%	<1%
Sud-Ouest	7%	2%	6%	2%
31 Haute-Ga	4%	<1%	1%	<1%
Effectif	2 004	135 073	4 380	3 552

Enseignement

- IFSI Salpêtrière, *Santé des migrants*, Lefebvre O.
- IFSI Versailles, *Santé des exilés*, Delbecchi G.
- Université Genève, *Violences sexuelles dans les conflits armés*, Wolmark L.
- Université Paris 1, Iedes, *Santé mentale, enjeu en développement*, Wolmark L.
- Université Paris 5, DU Minkowska, *Exil et santé*, Veisse A.
- Université Paris 7, Urmis, *Santé des migrants*, Maille D.
- Université Paris 10, Credof, *Contentieux du séjour et de l'éloignement*, Demagny B.

Recherche et plaidoyer

- Adfem, Action pour les droits des femmes exilées et migrantes.
- Anafé, Assistance aux frontières pour les étrangers.
- ANRS, Groupe migrants, VIH et hépatites.
- CFDA, Coordination française pour le droit d'asile.
- 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.
- Fédérations nationale et 94 des centres de santé.
- Interprétariat et santé, colloques Paris et Strasbourg.
- Migrants Outre-mer.
- ODSE, Observatoire du droit à la santé des étrangers.
- OEE Observatoire de l'enfermement des étrangers.
- Parcours, comité scientifique.
- Picum, Heath project on undocumented migrants in Europe.

Formation professionnelle

- Bobigny, Cetaf, *Bilan de santé et santé mentale* (1/30/PR)
- Cayenne, GPS-Comede, *Santé et accès aux soins des migrants* (6/20/DM/PR)
- Créteil, Hôp H. Mondor, *Protection maladie* (4/42/DM/BD)
- Créteil, Sec. catholique, *Droit au séjour pour raison médicale* (1/17/DM)
- Gennevilliers, Réseau Arès, *Santé des migrants* (1/22/AV)
- Lyon, Gisti-Comede, *Protection sociale* (2/35/BD)
- Marseille, Ass Espace, *Protection sociale* (2/45/BD)
- Marseille, Gisti-Comede, *Protection sociale des étrangers* (2/20/BD)
- Montreuil, CFJA, *Droit au séjour pour raison médicale* (1/18/AV/PR)
- Montreuil, Ass Proses, *Droits sociaux* (1/15/BD)
- Nanterre, ASAV, *Droits sociaux des communautaires* (4/20/BD/JS)
- Niort, Col ARDDI, *Santé et santé mentale des migrants* (2/17/DM/LW)
- Paris, Ass Nat Hémophiles, *santé des étrangers* (1/10/PR)
- Paris, Cetaf, *Bilan de santé et santé mentale* (2/30/AV/PR)
- Paris, Cimade, *santé et détention des étrangers* (2/25/AV)
- Paris, Gisti-Comede, *Protection sociale* (7/16/DM)
- Paris, ISM, *Diabète et migrants* (2/14/OL)
- Paris, ISM, *Enjeux psychologiques de l'interprétariat* (1/14/LW)
- Paris, MDM, *Protection sociale* (2/20/DM/BD)
- St-Denis 93, H. Delafontaine, *Santé et droits sociaux des communautaires* (2/38/JS/BD)
- St-Laurent-du-Maroni, GPS-Comede, *Santé et accès aux soins des migrants* (8/19/DM/PR)
- St-Maurice, Hôp, +Gisti, *Protection maladie* (1/13/DM)
- Strasbourg, SFLS, *Droit au séjour des étrangers malades* (1/40/BD)

(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.

La Direction générale de la santé
Le Service de l'asile
Service de l'accès aux droits et à la justice
et de l'aide aux victimes
La Délégation régionale aux droits des femmes
et à l'égalité
L'agence nationale pour la cohésion sociale
et l'égalité des chances



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



Le Fonds européen
pour les réfugiés



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



L'Agence régionale de santé
d'Ile-de-France



Le Conseil régional
d'Ile-de-France



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



Le Conseil général du Val-de-Marne



Sidaction
Ensemble contre le Sida



La Fondation Leem /
Fondation de France



L'Assistance publique
des hôpitaux de Paris



Le Centre hospitalo-universitaire
de Bicêtre

