

La Santé des

exilés

RAPPORT
D'ACTIVITÉ ET
D'OBSERVATION

2011

COMITÉ MÉDICAL
POUR LES EXILÉS

comede

Table des matières

Présentation du Comede 4
Glossaire 6

SYNTHESE

La santé des exilés et le Comede en 2011 7

OBSERVATION

Démographie : caractéristiques des exilés 13
Epidémiologie, prévention et bilan de santé 19
Accès aux soins et protection maladie 27
Droit de la santé et expertise médico-juridique 35

Collectifs associatifs 44

ACTIVITE

Le Centre de santé à Bicêtre 45
L'Espace santé droit à Aubervilliers 51
Groupe d'échange avec les femmes 54
Le Centre-ressources du Comede 55
Gestion, finances et perspectives 61

ANNEXES

Patients 65, 66
Consultations 67
Prévention 68
Information 69
Formation 70

Tableaux et figures

8. La demande d'asile en France et dans les pays industrialisés
10. Les discriminations dans l'enquête TeO
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 soutenus par le Comede en 2011
17. Consultants du Centre de santé et de l'Espace Santé Droit
18. Vulnérabilité administrative et sociale
20. Antécédents de violence et de torture parmi les 20 principales nationalités
20. Bilan de santé proposé au Comede
22, 23. Taux de prévalence observés au Comede par sexe, par région et par pays d'origine
24. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français
25. Taux de prévalence par classe d'âge
26. Les chiffres des migrations. Etat des lieux par la Cimade
27. La réforme de l'Aide médicale Etat
28. Etat des droits des patients du Centre de santé du Comede
30. Typologie des obstacles à l'accès aux soins pour les patients du Comede en 2011
32. Témoignage sur un refus d'AME à Paris
35. Evolution du taux de reconnaissance du statut de réfugié en France et du taux de délivrance de certificat médical au Comede
37. Nouveau durcissement de la réglementation de l'immigration par la loi du 16 juin 2011
38. Des données publiques erratiques sur l'application du droit au séjour pour raison médicale en France
40, 41, 42, 43. Droit au séjour pour raison médicale, évolution des taux d'accord
56. Diffusion des Livrets de santé bilingues
58. Diffusion du Guide Comede sur les 7 dernières années

Principaux indicateurs d'activité du Comede en 2011

RECHERCHE, INFORMATION ET FORMATION (CENTRE-RESSOURCES)

54 707 utilisateurs du Guide Comede et 4 579 lecteurs de Maux d'exil

- 3 856 appels traités par les permanences téléphoniques de Bicêtre et Aubervilliers
- 25 publications spécialisées, 34 interventions publiques, et 1 174 130 Livrets bilingues diffusés
- 52 demi-journées de formation/enseignement et 20 groupes de recherche et plaidoyer

CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE

- 1 700 bilans de santé pour des nouveaux patients
- 1 599 patients à suivre pour affection grave
- 314 consultations d'éducation thérapeutique

PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE

- 6 251 consultations médicales et infirmières gratuites
- 3 355 délivrances gratuites de médicaments
- 1 500 demandes de protection maladie

CENTRE D'EXPERTISE EN DROIT DE LA SANTE

- 590 certificats médicaux pour la demande d'asile
- 238 dossiers de séjour pour raison médicale
- 48 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 3 687 patients de 89 nationalités

- Accueil de 2 495 nouveaux patients
- 5 133 consultations médicales
- 3 865 consultations infirmières et de santé publique
- 1 198 consultations socio-juridiques
- 1 183 consultations psychologiques
- 2 520 consultations avec interprète

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION en avril 2012

- **Président** : Didier Fassin (*Médecin, Professeur d'Anthropologie et de Sociologie*).
- **Vice-Présidents** : Patrick August (*Direction de collectivités territoriales et d'associations*), Estelle d'Halluin (*Sociologue*).
- **Trésorier** : Jean-Claude Baboulaz (*Ingénieur, Contrôleur de Gestion*).
- **Secrétaires** : Christophe David (*Journaliste*), Catherine Donnars (*Ingénieur agronome*), 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*), Anne Léger (*Médecin praticien*), et José Polo Devoto (*Médecin praticien*).

L'EQUIPE PROFESSIONNELLE en avril 2012

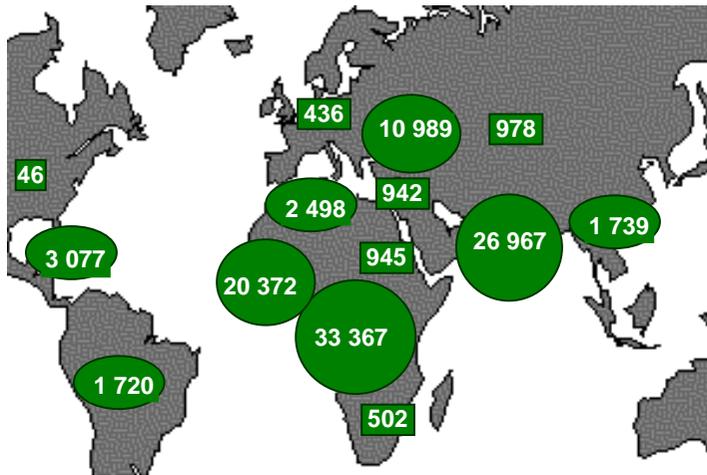
- **Direction et Administration** : Arnaud Veisse (*Directeur général, Médecin*), Pascal Revault (*Directeur opérationnel, Médecin*), Yasmine Flitti (*Directrice administrative et financière*), Catherine Jollet (*Responsable financière et administrative*).
- **Service Accueil et Secrétariat** : Claire Katembwe (*Assistante de direction*), Aline Adu (*Technicienne d'accueil*), Anne-Marie Chemali (*Technicienne d'accueil*), Assane Aw (*Technicien d'accueil et d'administration*), Carole Chazoule (*Agent administratif dactylo*), Guy de Gontaut (*Technicien d'accueil*), Rosa Sadaoui (*Technicien d'accueil et d'administration*).
- **Service Infirmier, Santé publique, Pharmacie et Entretien** : Guy Delbecchi (*Cadre infirmier*), Rose Adu (*Agent d'entretien*), Marie-Madeleine Gutle (*Pharmacienne*), Monili Lumoni (*Personnel d'entretien*), Cécile Ménard (*Infirmière*), Khalda Vescovacci (*Médecin de santé publique*).
- **Service Médical** : Isabelle Alix (*Médecin référent*), Françoise Fleury (*Médecin référent*), Bénédicte Gaudillière (*Médecin référent*), Barbara Pellegriguenault (*Médecin consultant*), Olivier Lefebvre (*Médecin référent*), Marie Petrucci (*Médecin référent*), Julien Sallé (*Médecin référent*), Pierre Szilagyi (*Médecin consultant*).
- **Service Psychothérapie et Santé mentale** : Laure Wolmark (*Responsable du service, psychologue*), Aude Nguyen (*Psychologue*), Etsianat Ondongh-Essalt (*Psychologue*).
- **Service Social et Juridique** : Didier Maille (*Responsable du service, référent Espace santé droit*), Benjamin Demagny (*Responsable adjoint du service*), Karine Crochet (*Assistante sociale*), Patrick Mony (*Assistant juridique*), Bénédicte Maraval (*Assistante sociale*), et les collègues bénévoles de l'**Espace santé droit** : Marie-Ange d'Adler, Agnès Ankerlin, Sixte Blanchy, François David, Geneviève Domenach-Chich, Geneviève Jacques, Claudie Jalin, Michèle Teule-Espié, Blandine Rebischung, Jean-Michel Tissier.

Depuis sa création en 1979, le Comede travaille à la promotion de la santé des exilés. En 32 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 offertes par l'application 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.

Cette évolution n'épargne pas les demandeurs d'asile, depuis que le droit au travail leur a été retiré par circulaire gouvernementale en 1991. Dès lors, les effets psycho-sociaux 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 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, l'association a développé des activités d'expertise et d'intervention en matière d'accès aux soins et à la protection maladie, pour favoriser la continuité des soins et le libre choix de son médecin par le malade.

Nationalité des patients du Comede (1979-2012)



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, puis partiellement 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, témoignent des besoins 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, REPERTOIRES REGIONAUX ET LIVRETS BILINGUES

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 MEDICALE ☎ 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 DROITS, SOUTIEN ET ACCES AUX SOINS ☎ 01 45 21 63 12.

Accès aux dispositifs de soins, sécurité sociale, CMU, AME et droit au séjour pour raison médicale. Du lundi au jeudi de 9h à 12h30.

■ 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

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 2011

L'année 2011 aura été marquée par de nouvelles restrictions à l'encontre des étrangers, tout particulièrement les personnes exilées en situation de grande vulnérabilité. La loi sur l'Immigration du 16 juin 2011 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 sont fait sentir tout au long de l'année. 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 et face à l'augmentation du nombre de demandeurs en Europe et en France, les niveaux de protection continuent de baisser (voir page suivante).

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 (syndromes psychotraumatiques, 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 parfois 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

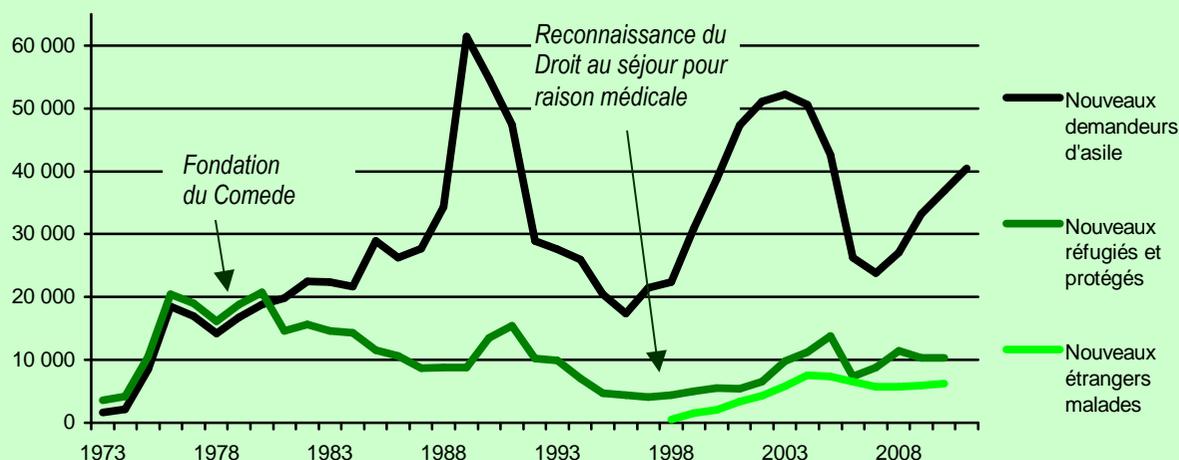
La quête obsessionnelle des « objectifs chiffrés d'éloignement » donne lieu à des situations parfois tragiques et souvent absurdes, et entraîne des conséquences graves pour l'ensemble des acteurs de la société, au premier rang desquels les associations d'aide et les professionnels de la santé, du social, 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 contenues dans la dernière loi sur l'Immigration. Quand l'**enfermement des étrangers** devient 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) faisant le lit de pratiques administratives 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'officieuse 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 (11% en première instance en 2011, selon Eurostat).

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 2010 et données provisoires 2011, Cici – pour les étrangers malades, voir Droit de la santé page 38)



En 2011, l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) a enregistré 57 113 demandes d'asile, incluant les réexamens (5 200) et les mineurs accompagnants (11 455). Les premières demandes d'asile (40 458) sont en augmentation de 10% par rapport à l'année précédente. En 2010, les demandeurs d'asile résidaient 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.

En 2010, le taux global d'admission (incluant les décisions de la Cour nationale du droit d'asile) était de 27,5%, alors que le taux d'accord en première instance (décisions Ofpra) était 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 l'Union Européenne (Source : Eurostat)

Les 27 pays de l'Union européenne (UE27) ont enregistré 301 000 demandeurs d'asile en 2011, en hausse de 16% par rapport à 2010. Près de 90% d'entre eux étaient de nouveaux demandeurs tandis qu'environ 10% réitéraient leur demande. En 2011, les demandeurs d'asile étaient principalement des citoyens d'Afghanistan (9% de l'ensemble des demandeurs), de Russie (6%), du Pakistan (5%), d'Iraq (5%) et de Serbie (5%).

Le plus grand nombre de demandeurs d'asile a été enregistré en France (56 300 demandeurs), suivie de l'Allemagne (53 300), de l'Italie (34 100), de la Belgique (31 900), de la Suède (29 700), du Royaume-Uni (26 400), des Pays-Bas (14 600), de l'Autriche (14 400), de la Grèce (9 300) et de la Pologne (6 900). Ces dix États membres ont enregistré plus de 90% des demandeurs d'asile dans l'UE27 en 2011. En comparaison avec la population de chaque État membre, les taux les plus élevés de demandeurs d'asile ont été observés à Malte (4 500 demandeurs par million d'habitants), au Luxembourg (4 200), en Suède (3 200), en Belgique (2 900), et à Chypre (2 200).

Dans certains États membres, une grande proportion des demandeurs d'asile provenait d'un seul pays. Les États membres présentant les plus fortes concentrations étaient la Pologne (63% des demandeurs provenant de Russie), la Lettonie (52% provenant de Géorgie), le Luxembourg (44% provenant de Serbie), la Lituanie (43% provenant de Géorgie), la Bulgarie (39% provenant d'Iraq), et la Hongrie (38% provenant d'Afghanistan).

En 2011, 237 400 décisions de première instance ont été prises dans l'UE27 à l'égard des demandeurs d'asile. Sur l'ensemble de ces décisions, 177 900 ont fait l'objet d'un rejet (soit 75% des décisions), 29 000 demandeurs [soit 12% pour l'UE27, le taux étant de 11% en France] se sont vu octroyer le statut de réfugié, 21 400 (soit 9%) la protection subsidiaire et 9 100 (soit 4%) une autorisation de séjour pour des raisons humanitaires.

Même si le nombre de protections accordées est doublé par les recours auprès de la Cour nationale du droit d'asile, le taux global 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 40). En matière **d'accès aux soins**, les obstacles ont encore progressé en 2011, en raison de la progression des pratiques restrictives de la Sécurité sociale et de certains dispositifs de soin.

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 44). 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 44).

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 région 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. Les trois quarts des personnes accueillies au Comede ont eu à subir des violences dans leur pays d'origine, et plus d'un quart ont subi 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 peut conduire à la découverte d'affections ou de risques médico-psychologiques graves. 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 68). Sous-dépistés dans la pratique par de nombreux dispositifs de soins, les personnes concernées devront attendre les manifestations cliniques de la maladie pour consulter à nouveau, parfois plusieurs années plus tard, sans avoir pu bénéficier des soins médicaux destinés à ralentir l'évolution et prévenir les complications graves.

Les soins et l'accompagnement de ces personnes nécessitent 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 syndromes psychotraumatiques 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-psychosociale. Les travaux de recherche sur la santé des exilés doivent également s'intéresser aux discriminations qu'ils subissent (voir encadré ci-dessous). 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

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 sahélo-saharienne ou de natifs d'un DOM en sont les principales victimes.

publique (MISP) et Médecins des Agences régionales de santé (MARS), au delà des associations et services sociaux qui aident aux démarches administratives.

Les questions relatives au droit au séjour des étrangers malades ont fortement mobilisé les associations de soin et de soutien aux étrangers tout au long de l'année 2011. 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 44). En 2011, 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 27). En 2011, 60% 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 contrarient également la continuité des soins : dysfonctionnement des Permanence d'accès aux soins de santé (PASS de l'hôpital public), 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 dans le 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

En 2011, le Comede a soigné et soutenu 7 263 personnes de 111 nationalités, dont 3 280 au Centre de santé, 3 576 dans le cadre des permanences téléphoniques, et 407 à l'Espace santé droit en partenariat avec la Cimade. Salariés ou bénévoles, les professionnels du Comede ont délivré 11 199 consultations médicales, infirmières, sociales et psychologiques, dont 45% ont été effectuées en langue étrangère, et traité 3 865 appels téléphoniques. La moitié des consultations du Comede requièrent une expertise administrative et juridique, dans le domaine de l'asile, de l'accès aux soins et/ou du droit de la santé des étrangers. Au delà des premières consultations propices aux actions de prévention et de dépistage, les prises en charge de moyen terme concernent les patients atteints de maladie ou de trouble psychique grave et/ou chronique, en vue d'un relais personnalisé au sein du système de santé de droit commun. La continuité des soins est alors assurée le plus souvent par un suivi médico-social hospitalier proche du lieu de résidence, lorsque celui-ci s'est stabilisé.

Salariés et bénévoles, 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.

Afin de documenter cette évolution, le Comede a intégré fin 2011 plusieurs indicateurs de vulnérabilité sociale dans son recueil de données. Parmi les 1 580 premières consultations caractérisées, il apparaît que 65% des patients du Centre de santé sont hébergés chez un particulier, 14% hébergés par une association, 6% en Cada, 6% par le Samu social, 3% dans un squatt et 3% à la rue, alors que seuls 2% des patients disent avoir un « chez-soi ». En matière de ressources financières, 61% perçoivent moins de 325 euros par mois (seuil ATA) et 36% entre 325 et 450 euros (seuil RSA). Les autres facteurs de vulnérabilité sont souvent associés : 64% sont dépourvus de protection maladie efficiente, 44% présentent des difficultés linguistiques, 29% n'ont « personne avec qui partager leurs émotions », 24% n'ont « personne pour les accompagner dans leurs démarches », 17% n'ont pas pu « manger à leur faim » dans les jours précédant la consultation.

Les données d'épidémiologie médico-sociale produites par le Comede et ses partenaires (voir Droit au séjour des étrangers malades page 38) et plus largement l'évolution des connaissances sur la santé des exilés et le droit de la santé des étrangers nourrissent également les activités du Centre-ressources du Comede (voir page 55) destinées aux professionnels de la santé, du social, du droit de l'Administration et de l'enseignement. Le succès de diffusion du **Guide Comede** s'est poursuivi, avec 54 707

utilisateurs en France. L'Inpes a également diffusé 1 174 130 exemplaires des Livrets de santé bilingue, dans le cadre d'une coédition avec le Comede et la Direction générale de la santé. Outre les 3 865 appels traités par les permanences téléphoniques, le Comede a réalisé 25 publications, dont les dossiers trimestriels de Maux d'exil (5 000 lecteurs), et assuré 52 séances de formation et d'enseignement en 2011.

Les **financements** du Comede proviennent de subventions nationales (37% des produits en 2011 émanant de la DGS, du Service de l'asile, de l'Inpes et de l'Acisé), de subventions transnationales (25%, FER, ONU), de subventions régionales (19%, ARS IDF, CPAM 94, Cramif, DRJSCS, DRDFE et Conseil général 94), et d'aides privées (12%, Sidaction, Fonds Inkermann, Médecins du monde et Fondation Leem), alors que les ressources propres constituent 8% des produits (voir Finances page 62). Dans un contexte de réduction des subventions publiques, la capacité du Comede à développer dans les prochaines années des recettes privées sera déterminante pour permettre la pérennité des actions menées par l'association. En outre, devant l'ampleur des besoins, le Comede doit également continuer à agir en partenariat avec l'ensemble des acteurs professionnels, associatifs et institutionnels préoccupés par la santé, l'accès aux soins et l'insertion des exilés, en conjuguant l'engagement humaniste et la rigueur professionnelle prescrits par les statuts de l'association ■



Démographie : caractéristiques des exilés

(Indicateurs pages 65 et 66)

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.

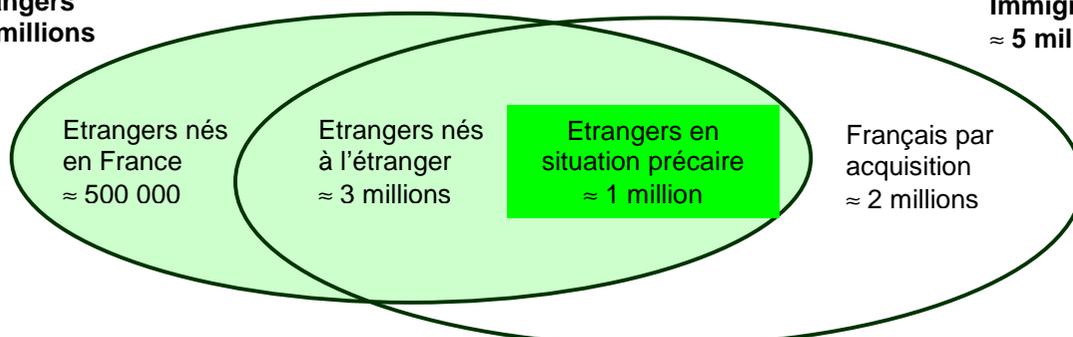
Populations d'étrangers et immigrés résidant en France

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 2010), Départements d'Outre-Mer (6% DA, 8% AME), Rhône-Alpes (10% DA, 3% AME), et PACA (7% AME, 4% DA).

ORIENTATION AU COMEDE ET LIEUX DE RESIDENCE

En 2011, le Comede a soigné et soutenu 7 263 personnes, dont 3 280 Centre de santé, 407 à l'Espace santé droit, et 3 576 personnes dans le cadre des permanences téléphoniques. 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.

En 2011, les patients du Centre de santé **résidaient très majoritairement en région Ile-de-France (98%)**, dont 31% à Paris, 26% en Seine-Saint-Denis, et 18% dans le Val-de-Marne (voir tableau page suivante).

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

Données 2010

<i>Détail donné seulement pour les occurrences ≥1%</i>	Tous patients	Centre de santé	Espace santé droit	Permanence. Téléphonique	Abonnés Maux d'exil
Associations de soutien	23%	22%	45%	18%	20%
Act Up			2%		
Aftam	1%	2%	<1%	<1%	<1%
Aides	<1%	<1%	2%	<1%	1%
Cafda	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
Cimade	4%	2%	19%	7%	3%
Comede (CDS/ESD)	<1%	<1%	2%	<1%	<1%
Dom'asile	2%	2%	1%	<1%	<1%
France terre d'asile	6%	6%	1%	1%	1%
Gisti			1%		
Médecins du monde	1%	1%	2%	<1%	1%
Secours catholique/Cedre	1%	1%	<1%	<1%	1%
Avocats et CRR/CNDA	7%	7%	2%	3%	3%
Collectifs	<1%	<1%	<1%	<1%	2%
Recherche et formation	<1%	<1%	<1%	<1%	4%
Médias	<1%	<1%	<1%	<1%	2%
Universités et laboratoires	<1%	<1%	<1%	<1%	2%
Particuliers	52%	55%	19%	49%	8%
Exilé ou proche	47%	51%	13%	29%	-
Famille	3%	3%	3%	11%	-
Comede (patient/membre)	1%	1%	<1%	9%	8%
Site internet	<1%	<1%	3%	<1%	-
Services de l'Etat	12%	12%	20%	9%	25%
ASE	1%	1%	<1%	<1%	<1%
AS Ville	3%	3%	16%	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%	1%	<1%	1%
Ofii	<1%	1%	<1%	<1%	1%
Ofpra	2%	1%	<1%	<1%	<1%
Préfecture	1%	1%	<1%	<1%	<1%
Samu social			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%	10%	12%	1%
Hôpital Médecin	1%	1%	1%	2%	1%
Médecin Ville	2%	2%	<1%	1%	6%

LES EXILES SOIGNES ET SOUTENUS PAR LE COMEDE

Accueillis à Bicêtre et/ou à Aubervilliers, ou soutenus dans le cadre des permanences téléphoniques **les 7 263 usagers du Comede sont originaires de 115 pays**, principalement de 10 régions :

- ❶ Afrique de l'Ouest (2 097 exilés, dont 494 Guinéens, 443 Maliens, 384 Ivoiriens, 254 Mauritanien et 205 Sénégalais) ;
- ❷ Asie du Sud (1 492, dont 771 Bangladais, 544 Sri-Lankais et 131 Pakistanais) ;
- ❸ Afrique centrale (1 288, dont 660 Congolais/RD, 228 Camerounais, 214 Congolais et 114 Angolais) ;
- ❹ Afrique du Nord (1 048, dont 734 Algériens, 206 Marocains et 105 Tunisiens) ;
- ❺ Europe de l'Est (569, dont 178 Russes/Tchéchènes, 104 Turcs, 89 Arméniens et 70 Géorgiens) ;
- ❻ Europe de l'Ouest (169, dont 113 Roumains)
- ❼ Afrique Australe (135, dont 68 Malgaches et 44 Comoriens)
- ❽ Caraïbes (103, dont 101 Haïtiens) ;
- ❾ Afrique de l'Est (93, dont 42 Soudanais) ;
- ❿ Moyen-Orient (86, dont 47 Égyptiens).

Parmi les patients du Centre de santé, les hommes sont plus nombreux (73%) que les femmes. Les consultants du Comede sont jeunes (âge médian 32 ans mi-2011), et récemment arrivés en France (médiane 1,1 an). Les femmes sont relativement plus nombreuses parmi les exilés originaires des Caraïbes (67%) et d'Afrique centrale (58%). Les exilés originaires d'Afrique de l'Est sont les plus jeunes (28 ans), ceux d'Afrique du Nord les plus âgés (39 ans).

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 page 17). Surtout, la répartition des nationalités diffère sensiblement entre les deux groupes, composés principalement de demandeurs d'asile à Bicêtre et « d'étrangers malades » à

Lieu de résidence des patients et usagers

Régions et Départements >1%	Centre de santé	* P.Tél. Bicêtre	*P. Tél. Auber.
Alsace-Lorraine-Fr.C.	<1%	1%	<1%
Aquitaine	<1%	1%	<1%
Centre-Nord	2%	4%	3%
28 - Eure-Et-Loir	<1%		1%
45 - Loiret	<1%		1%
60 - Oise	1%		1%
Ile-de-France	98%	86%	94%
75-Paris	31%	31%	36%
77-Seine-et-Marne	3%	5%	3%
78-Yvelines	2%	2%	2%
91-Essonnes	5%	5%	3%
92-Hauts-de-Seine	5%	6%	4%
93-Seine-St-Denis	26%	15%	36%
94-Val-de-Marne	18%	17%	6%
95-Val d'Oise	8%	4%	4%
Nord-Ouest	<1%	2%	<1%
Nord-Pas-de-Calais	<1%	1%	<1%
Outre-Mer	<1%	<1%	0%
PACA-Languedoc-R.	<1%	2%	1%
Rhône-Alpes-Auverg.	<1%	2%	1%
Sud-Ouest	<1%	3%	1%
Etranger	-	1%	0%

* données 2010

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

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 et d'Afrique du Nord.

Les 25 principales nationalités des exilés soutenus par le Comede en 2011

Nationalité	n	Femmes
Bangladesh	771	5%
Algérie	734	51%
Congo RD	660	53%
Sri Lanka	544	17%
Guinée Conakry	494	36%
Mali	443	35%
Côte d'Ivoire	384	44%
Mauritanie	254	14%
Cameroun	228	53%
Congo	214	53%
Maroc	206	41%
Sénégal	205	43%
Russie/Tchéch./Ing.	178	37%
Pakistan	131	7%
Angola	114	50%
Roumanie	113	45%
Tunisie	105	24%
Turquie	104	17%
Haïti	101	62%
Arménie	89	46%
Nigeria	89	26%
Georgie	70	16%
Madagascar	68	58%
Egypte	47	14%
Comores	44	48%

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

données 2010

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%

Les exilés informés et soutenus dans le cadre des **permanences téléphoniques** du Comede (3 576 situations documentées sur ce plan) 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 (17%, Congo RD, Cameroun, Congo) et d'Europe de l'Est (8%). L'âge médian est de 36 ans. Les proportions de femmes (39%), de personnes âgées de plus de 60 ans (11%), et de mineurs (8%) sont plus importantes que celles observées parmi les patients accueillis au Centre de santé ou à l'Espace Santé Droit.

GROUPES VULNERABLES

(Voir *Epidémiologie* page 19)

La population accueillie au Comede est constituée des exilés les plus vulnérables sur le plan de la santé. Ce sont pour la plupart des **demandeurs d'asile** « isolés », séparés des membres de leur famille dont ils ignorent souvent le destin, qui doivent en outre survivre en situation de très grande précarité administrative et sociale. La pathologie observée à l'occasion des bilans de santé est plus fréquente dans certains groupes : femmes, mineurs, personnes âgées, ainsi que chez les personnes originaires d'Afrique Sub-Saharienne, et à un degré moindre d'Afrique du Nord.

En 2011, **1057 femmes** ont été **accueillies au** Centre de santé ou à l'Espace santé droit (28% de la file active). Principalement originaires d'Afrique centrale (37%, dont Congo RD 23% et Congo 5%), d'Afrique de l'Ouest (27%, dont Guinée 10% et Côte d'Ivoire 5%), d'Asie du Sud (11%, dont Sri Lanka 7%), d'Europe de l'Est (8%), et d'Afrique du Nord (7%), 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 poids des violences liées au genre et le phénomène de « double violence » pris en compte par le Comede dans le cadre du Groupe d'échange avec les femmes (page 54).

Le Comede a accueilli 103 **enfants mineurs**, dont la moitié sont des 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 (67%), récemment arrivés en France (médiane 7 mois), ils sont originaires de 29 pays (dont Mali 17% et Congo/RD 15%). Ils souffrent en particulier de psycho-traumatismes, d'infection chronique par le VHB et de parasitoses. Les autres maladies graves sont rares.

Enfin, 146 patients **âgés de plus de 60 ans** ont été accueillis en 2011. Majoritairement des femmes (61%), résidant en France depuis 1,8 ans (médiane), ces personnes sont principalement originaires du Congo RD, d'Algérie, du Sri Lanka et du Congo. 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 (204 pour mille), les maladies cardiovasculaires (108), l'infection à VHB (74), l'infection à VHC (35) et l'infection à VIH (23) sont particulièrement fréquents. Parmi ceux d'Afrique de l'Ouest, c'est le cas de l'infection à VHB (152), des psychotraumatismes (149), et de l'infection à VIH (17). Parmi ceux d'Afrique du Nord, c'est le cas du diabète (108) et des maladies cardiovasculaires (97). Et parmi ceux d'Afrique de l'Est, des psycho-traumatismes (149) et de la bilharziose urinaire (24). Concernant enfin les exilés originaires des autres continents, on observe pour les Caraïbes des prévalences particulièrement élevées des psycho-traumatismes (134) et du diabète (72) ; pour l'Europe de l'Est des psychotraumatismes (171), et de l'infection à VHC (37) ; et enfin pour l'Asie du Sud du diabète (57) ■

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.

Vulnérabilité administrative et sociale

En décembre 2011, le recueil des données effectué par les consultants du Centre de santé s'est enrichi d'indicateurs sociaux et administratifs. Sur les 1580 premières consultations renseignées, on compte :

- 3% de réfugiés détenteurs d'une carte de résident (1%), du récépissé de demande de carte (2%) ;
- 83% de demandeurs d'asile aux différentes étapes de la procédure : en « procédure prioritaire » (4%), en attente de la domiciliation (6%), munis d'une « convocation préfecture » (8%), de l'autorisation provisoire de séjour (5%), du récépissé (49%), ou « rejetés » par l'Ofpra et « déboutés » par la CRR/CNDA (10%) ;
- 13% d'autres étrangers titulaires de la carte de séjour temporaire (2%), ou « sans-papiers » (12%) ;
- et 1% de mineurs étrangers.

Sur le plan social, 65% des patients sont hébergés chez un particulier, 14% hébergés par une association, 6% en Cada, 6% par le Samu social, 3% dans un squat et 3% à la rue, alors que seuls 2% disent avoir un « chez-soi ». En matière de ressources financières, 61% perçoivent moins de 325 euros par mois (ATA) et 36% entre 325 et 450 euros. Les autres facteurs de vulnérabilité sont souvent associés : 64% sont dépourvus de protection maladie efficiente, 44% présentent des difficultés linguistiques, 29% n'ont « personne avec qui partager leurs émotions », 24% n'ont « personne pour les accompagner dans leurs démarches », 17% ne peuvent « manger à leur faim ».



Epidémiologie, prévention et bilan de santé

(Indicateurs page 68)

L'expérience de l'exil et de la violence modifie la perception des risques de santé et peut diminuer la réceptivité aux messages de prévention, ce d'autant plus que l'information est délivrée dans une langue qui n'est pas familière, et trop souvent en l'absence d'interprète dans les dispositifs de santé de droit commun. En outre, cette expérience est vécue par les étrangers en séjour précaire dans un contexte d'exclusion juridique et sociale qui donne un rôle prioritaire à la gestion des risques immédiats par rapport aux dangers situés dans l'avenir. Cette situation n'empêche pourtant pas l'attention relative aux risques ultérieurs et leur prévention. En effet dans l'expérience du Comede, dès lors que la prise en charge proposée intègre le contexte social et juridique et que la survie est assurée au quotidien, on constate que les patients sont demandeurs de conseils de prévention et de dépistage, conseils mis en pratique de manière souvent plus importante que dans la population générale.

ANTECEDENTS DE VIOLENCE ET DE TORTURE

Les trois quarts des consultants du Comede en médecine et en psychothérapie ont eu à subir des **violences** (74%, définition OMS) dans leur pays d'origine, et plus d'un quart ont eu à subir la **torture** (27%, définition ONU). Depuis décembre 2011 sont également signalés par les antécédents de violence liée au genre et à l'orientation sexuelle, retrouvés dans 14% des cas parmi les 704 personnes reçues (39% chez les femmes et 4% chez les hommes). L'analyse détaillée de ces antécédents selon les caractéristiques socio-démographiques pourra être effectuée dans le prochain rapport. Entre 2007 et 2010, les antécédents de violence étaient 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%, voir tableau page suivante).

Dans une étude effectuée en 2007 parmi les consultants du Centre de santé du Comede, le risque de **psychotraumatisme** grave apparaissait 2,3 fois plus élevé lorsqu'il existait un antécédent de violence, et 2,8 fois plus lorsque cette violence avait été qualifiée de torture ($p < 0,001$). Parmi les survivants de la violence et de la torture, la fréquence du psycho-traumatisme grave était significativement plus faible chez les patients originaires d'Asie du Sud ($p < 0,001$), c'est à dire ceux dont la demande de certificat médical est la plus forte et la pratique de la langue française la moins répandue. Si les difficultés linguistiques contribuent sans doute à masquer le diagnostic médical et à limiter l'orientation sur le psychologue, l'importance prêtée au certificat médical dans les stratégies de demande d'asile pour certaines nationalités, particulièrement le Bangladesh et le Sri-Lanka, peut expliquer en partie cette observation, en raison de la prééminence du temps juridique sur le temps thérapeutique (voir Droit de la santé page 35).

En 2011, un **certificat médical** destiné à la procédure d'asile a été délivré pour 26% des patients suivis en médecine. La plupart de ces certificats attestent de séquelles physiques sans gravité sur le plan physiologique, mais certains de ces demandeurs d'asile relèvent d'une chirurgie de réparation. Accueillis parmi l'ensemble des patients, les survivants de la torture relèvent souvent d'une prise en charge pluridisciplinaire, pour laquelle le Comede est soutenu par le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture (ONU).

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%

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 69), 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.

En 2011, le **bilan de santé** recommandé selon le pays d'origine a été effectué par au moins 80% des patients du Centre de santé (20% 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, une pathologie ou un risque médico-psychologique grave a été retrouvé chez 40% des nouveaux patients du Comede. En comptant les anciens patients toujours suivis en 2011, les 1 599 « Patients à suivre » représentent 43% de la File active du Comede (Centre de santé et Espace santé droit).

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 d'hypertension artérielle, de diabète de type 2, d'asthme persistant et/ou d'infection virale

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 de régions page 59). NFS Numération-formule sanguine, EPS Examen parasitologique des selles, EPU Examen parasitologique des urines

Activités spécifiques de prévention en 2011

● Education thérapeutique

▪ **314 consultations** ont été effectuées au Comede, notamment en bengali (21%) et tamoul (14%). Les consultations en **langue étrangère** ont été effectuées avec un interprète professionnel dans 97% des cas (les autres ayant été conduites par les professionnelles du Comede).

▪ **111 patients** de 18 nationalités en ont bénéficié, soit en moyenne 2,8 consultations par patient. Majoritairement des hommes (68%), ils sont principalement originaires du Bangladesh (23%), Congo RD (23%), du Sri Lanka (15%) et de Guinée Conakry (12%). Parmi ces patients :

- 40 ont eu une seule consultation d'ETP en 2011
- 27 ont eu 2 consultations d'ETP
- 11 ont eu 3 consultations d'ETP
- 33 ont eu plus de 3 consultations (entre 4 et 10)

● 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 de la première année pleine d'activité en 2011, **507 vaccinations ont été effectuées pour 96 personnes**, dont 83 étaient âgés de 15 à 44 ans.

● Education pour la santé

Animée par une infirmière, une consultation dédiée à l'éducation pour la santé a été mise en place fin 2010. En 2011, **88 consultations** ont été effectuées, en majorité pour des femmes originaires d'Afrique centrale et de l'Ouest. L'objectif de cette consultation, préventive et individuelle, est de développer l'autonomie de la personne dans la préservation de sa santé et ainsi favoriser l'échange avec les différents acteurs de santé. Ces consultations sont un moment d'écoute, d'information, d'orientation et de soutien.

Principaux sujets abordés :

- Contraception et sexualité (choix dans le mode de sa contraception),
- Prévention et dépistage des IST (connaître les IST et leurs modes de transmissions ainsi que les moyens de prévention, savoir utiliser un préservatif masculin et féminin)
- Facteurs de risque des maladies chroniques (adapter et approfondir les risques et les impacts au regard du bilan de santé; aspects nutritionnels)...

Outils utilisés :

- Plaquettes et livrets d'information sur les IST, le VIH, les différents mode de contraception ; la sexualité...),
- Planches de dessins anatomiques et physiologiques,
- Mallettes de démonstration (pose d'un préservatif...),
- Photo langage sur l'alimentation.

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, 314 consultations d'Education thérapeutique ont été effectuées. 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. 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 voire plusieurs années pour certains patients.

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 : syndromes psychotraumatiques graves (34%), maladies infectieuses et parasitaires (23%), autres

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

Taux pour 1000 personnes, parmi 16 481 patients accueillis en médecine 2005-2011

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 4 233-12 241	6	20	13	18	10	3	50	39	97	45	212	98
Taux global France	*	*	nc	nc	nc	nc	38	38	nc	nc	7	7
Taux global Monde	*	*	nc	nc	nc	nc	30	30	nc	nc	nc	nc
Afrique australe 63-43	-	-	48	23	32	-	95	140	222	163	175	70
Madagascar 35-21	-	-	57	-	57	-	57	4 cas	229	6 cas	200	2 cas
Afrique centrale 1 746-1 809	9	36	9	14	9	2	38	41	125	92	219	189
Angola/Cabinda 111-185	27	43	-	5	-	-	-	-	135	86	108	178
Cameroun 176-177	11	17	6	6	28	-	74	45	239	56	102	136
Congo 234-263	17	38	17	11	17	4	21	65	128	61	248	190
Congo RD 1 146-1 095	9	45	8	18	5	3	35	37	110	116	242	199
Rwanda 41-29	-	1 cas	24	-	-	-	49	1 cas	73	5 cas	220	10 cas
Afrique de l'Est 68-220	15	-	-	9	-	-	-	-	-	9	28	109
Erythrée 15-35	-	-	-	29	-	-	-	-	-	-	2 cas	114
Soudan 9-128	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	2 cas	86
Afrique du Nord 131-313	*	*	8	26	53	19	153	89	183	61	145	83
Algérie 101-217	*	*	10	18	69	18	149	101	228	60	149	21
Maroc 21-50	*	*	-	40	-	20	5 cas	80	1 cas	60	3 cas	40
Tunisie 9-45	*	*	-	44	-	-	-	44	-	67	1 cas	44
Afrique de l'Ouest 976-3 071	7	12	18	35	3	4	48	25	78	48	255	115
Côte d'Ivoire 186-423	5	17	16	9	5	7	22	28	75	45	258	111
Guinée Conakry 350-747	11	24	9	5	3	3	31	17	60	28	349	252
Mali 126-589	-	-	56	73	-	3	127	17	167	46	79	25
Mauritanie 75-697	-	-	40	46	-	3	53	7	53	34	227	55
Nigeria 80-201	-	20	-	40	-	5	13	70	-	80	263	159
Sénégal 53-156	-	6	38	64	-	-	94	64	132	109	132	13
Sierra Leone 27-68	2 cas	44	-	44	-	-	-	-	3 cas	59	7 cas	162
Togo 27-65	-	15	-	15	1 cas	-	3 cas	77	3 cas	138	8 cas	138
Asie centrale 57-191	*	*	-	5	-	5	-	-	70	16	53	63
Afghanistan 4-128	*	*	-	-	-	-	-	-	1 cas	8	2 cas	86
Mongolie 42-48	*	*	-	21	-	21	-	-	24	42	-	-
Asie de l'Est 42-54	-	-	-	-	71	-	24	74	95	37	95	74
Asie du Sud 616-5 127	2	29	16	14	5	1	80	54	50	33	169	50
Bangladesh 90-2 172	11	43	11	12	11	2	33	61	11	33	144	36
Inde 11-186	-	5	-	11	-	5	-	54	1 cas	75	-	86
Pakistan 12-256	-	-	-	35	-	-	1 cas	82	-	43	1 cas	55
Sri Lanka 502-2 505	-	22	18	14	4	<1	90	45	58	29	179	64
Caraïbes 144-133	-	8	21	8	7	8	56	90	83	60	125	143
Haïti 143-129	-	8	21	8	7	8	56	85	84	54	126	147
Europe de l'Est 325-1 103	*	*	18	4	15	6	40	8	80	19	252	147
Arménie 40-46	*	*	25	-	-	22	25	-	125	22	250	109
Géorgie 17-42	*	*	2 cas	-	-	-	-	-	-	-	6 cas	95
Russie/Tchétchén. 109-258	*	*	9	4	28	4	46	12	110	35	257	167
Turquie 105-648	*	*	10	5	10	5	38	8	19	8	314	147
Moyen-Orient 22-110	*	*	-	-	-	-	1 cas	-	-	64	5 cas	91

* 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 16 481 patients accueillis en médecine 2005-2011

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 4 233-12 241	2	6	3	5	5	6	41	72	23	15	23	4
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 63-43	-	-	-	-	32	-	-	1	-	47	-	-
Madagascar 35-21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 cas	-	-
Afrique centrale 1 746-1 809	1	1	3	13	9	19	43	104	38	32	32	14
Angola/Cabinda 111-185	-	5	-	22	18	27	72	146	90	54	-	27
Cameroun 176-177	-	-	-	11	11	11	68	148	102	28	62	11
Congo 234-263	-	-	-	-	4	8	21	99	17	-	30	15
Congo RD 1 146-1 095	1	-	5	16	8	22	41	89	29	38	27	13
Rwanda 41-29	-	-	-	-	24	1 cas	24	1 cas	49	-	98	-
Afrique de l'Est 68-220	-	-	-	32	-	5	44	55	15	5	44	-
Erythrée 15-35	-	-	-	-	-	-	1 cas	-	-	-	-	-
Soudan 9-128	-	-	-	23	-	8	1 cas	78	-	-	-	-
Afrique du Nord 131-313	-	-	**	**	8	-	8	26	15	16	-	3
Algérie 101-217	-	-	**	**	-	-	-	5	10	5	-	5
Maroc 21-50	-	-	**	**	1 cas	-	-	20	1 cas	20	-	-
Tunisie 9-45	-	-	**	**	-	-	1 cas	133	-	67	-	-
Afrique de l'Ouest 976-3 071	5	26	8	10	3	7	78	176	10	8	43	9
Côte d'Ivoire 186-423	-	7	-	7	-	2	48	161	38	17	75	17
Guinée Conakry 350-747	3	5	17	21	3	9	71	149	9	4	46	9
Mali 126-589	24	58	8	5	-	5	135	231	-	3	24	5
Mauritanie 75-697	-	47	-	1	-	6	133	184	-	9	27	6
Nigeria 80-201	-	-	-	10	-	15	38	90	-	5	25	15
Sénégal 53-156	-	32	-	6	-	13	94	224	-	6	-	6
Sierra Leone 27-68	-	-	1 cas	74	-	-	1 cas	206	-	15	-	-
Togo 27-65	-	-	-	-	-	-	1 cas	92	-	15	1 cas	15
Asie centrale 57-191	**	**	**	**	18	5	175	63	158	73	-	-
Afghanistan 4-128	**	**	**	**	-	-	-	8	-	23	-	-
Mongolie 42-48	**	**	**	**	24	-	214	229	214	208	-	-
Asie de l'Est 42-54	**	**	**	**	-	-	95	130	48	19	-	-
Asie du Sud 616-5 127	**	**	**	<1	-	4	2	24	2	8	-	<1
Bangladesh 90-2 172	**	**	**	<1	-	2	11	44	-	1	-	<1
Inde 11-186	**	**	**	**	-	32	-	32	-	5	-	5
Pakistan 12-256	**	**	**	**	-	4	-	51	-	133	-	-
Sri Lanka 502-2 505	**	**	**	**	-	3	-	4	-	2	-	-
Caraïbes 144-133	**	**	-	-	7	8	49	60	-	8	-	15
Haïti 143-129	**	**	-	-	7	8	49	62	-	8	-	16
Europe de l'Est 325-1 103	**	**	**	**	-	1	12	54	34	38	-	1
Arménie 40-46	**	**	**	**	-	-	-	-	25	-	-	-
Géorgie 17-42	**	**	**	**	-	-	1 cas	48	-	286	-	-
Russie/Tchétchén. 109-258	**	**	**	**	-	-	9	31	37	81	-	4
Turquie 105-648	**	**	**	**	-	2	19	63	-	3	-	-
Moyen-Orient 22-110	-	-	-	1 cas	-	-	-	27	-	109	-	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

affections chroniques et risques médicaux graves (43%). 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 68 et tableaux pages suivantes). Les principaux motifs de suivi sont caractérisés dans la suite de ce chapitre par nombre décroissant de malades suivis en 2011. Les taux de prévalence ont été calculés sur les 16 481 patients accueillis en médecine au cours des 7 dernières années.

- **Syndromes psychotraumatiques :** 593 patients, 4% des diagnostics étaient connus au pays. Taux global de 212 pour 1000 chez les femmes et de 98 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 219, hommes 189), d'Afrique de l'Ouest (femmes 255, hommes 115), d'Europe de l'Est (femmes 252, hommes 147) et de Haïti (hommes 143).

- **Maladies cardio-vasculaires :** 266 patients, 44% des diagnostics connus au pays. Taux global de 97 chez les femmes et de 45 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 125, hommes 92), d'Afrique du Nord (femmes 183, hommes 61), des Caraïbes (femmes 83, hommes 60) et du Moyen-Orient (hommes 64).

- **Infection à VHB :** 245 patients, 7% des diagnostics connus au pays. Taux global de 41 chez les femmes et de 72 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 78, hommes 176), d'Asie centrale (femmes 175, hommes 63), d'Asie de l'Est (femmes 95, hommes 130) et d'Afrique centrale (femmes 43, hommes 104).

- **Diabète :** 193 patients, 50% des diagnostics connus au pays. Taux global de 50 chez les femmes et de 39 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (femmes 153, hommes 89), d'Afrique australe (femmes 95, hommes 140), des Caraïbes

État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français

Questions d'économie de la Santé, Irdes, n°172, janvier 2012, <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf>

Cette synthèse portant sur l'état de santé et le recours aux soins des migrants depuis une trentaine d'années souligne le manque d'information sur la nationalité et le pays de naissance dans la plupart des enquêtes santé et surtout la divergence des résultats entre les différents travaux due notamment :

- A la diversité des indicateurs utilisés, entre indicateurs objectifs (mortalité, prévalence des maladies) et subjectifs (santé perçue),
- Au décalage dans le temps des périodes considérées, selon l'immigration de travail, le regroupement familial et l'asile,
- Mais aussi à des biais tel que le « biais saumon » (retour au pays d'origine des immigrés vieillissants) ou le biais de déclaration lié au profil migratoire avec une moindre déclaration de maladies chroniques.

Malgré de telles difficultés, l'étude montre qu'il existe des disparités de santé ou d'accès aux soins entre la population immigrée et la population française avec pour principaux déterminants :

- Les conditions socio-économiques défavorables des immigrés qui expliquent leur plus mauvais état de santé ou leur moindre recours à la médecine de ville, avec des difficultés financières comme raison première de renoncement aux soins,
- Les difficultés d'accès à l'assurance complémentaire, alors qu'elle est considérée comme essentielle pour maintenir l'accès aux soins des plus démunis
- La moindre connaissance du système de santé et des filières de soins et la moindre maîtrise de la langue,
- L'adoption par certains soignants d'un comportement discriminatoire allant même jusqu'au refus de soins,
- Le stress associé à l'insertion dans un nouvel environnement ou un manque de soutien social intrinsèquement défavorables à un bon état de santé,
- Des habitudes culturelles et d'hygiène de vie propres au pays d'origine qui se traduisent parfois par une altération de l'état de santé.

L'étude préconise la mise en œuvre de politiques de santé publique, visant à améliorer l'état de santé et l'accès aux soins des populations d'origine étrangère, telles que la mise en place de programmes de prévention et d'éducation à la santé adaptés, et la simplification de l'accès aux droits, à l'Aide médicale d'État (AME) et à la Couverture maladie universelle (CMU).

(femmes 56, hommes 90), et d'Asie du Sud (femmes 80, hommes 54).

Taux de prévalence par classe d'âge

Taux pour 1000 personnes, parmi 16 481 patients accueillis en médecine 2005-2011

Affection (effectif)		<15 ans 219	15- 19 871	20- 24 2248	25- 29 4199	30- 34 3506	35- 39 2343	40- 44 1332	45- 49 756	50- 54 390	55- 59 252	60- 64 168	>65 ans 186	total 16481
Psycho-trauma	2 113	64	99	149	127	137	130	129	139	115	111	36	11	128
Infection à VHB	1 148	32	55	70	77	78	74	71	50	38	36	24	16	70
Mal. cardio-vas	968	9	5	9	14	29	59	121	169	236	393	435	495	59
Diabète	701	-	3	4	12	30	55	84	127	172	190	250	210	43
Infection VHC	307	-	-	7	11	16	20	30	50	44	44	95	75	19
Asthme persist.	282	18	3	11	13	18	20	28	24	38	16	18	43	17
Anguillulose	278	14	13	20	17	20	17	17	19	8	4	6	-	17
Schistosomose	168	-	36	9	13	11	7	5	3	3	-	-	5	10
Infection à VIH	162	-	6	8	7	11	15	16	11	10	12	6	5	10
Tuberculose	104	9	5	6	7	7	6	7	4	5	4	-	-	6

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

▪ **Infection à VHC** : 73 patients, 13% des diagnostics connus au pays. Taux global de 23 chez les femmes et de 15 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Asie centrale (femmes 158, hommes 73), d'Afrique centrale (femmes 38, hommes 32), d'Europe de l'Est (femmes 34, hommes 38) et du Moyen-Orient (hommes 109).

▪ **Asthme persistant** : 68 patients, 71% des diagnostics connus au pays. Taux global de 13 chez les femmes et de 18 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique australe (femmes 48, hommes 23), d'Afrique de l'Ouest (femmes 18, hommes 35) et d'Afrique du Nord (femmes 8, hommes 26).

▪ **Infection à VIH-sida** : 58 patients, 11% des diagnostics connus au pays. Taux global de 23 chez les femmes et de 4 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 32, hommes 14), d'Afrique de l'Ouest (femmes 43, hommes 9), d'Afrique de l'Est (femmes 44) et de Haïti (hommes 15).

▪ **Cancer** : 37 patients, 37% des diagnostics connus au pays. Taux global de 10 chez les femmes et de 3 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (femmes 53, hommes 19) et d'Europe de l'Est (femmes 15, hommes 6).

▪ **Tuberculose** : 20 patients, 5% des diagnostics connus au pays. Taux global de 5 chez les femmes et de 6 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 9, hommes 19), de Haïti (femmes 7, hommes 8) et d'Asie centrale (femmes 18, hommes 6).

Parmi les autres risques médicaux observés, il faut signaler la prévalence de l'anguillulose intestinale notamment chez les exilés d'Afrique centrale (hommes 36) et d'Asie du Sud (hommes 29), de la schistosomose à *Mansoni* parmi les exilés d'Afrique de l'Est (hommes 32), d'Afrique centrale (hommes 13) et d'Afrique de l'Ouest (femmes 8, hommes 10), et de la schistosomose à *Haematobium* parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 5, hommes 26).

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 44 ans. Pour l'infection à VIH, les taux de prévalence les plus importants sont observés entre 30 et 59 ans. 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 - 13 mois pour l'ensemble des patients atteints d'affection chronique, avant le plus souvent un relais médical au sein du système de santé de droit commun. Les durées moyennes de suivi au Comede se situent entre 20 mois pour l'asthme persistant et 8 mois pour l'infection à VIH, en raison d'une prise en charge plus favorable dans les services hospitaliers spécialisés. Pendant la période de suivi au Comede, 59% des « Patients à suivre » bénéficient d'un suivi conjoint par un médecin spécialiste le plus souvent à l'hôpital (psychotraumatisme 36% - tuberculose 100%).

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 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, 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 ■

Les chiffres des migrations. Etat des lieux 2012 par la Cimade

<http://www.lacimade.org>

Dans cet ouvrage publié en janvier 2012, la Cimade présente « un panorama global des conséquences des politiques publiques en matière d'immigration depuis 2009. [...] Des politiques européennes sécuritaires vis-à-vis des pays du Sud aux pratiques abusives des préfectures en matière d'hébergement des demandeurs d'asile en passant par les labyrinthes dans lesquels se perdent les demandeurs de visa ou les dérives de la politique du chiffre en Outre-mer, cet ouvrage propose une vision d'ensemble des politiques menées à l'encontre des migrants ces deux dernières années. » Est à l'oeuvre une « logique de réduction des droits, de précarisation, de stigmatisation et de criminalisation des étrangers qui s'inscrit par ailleurs dans une évolution de l'ensemble de la société française vers une société de « sans droits ».

En avançant des faits et des chiffres précis, en témoignant des réalités du terrain, cet ouvrage cherche avant tout à montrer qu'il est possible et urgent de mener d'autres politiques d'immigration et d'intégration. [...] » Et d'avancer les indicateurs chiffrés suivants :

- **60%** des migrations internationales sont des migrations Sud-Sud.
- Plus de **2000** migrants ont disparu en Méditerranée entre février et septembre 2011.
- Le budget de Frontex a augmenté de **254%** entre 2007 et 2011.
- **5 JOURS**, c'est le temps durant lequel un étranger peut être privé de liberté sans voir le juge, pour le seul fait d'être en situation irrégulière. En comparaison, le régime le plus strict de garde à vue, pour les personnes soupçonnées de terrorisme est de 4 jours.
- **10 000** personnes sont expulsées après avoir été interpellées aux frontières terrestres françaises lors de contrôles d'identité contraires à la Convention de Schengen.
- **5 LOIS** sur l'immigration en 7 ans.
- Les demandes de visa ont chuté de **16%** entre 2003 et 2009.
- Seulement **60%** des demandeurs d'asile ont accès à la procédure normale.
- **35 000** demandeurs d'asile sont sur liste d'attente d'un centre d'accueil pour demandeurs d'asile dont 20 022 qui sont hébergés dans le cadre du dispositif d'urgence.
- **28 000** personnes étrangères ont été expulsées depuis la métropole en 2010. Le quota est fixé à 30 000 pour 2011.
- **35 000** migrants ont été expulsés depuis l'Outre-mer dont 26 000 uniquement depuis Mayotte.
- **356** enfants ont été enfermés en centre de rétention en métropole. On estime que 6 000 enfants ont été enfermés puis expulsés depuis Mayotte.
- **48,9%** des affaires enregistrées devant les cours administratives d'appel relèvent du contentieux des étrangers.
- **72 MILLIONS** c'est le budget 2011 dédié à l'intégration et à l'accès à la nationalité contre 90 MILLIONS la lutte contre l'immigration irrégulière.



Accès aux soins et protection maladie

Suite à la dernière **réforme de l'Aide médicale Etat** (AME, voir encadré), et dans un contexte de dégradation continue de la protection maladie des étrangers en situation précaire, l'exclusion des soins a encore progressé en 2011, conduisant à des retards de prise en charge médicale ou chirurgicale préoccupants. Exclus de la sécurité sociale en 1993 puis de la Couverture maladie « universelle » en 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 effets de la réforme de décembre 2010 (forfait de 30 euros, réduction du panier de soins) sont venus s'ajouter aux effets des précédentes réformes 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 avril 2012) 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).

Au delà des « sans-papiers » directement visés par ces réformes, 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 en 2003 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 2011. Pour ces actions, le Comede bénéficie en particulier de subventions de l'Agence régionale de santé et de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France.

Les excès du contrôle par la sécurité sociale liées au discours public de délégitimation de l'Etranger s'accompagne d'une réduction progressive 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 ou fermeture pure et simple des guichets). 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 37), celle du droit aux soins est l'un des axes majeurs des actions du Comede et de ses partenaires associatifs de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (voir ODSE page 46).

ACTIONS DU COMEDE

Lors de la première consultation, **60% des nouveaux patients du Comede sont dépourvus d'une protection maladie efficiente** (dispense d'avance des frais par la CMU-C ou l'AME), alors que 40% bénéficient

La réforme de l'Aide médicale Etat

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 5 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 hospitaliers supérieurs à 15 000 € ;
- Réduction du panier de soins : exclusion de la procréation médicalement assistée et des cures thermales ;
- Limitation des ayants-droit : exclusion des ascendants, descendants, collatéraux (hors conjoints et enfants).

d'une protection effective par la CMU-C (32%) ou l'AME (8%). Les données 2011 n'ont pu être davantage détaillées en raison des limites du logiciel *Chorus* (société ICT) utilisé par le Comede. Selon l'examen des conditions de facturation de l'ensemble des consultations médicales effectuées en 2010, 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 impliquaient 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 étaient plus souvent dépourvus de droits que les autres. Certains groupes démographiques apparaissaient 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 56) 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 chaque fois que nécessaire par le médecin ou l'infirmier/e en cas de demande d'admission immédiate en complémentaire CMU ou d'instruction prioritaire en AME pour des soins spécialisés incompatibles avec les délais de procédure « normale ».

Etat de droits des patients du Centre de santé du Comede en 2011 sur 2156 premières consultations médicales

	rien	base	CMUC	AME
1ère consultation	49%	11%	32%	8%

Données détaillées pour 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 2011, l'expertise et l'intervention des professionnels médico-sociaux en matière d'accès aux soins ont été nécessaires pour 12% des consultations du Comede, relativement plus souvent au sein du service social et juridique (30% au Centre de santé et 22% 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 20% 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 Droit, soutien et accès aux soins (DSAS et se consacrent en outre aux activités de formation, recherche et publication sur l'accès aux soins. L'ensemble des permanences téléphoniques du Comede ont été sollicitées sur des questions d'accès aux soins dans 27% des cas (sur 3 865 appels caractérisés en 2011), particulièrement la permanence DSAS (71%, voir Indicateurs page 69).

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/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

Doublage des obstacles à l'accès aux soins observés au Comede entre 2007 et 2011

Les consultants du Comede évaluent les besoins en accompagnement spécialisé (*expertise*) et signalent les *obstacles* à l'accès aux soins rencontrés par les patients. Cette évaluation n'est pas exhaustive, et reste tributaire de variations importantes entre les consultants (du simple au double). En outre, la priorisation de l'accès au Comede des personnes dépourvues de protection maladie peut également influencer les résultats. Malgré ces biais potentiels, l'évolution globale des données corrobore le diagnostic d'une progression de l'exclusion des soins cours des dernières années. Entre 2007 et 2011, le taux global des *expertises* et *obstacles* signalés a doublé (14% des consultations en 2011).



chroniques. Sans protection complémentaire, l'interruption des soins est la règle, immédiate ou consécutive à la réception à domicile de la facture relative aux premiers soins délivrés. Considérés comme « perdus de vue » par les dispositifs de droit commun, une partie de ces malades retardent alors le recours aux soins jusqu'à l'aggravation de leur état de santé.

Récemment arrivés en France ou en situation de rupture de droits, les exilés sont essentiellement des « entrants dans le système » à toutes les étapes : immatriculation à la Sécurité sociale, première affiliation, admission à la protection complémentaire CMU/AME. Les difficultés résident dans la complexité du système et la méconnaissance du droit et des procédures par les professionnels de la santé, du social, ou de la Sécurité sociale. Elles sont liées à la fois au contrôle imposé par

la loi aux caisses pour la différenciation Assurance maladie/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 règles spécifiques pour les demandeurs d'asile (dispense de la condition de stabilité du séjour). 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 2011, 637 obstacles à l'accès aux soins ont été documentés concernant 263 patients du Centre de santé (voir tableau ci-contre). La plupart des obstacles à l'accès aux soins relèvent des **dysfonctionnements de la Sécurité sociale**. Les erreurs de droit sont les plus fréquentes (35%), 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 immédiate à la CMU-C ou d'instruction prioritaire à l'AME). Les difficultés d'accès au Centre de sécurité sociale de secteur (CSS) sont également très fréquentes (25%), souvent 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. Des erreurs de procédure sont également signalées dans 22% des cas, dont les plus nombreuses sont liées au non respect des délais de procédure, aux dossiers « perdus » par la

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

637 obstacles documentés pour 263 patients
du Centre de santé en 2011

91 obstacles documentés à l'Espace santé droit en 2010

Type d'obstacle	CDS 2011	ESD 2010
Erreurs de droit du CSS	35%	13%
<i>Pour la Sécu et l'AME</i>	10%	2%
Régularité de séjour CMU/AME	5%	2%
Refus enregistrement demande	3%	-
Enregistrement différé	1%	-
Autres obstacles	<1%	-
<i>Pour la Sécu-CMU-C</i>	20%	4%
CMU-C refus adm. immédiate	6%	1%
Attente de l'ATA	3%	-
Régularité du séjour / renvoi AME	3%	-
Exigence EAN/identité	2%	1%
Exigence de RIB	2%	-
Stabilité	2%	-
Ouverture Base & oubli CMU-C	1%	-
Autres obstacles	1%	-
<i>Pour l'Aide médicale Etat</i>	6%	7%
Refus Instruction prioritaire AME	2%	1%
Demandes abusives ressources	1%	-
Résidence en France	1%	2%
Autres obstacles	1%	-
Difficultés d'accès au CSS	25%	11%
Problème de langue	7%	-
Besoin d'aide au dossier	5%	2%
Traçabilité du dossier	5%	2%
CSS injoignable par téléphone	4%	1%
Problème de boîte à lettre	1%	-
Défaut de preuve de résidence	1%	2%
Autres obstacles	1%	-
Erreurs de procédure du CSS	22%	4%
Délai de traitement > 2 mois	11%	1%
Dossier « perdu » par le CSS	5%	1%
Absence de reçu de dépôt	3%	-
Accord non notifié	2%	-
Obstacles dispositifs de soins	18%	71%
Soins différés défaut de droits	6%	18%
Nouv. arrivée en France < 3 mois	5%	5%
Facture hôpital	1%	15%
Dysfonctionnement hôpital/PASS	1%	5%
Erreur info prof. santé/social	1%	-
Rupture de droits	1%	26%
Soins différés défaut d'information	1%	18%
Refus de soins « en ville »	1%	-
Autres obstacles	1%	-

Admission immédiate et AME Instruction prioritaire : procédures réglementaires d'admission rapide à la protection maladie, ATA : allocation temporaire d'attente servie par Pôle Emploi, CMU-C : CMU-Complémentaire, CSS : Centre de sécurité sociale, EAN : Extrait d'acte de naissance, RIB : Relevé d'identité bancaire.

CPAM ou encore à l'absence de reçu. Enfin, 18% des obstacles sont dus aux dysfonctionnements des dispositifs de soins, dont l'hôpital public sollicité en priorité par ces patients démunis, avec soins différés et risque d'aggravation de l'état de santé.

Sur le plan technique, on observe en 2011 :

- 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 équipés 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 interdit *ipso facto* d'accès aux soins tous les étrangers en séjour précaire. 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 de la précarité à la précarité alors qu'aucun remboursement n'a lieu en CMU-C (ni en AME). Ces préoccupations ont été partiellement entendues par la Direction de la sécurité sociale au ministère de la Santé qui a invité les caisses à ne pas exiger de RIB en matière d'AME (circulaire du 8 septembre 2011). Face à cette situation où les obstacles sont multiples, l'activité de soutien social et juridique développée par le Comede doit tenir compte de la diversité des pratiques selon le département :

■ **CPAM 75-Paris** : en 2011, la CPAM de Paris a développé des pratiques particulièrement restrictives à l'égard des étrangers, la situation étant devenue critique en fin d'année pour l'AME. En violation de la loi (L380-1 du Code de la sécurité sociale) et des règlements (R380-1 du même code et circulaire ministérielle du 3 mai 2000), la caisse a décidé d'exclure de l'assurance maladie les demandeurs d'asile en début de procédure, au motif que « ces personnes pourraient voir, à terme, leur demande d'asile relever d'un autre état que la France ». Purement spéculatif, un tel raisonnement pourrait conduire à exclure tout étranger de l'Assurance maladie en tant que potentiel « futur sans-papier ». En pratique, cette attitude prive les demandeurs de protection maladie pendant trois mois, et alourdit la facture pour la collectivité en multipliant les procédures (passage AME/assurance maladie) tout en retardant les soins. La caisse a également durci le contrôle des conditions d'accès à l'AME : refus des ordonnances de médecins de ville comme preuve de présence en France ; ajout - sans base légale - d'un contrôle des dépenses au contrôle des ressources, et rejets expéditifs des demandes fondés sur une prétendue « discordance entre ressources et dépenses » ; exigence des justificatifs de domicile là où la réglementation n'en réclame pas, et confusion nocive entre

Témoignage sur un refus d'AME à Paris

« Vos dépenses sont supérieures à vos ressources »

Monsieur S. a sollicité l'Espace Santé Droit en octobre 2011 parce que sa demande d'AME avait été refusée au motif qu'il y avait « incohérence entre ressources et dépenses ». S. avait bénéficié de l'AME en 2009 et 2010 et ne comprenait pas ce refus. Il avait été reçu en entretien par une technicienne de la Cpm de Paris. S. ne parlant pas bien français et ne le lisant pas, l'agent a donc rempli elle-même le tableau ressources/dépenses pour les douze mois précédents après lui avoir posé quelques questions. S. a signé le tableau (imposé par la Caisse en plus du formulaire Cerfa), sans l'avoir lu et n'en a pas reçu copie.

Nous avons tenté de comprendre la situation. Ressources : S. est sans titre de séjour, sans activité professionnelle et est logé chez son frère aîné. Ce dernier lui donne chaque semaine tantôt 20, tantôt 30 euros, soit environ 100 euros par mois. Dépenses : Mange-t-il chez son frère ? Non, il déjeune tous les jours dans un foyer africain où il paie 5€ pour le repas. La discordance semble évidente : $5 \times 30 = 180$ euros. Où trouve-t-il l'argent des repas puisque son frère lui donne 100 euros par mois ? Réponse : « mon frère me donne chaque jour 5 euros pour le repas ». Pour S., ce billet de 5 euros destiné au repas du jour ne fait pas partie des « ressources »... peut-être parce que son affectation est immédiate. Il y avait donc eu malentendu entre lui et la Cpm sur un point essentiel. Restait à s'enquérir de son habillement (la CPAM de Paris vérifie également ce poste de dépenses des demandeurs). Il dépense environ 200 euros par an. Le téléphone ? Dix euros par mois. Comment circule-t-il ? Son frère paie sa carte Navigo. Il va parfois chez le coiffeur ? Oui, une fois par mois chez un ami de son frère qui lui fait un tarif de faveur : 3 euros la coupe au lieu de 10. Au total, les dépenses n'excèdent pas les ressources. Mais pour évaluer la situation, l'entretien a duré plus d'une heure. Ajoutons que le principal souci de S. est que, depuis septembre 2010, il n'effectue plus de petits travaux occasionnels (remplacements pour service des poubelles et ménage d'un escalier). S. parle avec fierté de l'époque où il gagnait un peu d'argent. Depuis, ses ressources n'ont fait que diminuer contrairement à l'évaluation faite trop rapidement par la Caisse.

contrôle de l'ancienneté de présence en France et résidence habituelle. Les conditions d'accueil se sont également dégradées, la CPAM ayant fermé les Bureaux d'accueil dans les hôpitaux et réduit à seulement deux les lieux de demande de l'AME (pour 65 000 bénéficiaires annuels). La « spécialisation des agents et des tâches » conduit ainsi à la stigmatisation des sans-

papiers contenue dans la réforme CMU/AME de 2000. Le second semestre 2011 a aussi été marqué par des dysfonctionnements paroxystiques du traitement de l'AME (« pertes de dossiers » à recommencer intégralement, engorgement et files d'attente la nuit, absence d'aide au remplissage et de conseil, pré-tri par les vigiles...). En matière de transparence et de concertation la Caisse a persisté dans son refus de communiquer les textes réglementaires applicables notamment en CMU de base, CMU-C et AME. Le Comede a été contraint de saisir la Commission d'accès aux documents administratifs qui a rendu un avis favorable le 01/12/2011. Malgré cela, la Caisse n'a jamais fourni la note AME du 7 mars 2011, ni aucun texte relatif à la CMU de base ou la CMU-C. Après 9 mois de sollicitations, la Caisse a consenti à recevoir les associations de l'ODSE en décembre 2011, sans résultat tangible sur les pratiques effectives début 2012.

- **CPAM 77-Seine-et-Marne** : on relève des demandes abusives de justificatifs en AME (preuve de l'absence d'assurance maladie exportée depuis le pays d'origine, « preuve de l'irrégularité du séjour »). La plate-forme 3646 est restée dans l'incapacité de traiter les demandes de renseignements à caractère technique, et d'assurer la traçabilité d'une demande, la Caisse étant injoignable, aucun interlocuteur ne permettant de renseigner les professionnels du médico-social.

- **CPAM 92-Hauts-de-Seine** : l'observation du nombre d'obstacles enregistrés par les consultants du Comede montrait en 2010 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 santé des personnes concernées. De plus, on note des

demandes abusives de pièces pour les demandeurs d'asile demandant à être affiliés à l'assurance maladie avec CMU-C (RIB, justificatifs de domicile en méconnaissance du principe déclaratif).

- **CPAM 93-Seine-Saint-Denis** : la caisse a mis en place depuis plusieurs années 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. Le service centralisé AME est joignable, réactif et efficace. 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 2011. La délivrance de reçu en complémentaire CMU est trop souvent aléatoire. On notera une méconnaissance de la réglementation applicables aux ressortissants communautaires sans emploi et aux conjoints de français, se traduisant par des refus contestables de prestations.

- **CPAM 94-Val-de-Marne** : depuis de nombreuses années, un cloisonnement rigide des services empêchait toute traçabilité des dossiers et conduisait 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 était impossible, aucun service n'ayant une compétence globale sur un dossier. La réunion des services AME et CMU de base, ainsi que la création d'un service « de gestion du dossier client » ayant enfin une compétence transversale, devrait atténuer ce cloisonnement. On notera un incident grave début 2011, la caisse ayant confisqué illégalement une attestation AME en cours de validité à un patient nouvellement régularisé. Le bénéficiaire s'est trouvé privé de traitement dans l'attente de l'étude de ses droits à l'assurance maladie. 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 régime 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.

- **CGSS-Guyane** : la situation reste tendue du fait des pratiques 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). En septembre 2011, avec Aides et Médecins du monde, le Comede a interpellé par écrit la Direction de la Caisse au sujets de nombreux dysfonctionnements : refus d'enregistrement et de délivrance de reçu des demandes ; perte de dossiers ; remise d'attestation sans mention des dates de validité des droits ; demandes indues de paiement des droits d'entrées à l'AME ; absence de procédure d'admission immédiate à la complémentaire CMU ou d'instruction prioritaire en AME ; confusions par les services de la CGSS entre le contrôle de la domiciliation, de la résidence en France et de l'ancienneté de séjour ; refus illégaux de rattachement d'enfants malgré les justificatifs produits ; exigence d'extrait acte de naissance en AME. La Direction de la sécurité sociale du Ministère de la santé n'a pas rendu public son rapport de visite en Guyane en septembre 2011. La réponse écrite de la CGSS n'apporte aucun élément concret permettant de résoudre les problèmes évoqués.

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 2011. Il est ainsi de plus en plus difficile pour un demandeur de lever un obstacle sans l'intervention répétée d'un professionnel averti. Pour les étrangers démunis et non francophones, l'intervention d'un interprète professionnel est évidemment essentielle à l'accès aux soins et à la qualité des soins requis, mais cette prestation de santé n'est pas prise en charge par la sécurité sociale. Dans l'attente, l'interprétariat proposé par quelques rares dispositifs de santé constitue un motif de sollicitation important (43% des consultations du Comede ont eu lieu en langue étrangère en 2011). Lorsque les droits sont enfin ouverts, l'absence de délivrance de la carte Vitale pour de nombreux exilés (25% des patients du Comede, demandeurs d'asile dépourvus de pièce d'état-civil probante, se sont vus attribuer un numéro d'immatriculation « provisoire » en 2011) entraîne des difficultés spécifiques d'accès à certains professionnels de santé qui craignent de ne pas bénéficier d'un paiement de leur prestation, ce qui se traduit par des refus de soins dans un certain nombre de dispositifs libéraux et/ou privés. Dans l'expérience quotidienne du Comede pour tenter de se faire rembourser les consultations de médecine effectuées pour des bénéficiaires

Effectifs des bénéficiaires de l'AME

216 000 bénéficiaires (avec ayants droit) 30 juin 2011
versus 228 000 au 30 juin 2010.

Rapport d'observation n°4353 à l'Assemblée nationale par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (16/02/12).

CMU/AME, les rejets restent fréquents en 2011 parmi les CPAM des départements de résidence des patients de la file active.

L'occasion manquée de 1999 de créer une « couverture maladie » véritablement « universelle » a ouvert la voie à la stigmatisation des « sans-papiers », et aux réformes successives conduisant à une restriction progressive de l'accès aux soins, dont les effets sont particulièrement préoccupants dans les mois à venir. Recommandée en juillet 2011 par le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, la fusion de l'AME dans l'assurance maladie sera indispensable pour relever les défis de l'accès aux soins des étrangers en situation précaire.

En outre, certaines carences des dispositifs publics contrarient également la continuité des soins. Il en est ainsi de prestations essentielles à la prise en charge globale de nombreux patients qui ne sont pas toujours proposées par les Pass et autres dispositifs d'accueil et de santé fréquentés par ce public, comme la psychothérapie ou le conseil juridique, ces deux prestations restant, à l'instar de l'interprétariat, en dehors du champ de la protection maladie. L'action du Comede pour l'accès aux soins et à la protection maladie des exilés est au cœur des missions de l'association depuis sa création. La multitude des difficultés rencontrées par les consultants et des sollicitations de la part des partenaires confirme la nécessité des actions du Centre de santé, de l'Espace santé droit et du Centre-ressources du Comede, grâce aux permanences téléphoniques et aux publications consacrées à cette thématique. Enfin, les actions de plaidoyer en faveur de l'accès aux soins pour toute la population doivent être poursuivies, notamment en partenariat avec les associations de l'ODSE (voir page 44) ■



Droit de la santé et expertise médico-juridique

(Indicateurs pages 67 et 69)

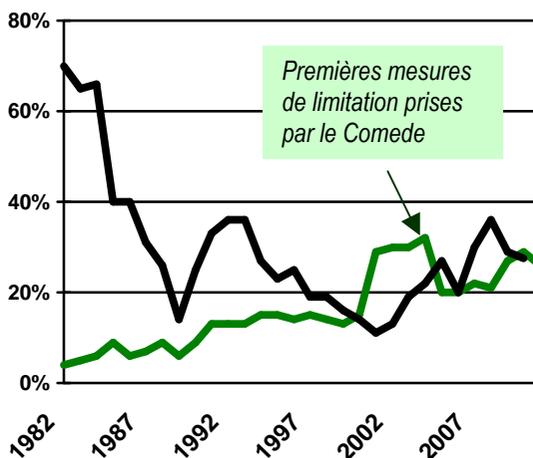
Si les effets médico-psychologiques de la crise du droit d'asile restent majoritairement cantonnés aux associations et services de soins spécialisés, les restrictions observées au cours des dernières années en matière de protection juridique des étrangers malades rejaillissent sur l'ensemble du corps médical, médecins praticiens, Médecins des Agences régionales de santé (MARS), et Médecins inspecteurs de santé publique (MISP), au delà des associations et services sociaux qui aident aux démarches administratives. En raison de ses missions de soins et soutien aux exilés malades, le Comede se trouve très largement sollicité tant dans le cadre des procédures de demande d'asile que de demande de carte de séjour pour les étrangers atteints de maladie grave et ne pouvant être soignés dans leur pays d'origine. Unaniment dénoncée par les acteurs de la santé et portant atteinte à de nombreux droits fondamentaux, la loi du 16 juin 2011 fait en particulier peser de **nouvelles menaces sur la protection juridique des étrangers malades** (voir encadré page 37).

Au Comede, 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 2011, les consultations du Comede ont relevé d'une **expertise médico-juridique dans 28% des cas**, en matière de droit d'asile (17%) et de droit au séjour des étrangers malades (Dasem, 11%). Dans le cadre des permanences téléphoniques, la protection des étrangers malades a été abordée dans 63% des appels traités en 2011 (80% à l'Espace santé droit, en raison d'une organisation privilégiant les orientations vers les services de droit commun). Les questions de certification médicale et de la protection juridique des étrangers malades constituent également une part importante des sollicitations du Centre de formation. 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 adressée à la présidente du Comede, le directeur de l'Ofpra écrivait : « *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, 33 ans après la création du Comede et dans un contexte de crise du droit d'asile (voir page 8), les problèmes posés par la certification médicale en matière de droit d'asile constituent pour l'association une « vieille histoire » d'une terrible actualité. De manière très significative dans l'observation du Comede, la pression des demandes de certificat constatant les « sévices et tortures » est d'autant plus forte que le taux de reconnaissance du statut de réfugié par l'Ofpra et la CNDA est plus bas. Cette situation présente des risques majeurs pour la santé des demandeurs d'asile, mais également pour l'exercice du droit d'asile.

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



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

« 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.

Pour en savoir +, voir Maux d'exil n°34

Certification médicale et droit d'asile, risques et dérives, septembre 2011

En 2011, Les médecins du Comede ont délivré **590 certificats destinés à la demande d'asile**, correspondant à 26% des patients reçus en Médecine. Le taux d'accord des médecins du Comede face aux patients souhaitant joindre un certificat médical à leur dossier de demande d'asile est resté stable à 82%. 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 18% 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 Sri Lanka (33% d'entre eux ont obtenu un certificat en 2011), du Soudan (32%), de Russie/Tchéchénie (28%), du Bangladesh (26%), de Mauritanie (24%), et de Guinée Conakry (23%), nationalités corrélées à des antécédents fréquents de violence et de torture (voir Epidémiologie page 20).

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 (4% du total des appels, 8% lors de la permanence médicale).

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 (voir page 51) 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 (54% de leurs consultations relèvent d'une expertise en matière de droit au séjour). Les permanences téléphoniques du Comede sont particulièrement sollicitées sur cette question (63% des appels, dont 80% à l'Espace santé droit).

En 2011, l'évaluation des demandes des patients par les médecins du Comede a conduit dans 67% des cas à la confirmation que les conditions médicales étaient remplies, lorsqu'il existe à la fois un risque significatif « d'exceptionnelle gravité » du défaut de prise en charge médicale et un risque d'absence des soins appropriés « dans le pays d'origine » (voir Guide Comede). Les nationalités les plus souvent concernées étant les Congolais RD, Maliens, Ivoiriens, Algériens, Guinéens et Camerounais. L'évaluation du médecin se double de l'intervention du Service social et juridique, qui évalue les autres motifs éventuels et les critères administratifs de régularisation. Les intervenants de l'Espace santé droit aident les demandeurs à constituer leurs dossiers pour la préfecture ou le tribunal. Au delà de l'aide aux malades et des interventions auprès des préfectures, la fréquence des recours contentieux entraîne une lourde charge de travail juridico-médical (obtention de l'aide juridictionnelle, orientation vers un avocat, certification médicale et suivi du dossier).

Nouveau durcissement de la réglementation de l'immigration par la loi du 16 juin 2011

La loi du 16 juin 2011 sur l'immigration a modifié les conditions de la protection des étrangers gravement malades vivant en France. Si l'instruction du Ministère de la Santé du 10 novembre 2011 a rappelé que le législateur n'avait pas entendu, devant la très forte mobilisation des acteurs de santé et des associations de défense des droits fondamentaux, remettre en cause les principes de protection de la continuité des soins, du secret médical et de l'indépendance des autorités médicales (MARS) dans l'établissement de leurs avis médicaux, les risques de dérives vers une application restrictive de la protection sont importants.

Tel a d'ailleurs été le cas avant même l'adoption de la loi du 16 juin 2011 lorsque, croyant à tort anticiper la mise en œuvre des nouvelles dispositions légales, plusieurs autorités médicales ont rendu des avis médicaux défavorables au maintien en France de personnes étrangères y résidant depuis de nombreuses années et séropositives au VIH. Par ailleurs, la réaffirmation par les textes d'application de la loi du 16 juin du droit au respect du secret médical, la complexité de la nouvelle procédure administrative pourrait également, à défaut d'une vigilance renforcée des acteurs de la prise en charge, conduire à la multiplication des violations du secret médical et à des tentatives de certains préfets d'apprécier les conditions médicales de la régularisation qui ne sont pas de leur ressort.

Quoiqu'il en soit, l'introduction d'une nouvelle mesure de bannissement administratif (l'Interdiction de Retour du Territoire Français pouvant aller jusqu'à 5 ans), de nature notamment à frapper les déboutés du droit d'asile, la possibilité pour l'administration de raccourcir à 48h le délai pour exercer un recours devant le Tribunal administratif contre les mesures d'éloignement, l'allongement de la durée de la rétention de 32 à 45 jours et le report à 5 jours de l'intervention en rétention du juge des libertés et de la détention (JLD), vont encore aggraver les possibilités de mise en œuvre de la protection juridique des étrangers malades, et la nécessité pour les patients et les intervenants socio-médicaux de devoir agir encore plus vite dans une procédure devenue encore plus complexe et plus répressive.

En outre, après la loi de finances pour 2011, la loi de finances pour 2012 a de nouveau augmenté les taxes frappant les étrangers lors de leurs démarches préfectorales. Une nouvelle taxe de 110 euros (dite « visa de régularisation ») non remboursables est dorénavant imposée au moment du dépôt du dossier en préfecture à tout étranger entré sans visa ou en séjour irrégulier, qui devra ensuite en cas de délivrance d'un titre de séjour acquitter de nouveau 230 euros.

Les récentes réformes de l'immigration (2007, 2011), ont durci les procédures d'instruction et de recours pour les étrangers demandeurs d'un titre de séjour, notamment pour raison médicale (voir encadré page précédente). En outre, on observe de nombreuses pratiques préfectorales non réglementaires 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 empêchent tout d'abord les étrangers d'accéder aux guichets et de voir instruire leurs demandes : impossibilité matérielle de déposer son dossier ou de prendre un rendez-vous dans un délai raisonnable pour le faire, 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 de prendre en compte une nouvelle demande fondée sur la dégradation de l'état de santé du demandeur, refus d'instruction des demandes des personnes ressortissantes de l'Union européenne notamment de Roumanie, ou encore de celles des personnes incarcérées. D'autres pratiques portent également atteinte au respect du secret médical malgré le rappel de ce principe par l'instruction du ministère de la Santé du 10 novembre 2011. D'autres encore refusent aux étrangers malades les documents de séjour auxquels ils ont droit et les maintiennent ainsi dans une situation d'extrême précarité : refus de délivrance des récépissés de 1^{ère} demande et de renouvellement prévus par la réglementation ; répétition de documents provisoires de séjour sans droit au travail. Ces obstacles ont fait l'objet de multiples interventions interassociatives, notamment de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers dont le Comede est membre (voir ODSE page 44), en particulier auprès des préfectures des Hauts de Seine, de Seine Saint Denis, du Val de Marne et de la préfecture de police de Paris.

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 décembre 2011 par le Comité interministériel de contrôle de l'immigration (Cici) ne mentionne que les premières délivrances de cartes de séjour temporaires pour les étrangers malades jusqu'en 2010, et ceci seulement pour le territoire hexagonal (voir tableau). Il ne fournit d'information ni sur la délivrance des APS ou récépissés, ni sur les renouvellements de titres, ni sur les avis médicaux rendus par les MISP et les MARS (nombre et taux d'accord).

Le Comede a pu se procurer le rapport non publié relatif aux avis médicaux rendus en 2009, principalement en Ile-de-France (49%), Centre-Nord (12%), PACA-Languedoc-R. (7%), Rhône-Alpes-Auvergne (7%), Alsace-Lorraine-F.C. (7%), et DOM (6%). Les principales pathologies en causes étaient les troubles psychiatriques (18%), l'infection par le VIH (16%), les maladies cardiovasculaires (9%), les hépatites virales chroniques (8%), le diabète (7%) et les troubles locomoteurs (5%). Les nationalités les plus représentées étaient l'Algérie (15%), les 2 Congo comptés ensemble (13%), le Mali et le Cameroun (7%), la Côte d'Ivoire (6%) et Haïti (5%). Aucune analyse croisée entre les pathologies, les nationalités et les départements n'a été effectuée. Les données issues de ce rapport sont présentées dans le tableau suivant. Fin 2010, le nombre total d'étrangers régularisés pour raison médicale était donc de 32 940 personnes, ce qui représente 0,9% des 3 500 000 étrangers en France.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total avis médicaux rendus	36 008	40 940	43 337	40 129	39 295	39 432	?
Taux d'accord des MISP	65%	68%	67%	69%	74%	74%	?
Total 1 ^{ère} délivrance CST	7 580	7 315	6 568	5 680	5 738	5 943	6 188
Total 1 ^{ère} délivrance dont APS	12 781	11 704	10 919	9 902	10 867	11 103	?
Total renouvellements de titres	12 037	15 512	17 822	19 450	20 901	20 767	?
Total tous documents (stock au 31 déc)	18 773	23 282	25 910	28 667	30 129	31 377	32 940

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 juridictionnelles 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 données sont enregistrées en continu pour les patients soignés et soutenus par le Comede (au Centre de santé depuis 2003, et à l'Espace santé droit avec la Cimade depuis 2007). L'observation s'est enrichie en 2011 des données transmises par Arcat à Paris, la Case de santé à Toulouse - pour le dernier trimestre 2011 - et Médecins du monde à Marseille, face aux risques que fait peser la loi sur l'immigration du 16 juin 2011 sur la protection des étrangers malades. Les critères médicaux de demande retenus par le Comede sont stables sur la période ¹.

La méthode consiste à caractériser chaque réponse préfectorale – à l'exception des recours gracieux - et juridictionnelle 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 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, APRF ⁷, rejet

¹ Voir Guide Comede 2008, www.comede.org

² Correspondant à un accord du MARS. 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

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

Les données suivantes portent sur la période 2005-2011 et concernent 898 personnes. Majoritairement des hommes (71%), jeunes (âge médian 38 ans), ils sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (47%), d'Afrique centrale (26%), d'Afrique du Nord (10%), d'Asie du Sud (6%), d'Europe de l'Est (5%) et des Caraïbes (2%). Ils résident en France depuis 5 ans (médiane) au moment de la réponse, et 74% d'entre eux ont découvert leur maladie après l'arrivée en France (91% 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 (1 170 au total, soit en moyenne 1,3 affection renseignée pour chaque demandeur), dont les plus nombreuses sont l'hépatite B chronique (24%), les maladies cardio-vasculaires (15%), le diabète (10%), les syndromes psycho-traumatiques (10%), l'asthme persistant (7%), l'hépatite C chronique (5%), l'infection par le VIH (4%), les cancers (3%) et les handicaps graves (2%).

Mille-six-cent-cinquante-cinq procédures ont été documentées dans 18 départements, principalement Paris (42%), la Seine-Saint-Denis (15%), le Val-de-Marne (14%), le Val d'Oise (8%), l'Essonne (6%) et les Hauts-de-Seine (5%). L'analyse statistique croisée des réponses avec les affections en cause conduit à la constitution d'un échantillon de 2 256 enregistrements documentés sur la période 2005-2011, dont 245 en 2011.

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

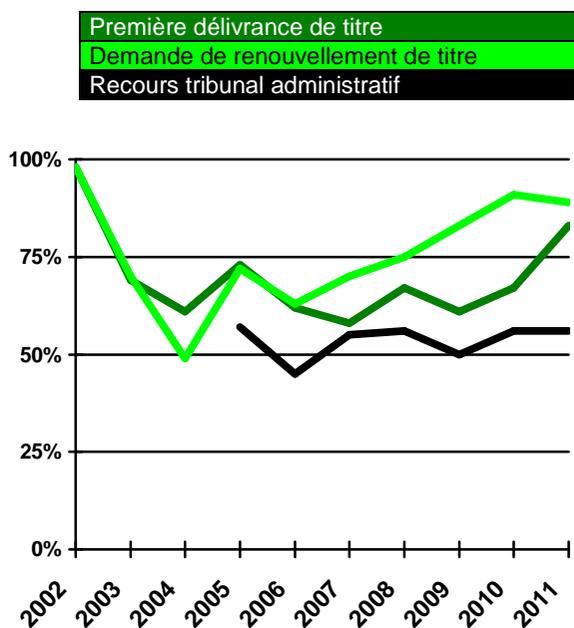
[Tableau 1] – Evolution du taux d'accord selon la procédure

Données 2005-2011, 2 256 enregistrements sur 18 départements pour 898 étrangers malades

% si n>10	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
1^{ère} délivrance de titre	73%	62%	58%	67%	61%	67%	83%	66%
Comede CDS/ESD (649)	73%	62%	58%	67%	61%	67%	86%	65%
Arcat (6)	-	-	-	-	-	-	2/6	2/6
Case de santé (13)	-	-	-	-	-	-	77%	77%
Comede CDS (534)	73%	62%	61%	71%	61%	58%	89%	66%
Espace santé droit (115)	-	-	1/7	54%	61%	82%	6/8	62%
MDM13 (21)	-	-	-	-	-	-	95%	95%
<i>effectif total (689)</i>	99	86	115	100	146	60	83	689
Renouvellement	72%	63%	70%	75%	83%	91%	89%	79%
Comede CDS/ESD (650)	72%	63%	70%	75%	83%	91%	85%	78%
Arcat (11)	-	-	-	-	-	-	100%	100%
Comede CDS (551)	72%	63%	70%	74%	80%	90%	84%	76%
Espace santé droit (99)	-	-	1/2	86%	90%	92%	89%	89%
MDM13 (18)	-	-	-	-	-	-	94%	94%
<i>effectif total (679)</i>	71	80	79	105	139	108	97	679
Recours tribunal adm.²	57%	45%	55%	56%	50%	56%	56%	54%
Comede CDS/ESD (481)	57%	45%	55%	56%	50%	56%	60%	54%
Arcat (4)	-	-	-	-	-	-	1/4	1/4
Comede CDS (309)	57%	45%	54%	55%	51%	40%	44%	51%
Espace santé droit (172)	-	-	1/1	57%	49%	68%	73%	59%
MDM13 (1)	-	-	-	-	-	-	0/1	0/1
<i>effectif total (486)</i>	47	55	69	128	94	48	45	486

[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 sans doute contribué à la réaugmentation des taux d'accords préfectoraux observée depuis 2010.

En 2011, les débats politiques et médiatiques qui ont entouré loi du 16 juin 2011 semblent avoir eu un effet favorable à la protection des étrangers malades au cours de l'année, avec une proportion accrue d'avis favorables des Médecins des ARS (la quasi-totalité des décisions préfectorales respectent les avis médicaux, encadrés par les règles du secret médical). C'est également le sens des recommandations publiées par le ministère de



la Santé avec l'instruction du 10 novembre 2011. Mais les pressions subies par les médecins peuvent avoir pour effet d'inverser cette fragile tendance, comme cela s'est produit en 2003-2006, avec les premières mises en cause publiques des Médecins inspecteurs de santé publique (MISP, alors en charge des avis

médicaux) 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 ». Par la suite, la baisse des taux d'accord avait été enrayerée 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).

Les pressions sur les médecins ont été accompagnées de plusieurs tentatives du ministère de l'Immigration de s'affranchir et/ou de contrôler les avis médicaux. En 2006, un avant-projet de loi et un projet de circulaire visaient à substituer les préfets aux médecins de l'Administration dans l'appréciation des risques médicaux encourus en cas d'éloignement du malade, le projet étant abandonné suite à une lettre ouverte des

associations de l'ODSE à la présidence de la République. En mars 2007, contre l'avis des associations et organisations médicales consultées, le Comité interministériel de contrôle de l'immigration mettait 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 seront maintenues en dépit de nombreuses protestations (pétition « *Peut-on renvoyer des malades mourir dans leur pays ?* », avril 2008). Face aux pratiques restrictives des préfetures, les recours contentieux auprès du Tribunal administratif se sont multipliés. 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 2005-2011, 2 256 enregistrements sur 18 départements pour 898 étrangers malades

% si n>10	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Préfectures & effectif *	72%	62%	63%	71%	72%	82%	86%	72%
75 - Paris n=421	72%	58%	33%	56%	50%	67%	85%	58%
93 - Seine-St-Denis n=193	57%	43%	55%	69%	75%	79%	64%	66%
95 - Val-d'Oise n=132	70%	50%	43%	67%	80%	80%	7/9	65%
Autres départem. n=612	79%	80%	87%	84%	84%	91%	91%	86%
Tribunal admin. & effectif	62%	45%	55%	56%	50%	56%	56%	54%
TA Paris (75, 92) n=295	54%	36%	49%	60%	39%	61%	75%	54%
Autres TA n=183	80%	5/6	64%	44%	56%	47%	35%	52%
Recours CAA n=57	0/2	5/8	1/2	9%	6%	45%	3/5	28%

Les cases colorées signalent des taux inférieurs au taux global.

* Sont comptés les demandes de première délivrance et de renouvellement de titre.

[Tableaux 2, ci-dessus et page suivante] On observe ainsi des différences significatives entre les préfetures ($p < 0,001$), 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 certains des départements où la demande est la plus forte : Paris, Seine-Saint-Denis et Val d'Oise présentent ainsi un taux d'accord plus

faible que les 15 autres départements observés. Toutefois, on note une amélioration des décisions préfectorales dans le Val d'Oise depuis 2009, et à Paris en 2011. Sur la période considérée, la baisse des taux d'accord apparaît particulièrement marquée pour les étrangers souffrant d'hépatite B chronique - en dépit des recommandations du ministère de la Santé dans son instruction du 10 novembre 2011 -, de diabète et d'asthme persistant.

[Tableau 2b] - Taux d'accord par affection, selon la procédure et la préfecture
Données 2005-2011, 2 256 enregistrements sur 18 départements pour 898 étrangers malades

% si n>10	Taux et effectifs			Procédure			Préfecture			
	2011	2005/11	n	1ère	Ren	TA	75	93	95	autre
Asthme	91%	57%	167	66%	83%	39%	50%	4/7	64%	91%
Cancer	6/8	76%	49	71%	100%	63%	80%	3/4	3/3	7/8
Diabète	86%	56%	232	67%	72%	51%	47%	60%	63%	96%
Handicap	3/3	62%	58	64%	59%	71%	74%	0/2	0/1	5/9
MCV	84%	68%	366	71%	87%	63%	48%	73%	85%	94%
PSY	84%	67%	202	72%	81%	47%	41%	58%	79%	95%
VHB	74%	51%	572	54%	71%	43%	48%	55%	44%	75%
VHC	69%	72%	127	81%	76%	70%	64%	3/5	6/6	86%
VIH	100%	100%	57	100%	100%	2/2	100%	8/8	5/5	100%
Total	80%	62%	2 256	66%	79%	54%	58%	100%	65%	86%

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 ci-dessous] 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 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.

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

Données 2005-2011, 2 256 enregistrements sur 18 départements pour 898 étrangers malades

% si n>10	2005/11	ALG	ANG	BAN	CAM	CRD	CIV	GUI	MAL	MAU	SEN
Asthme	57%	1/1	-	8/9	1/1	80%	36%	3/3	58%	25%	17%
Cancer	76%	62%	-	-	3/3	2/2	0/1	2/2	4/7	4/4	-
Diabète	56%	42%	64%	33%	6/9	62%	4/7	2/2	38%	3/3	31%
Handicap	62%	2/5	-	1/2	1/1	50%	-	3/3	67%	2/2	2/3
MCV	68%	37%	87%	61%	54%	88%	29%	3/3	44%	55%	57%
PSY	67%	41%	4/4	1/1	1/5	84%	50%	5/8	60%	4/7	1/1
VHB	51%	2/2	76%	53%	37%	64%	28%	50%	51%	45%	33%
VHC	72%	5/5	100%	6/6	67%	75%	50%	-	1/2	-	-
VIH	100%	1/1	4/4	-	5/5	100%	5/5	1/1	6/6	6/6	3/3
Total	62%	60%	81%	59%	57%	73%	44%	67%	57%	51%	45%
Effectifs	2 256	141	79	71	111	381	140	81	395	151	109

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 4, page suivante] 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 depuis 2010 suite à l'instruction du ministère de la Santé du 29 juillet 2010, confirmée par celle du 10 novembre 2011.

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

Données 2005-2011, 2 194 enregistrements au Centre de santé du Comede et à l'Espace santé droit

% si n>10	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Infection à VHC (120)	61%	71%	79%	81%	79%	85%	6/9	72%
* A traiter / en cours (60)	6/8	69%	4/6	8/9	7/8	4/6	3/4	75%
* Infection à surveiller (33)	3/5	2/3	3/4	6/9	4/7	1/1	3/4	67%
Infection à VHB (567)	48%	40%	50%	57%	51%	61%	69%	51%
* A traiter / en cours (64)	8/9	42%	73%	73%	90%	4/4	2/2	75%
* Tolérance immune (22)	4/5	3/3	2/3	3/3	2/3	1/3	2/2	77%
* Virus mutant (188)	43%	37%	53%	75%	56%	71%	69%	55%
**VNC/Portage quiescent (251)	51%	34%	40%	40%	31%	44%	4/9	41%
Autres pathologies (1503)	53%	52%	56%	67%	67%	79%	82%	65%

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

BESOINS ET RECOMMANDATIONS

En 2011, la protection juridique des étrangers malades est restée 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 - lorsque le médecin traitant n'est pas praticien hospitalier - 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. Il arrive également que certains MARS s'affranchissent 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 ainsi dû faire intervenir le ministre de la Santé en 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.

Après la réforme du 16 juin 2011, les besoins d'information et d'évaluation des situations et des procédures à suivre sont encore accrus.

Pour y faire face, les actions d'expertise médicale et de soutien socio-juridique menées par le Comede doivent être développées en 2012 notamment dans le cadre du Centre-ressources (voir page 55). De même, le travail de plaidoyer et d'observation des conditions de mise en œuvre de la nouvelle loi, et de ses textes d'application notamment de l'instruction du Ministère de la Santé du 10 novembre 2011, reste particulièrement nécessaire. 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 ■

Le site du Comede (www.comede.org) propose des exemples types :

- de lettres aux préfectures en cas de refus d'accès à la procédure étrangers malades ;
- de recours aux Tribunaux administratifs en cas de refus d'admission au séjour avec délai de recours de 48h.

Le site de l'ODSE (www.odse.eu.org) propose un flyer « la carte de séjour pour soins après la loi du 16 juin 2011 », une plaquette plus détaillée « accompagner les étrangers malades après la loi du 16 juin 2011 », et prochainement une note destinée à servir d'aide à la rédaction des rapports médicaux dans la procédure étrangers malades.

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 2011, l'Adfem a publié une brochure faisant le point sur la situation des femmes demandeuses d'asile sous le titre « Droit d'asile et femmes : où en sommes-nous aujourd'hui ? ». et a organisé une conférence-débat sur ce thème à l'occasion des 60 ans de la Convention de Genève. L'Adfem agit aussi pour en faveur de lois protégeant les femmes étrangères contre les violences en France, et pour une meilleure application effective de ces dispositions.

☞ <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'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 2011, la CFDA est notamment intervenue sur la question des empreintes inexploitable (CP du 16/12/2011), et sur la loi des finances 2012 pour ce qui concerne l'asile. Elle a contesté la liste des pays sûrs, enfin elle a proposé un contre-référentiel sur les plateformes d'accueil des demandeurs d'asile. ☞ www.cfda.rezo.net

▪ **Le collectif « Asile en Ile-de-France »** est un groupe de travail créé en 2008. Il est composé de plusieurs associations (Amnesty internationale, ACAT-France, Dom'Asile, GAS, Secours catholique, La Cimade, CAFDA, Comede) œuvrant pour le respect du droit d'asile. Nos organisations exercent une veille active sur l'accès des demandeurs d'asile aux préfectures d'Ile-de-France et collectent les informations recueillies. En mars 2011, le collectif « *Asile Ile de France* » a mené une campagne de contentieux sur deux départements Val de Marne et Paris pour dénoncer les obstacles aux dépôts d'une demande d'asile, et ayant donné lieu à l'« Opération tapis rouge ». (Dossier de presse de mars 2011).

▪ **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 2011 a notamment été marquée 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 tout au long de l'année 2011 contre les restrictions issues des dernières 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. <http://observatoireenfermement.blogspot.com/>



Le Centre de santé à Bicêtre

(Indicateurs pages 65 à 67)

Hébergé par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris au sein du CHU de Bicêtre, le Centre de santé du Comede a délivré **10 661 consultations en 2011**, soient 44 consultations par jour en moyenne, **pour une file active de 3 280 personnes** accueillies et soutenues. La diminution du nombre global de consultations du Centre de santé (-12% par rapport à 2010) est consécutive à la mise en place en mai 2011 d'une demi-journée de fermeture hebdomadaire au public, destinée à un temps de travail entre les professionnels et les services. Cette évolution s'inscrit dans la volonté du Comede de renforcer son approche qualitative de la prise en charge pluridisciplinaire. La durée moyenne de suivi des patients est de 8,6 mois. La baisse progressive de la durée moyenne de suivi sur les 7 dernières années (-15%) s'explique par la réduction des durées de suivi en médecine (7,1 mois) et en consultation infirmière (6,4 mois). Pendant la même période, la prise en charge s'est pourtant complexifiée au Centre de santé (37% de patients suivis pour maladie chronique en 2011 *versus* 31% en 2005, 24% de consultations avec interprète *vs* 8%) de même que les conditions de vie des patients se sont précarisées (voir page 18). Ainsi, la nécessité d'accélérer les relais de prise en charge des patients dans les dispositifs de droit commun conduit à une pression accrue sur les patients et les soignants du Comede.

Près de la moitié des consultations du Centre de santé ont lieu en **langue étrangère (45% du total, et 47% en médecine)**, et 24% en présence d'un interprète professionnel, soient 2 520 consultations avec interprète effectuées en majorité en tamoul, bengali, russe, turc, ourdou, arabe, pular, soninke et lingala. Les autres consultations en langue étrangère ont été conduites directement par les professionnels du Comede (13%), à l'aide d'un accompagnateur du patient (5%), ou par téléphone (2%).

Plus du tiers des consultations du Comede

requièrent une **expertise sociale et juridique (40% en 2011)**. 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, 26% en médecine). Les interventions pour l'accès aux soins (12% du total, et 30% des consultations socio-juridiques) et pour le droit au séjour pour raison médicale (11% du total, et 31% au service Social et juridique) sont également fréquentes. Pour les patients dépourvus de protection maladie complémentaire (voir Accès aux soins page 28) et pour les consultations non médicales qui ne sont pas remboursées par la sécurité sociale, le Comede est soutenu par le Service de l'asile et le Fonds européen pour les réfugiés.

Les consultations médicales et infirmières sont accessibles sur rendez-vous, les médecins proposant selon la situation des rendez-vous avec les psychologues et le service social et juridique. 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). L'accès au standard téléphonique du Comede est resté difficile en 2011, 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 2012.

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 Centre de santé (hors appels directs des permanences téléphoniques du Centre-ressources, voir page 56). 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 PREVENTION

Les infirmiers et le médecin de santé publique ont effectué **3 685 consultations pour 2 628 patients**, dont 314 consultations d'éducation

thérapeutique, 507 vaccinations et 68 consultations d'éducation pour la santé, voir encadré page 21). Au total, 50% 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 37% des cas, en matière d'accès aux soins (15%), de demande d'asile (10%) et de droit au séjour pour les étrangers malades (7%). Le service contribue ainsi aux actions du Suivi de l'accès aux soins du Centre de santé (voir Accès aux soins page 28).

Le service infirmier et le médecin de santé publique développent également des activités spécifiques de prévention. Les consultations d'**éducation thérapeutique** sont destinées aux personnes atteintes d'asthme, du diabète de type 2 et d'hypertension artérielle. L'interprétariat reste 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. Suite aux enquêtes réalisées en 2010 auprès des usagers et des professionnelles de santé réalisant l'éducation thérapeutique, le programme a pu être restructuré. Depuis janvier 2011, les patients assistent à une réunion collective d'information sur l'éducation thérapeutique. Cette animation introductive privilégie la parole, l'écoute et l'échange. Seul les patients consentants participent au programme. L'élaboration des objectifs personnalisés se réalise à travers au moins trois séances individuelles. En milieu du programme, une réunion collective est organisée pour privilégier l'échange entre les patients. Des documents explicitant l'éducation thérapeutique ont été élaborés et le dossier dédié est intégré au dossier médical partagé.

SERVICE MEDICAL

L'éducation thérapeutique vise deux objectifs :

- 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.

Un comité de suivi de l'éducation thérapeutique a été mis en place. Il réunit différentes associations d'usagers, des professionnels de santé et des usagers du Comede. Trois réunions par an sont programmées. Les buts de ces rencontres sont de :

- faire le point sur l'approfondissement de cette activité au Comede ;
- développer, en particulier, la question des infections chroniques par le VHB et le VHC ;
- travailler sur les outils d'évaluation.

Les consultations dédiées à l'**éducation pour la santé** ont pour but de développer l'autonomie de la personne dans la préservation de sa santé et ainsi favoriser l'échange avec les différents acteurs de santé. Ces consultations sont un moment d'écoute, d'information, d'orientation et de soutien. Les principaux sujets abordés ont été en 2011 (voir aussi Prévention page 21) :

- Contraception et sexualité (choix dans le mode de sa contraception),
- Prévention et dépistage des IST (connaître les IST et leurs modes de transmissions ainsi que les moyens de prévention, savoir utiliser un préservatif masculin et féminin)
- Facteurs de risque des maladies chroniques (adapter et approfondir les risques et les impacts au regard du bilan de santé; aspects nutritionnels)...

Les séances spécifiques de **vaccination** se sont poursuivies avec le soutien de l'ARS. 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.

Les médecins ont effectué **5 133 consultations, dont 47% en langue étrangère**, pour 2 234 patients. Avec 8 professionnels pour 2 équivalent temps plein (ETP), la consultation médicale constitue le pivot de la prise en charge au Centre de santé ; 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..

Le **bilan de santé** recommandé (voir Prévention page 20) a été effectué en totalité chez 80% des patients. Au terme de la première consultation et avec l'accord de la personne, les médecins du Comede complètent l'examen clinique par la réalisation d'examens complémentaires ciblés. Pour les consultants encore dépourvus de protection maladie ou en cas de dépistage parasitologique, les examens complémentaires sont réalisés gratuitement par les laboratoires de la Dases (Ville de Paris), partenaire conventionnel du Comede depuis 1984. Adressés au Centre de santé, les résultats du bilan sont remis au patient et commentés lors de la consultation suivante. Ils permettent la prévention, le dépistage précoce et les soins de diverses affections graves ou potentiellement graves (voir Epidémiologie page 19).

Les **prescriptions médicales** sont 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 28). Les premières consultations de médecine peuvent conduire à la délivrance de médicaments par la pharmacie du Comede (28%), 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 43% des cas, en matière de droit d'asile (26%), d'accès aux soins (10%), et de droit au séjour (7%). 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 2011, 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 (voir Maux d'exil n°34, septembre 2011). 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 82% des cas en 2011), un rendez-vous ultérieur consacré à sa rédaction. Les médecins du Comede ont délivré 590 « certificats pour l'asile » sur l'année, soit pour 26% des patients reçus en médecine. L'évaluation des demandes de carte de séjour pour raison médicale a également conduit à la rédaction de rapports et certificats médicaux dans 67% des cas en 2011, dans un contexte très restrictif à l'égard des étrangers malades (voir Droit de la santé et expertise médico-juridique page 38).

SERVICE PSYCHOTHERAPIE ET SANTE MENTALE

Les psychothérapeutes ont effectué **1 183 entretiens pour 294 patients**, dont 25% en langue étrangère. La réorganisation des modalités de prise de rendez-vous avec les psychothérapeutes a permis d'allonger la durée des suivis (médiane de 9 mois en 2011 contre 5 mois en 2010, pour une moyenne de 14 mois). L'année 2011 marque aussi une tendance à l'augmentation du nombre de consultations pour les patients reçus en psychothérapie. Cette évolution devrait permettre d'adapter progressivement la fréquence des consultations aux besoins de chaque patient. Elle correspond

à la nécessité de proposer des suivis soutenus pour des patients présentant souvent des troubles psychiques graves, en lien avec des expériences de violences et tortures (voir Epidémiologie page 19). Pour soutenir ces évolutions et développer les activités dans le domaine de la santé mentale notamment dans le cadre du Centre-ressources (voir page 55), le poste à temps-partiel de psychologue référente a été transformé en poste de responsable de service à temps-complet en octobre 2011.

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 68). Les patients reçus souffrent pour la grande majorité d'entre eux de syndromes psychotraumatiques dans lesquels dominant 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 psychique intense, 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 ou de dépression sévère.

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 nous ne sommes pas actuellement en mesure de répondre à l'ensemble des demandes et besoins de prise en charge psychothérapeutique exprimés par les exilés. Le développement des prestations du Comede en matière de santé mentale doit être poursuivi pour que l'amélioration de l'offre de soin et d'accompagnement en psychothérapie ne soit pas menacée par la pression du nombre de demandes adressées au Centre de santé. Pour ces raisons, le service devrait aussi renforcer sa participation au Centre-ressources du Comede en créant une permanence téléphonique spécifique d'information et d'orientation sur l'accès aux soins en santé mentale (voir page 55).

SERVICE SOCIAL ET JURIDIQUE

(voir aussi Espace santé droit page 51)

Le service Social et juridique du Comede a effectué **661 consultations pour 329 patients** au Centre de santé, soient au total 1 198 consultations pour 735 personnes en incluant l'Espace santé droit. Au Centre de santé, 19% des consultations du service ont été réalisées en langue étrangère. La consultation sociale et juridique est assurée par 2 professionnelles pour l'équivalent de 1 ETP auprès des patients. L'orientation vers le service 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.

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 (30%) et de droit au séjour pour raison médicale (31%). 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.

Enfin, le service social et juridique du Comede est très investi sur les actions d'information et de formation, avec notamment en décembre 2011 la réalisation d'un dossier de Maux d'exil consacré aux carences du dispositif d'hébergement d'urgence (n°35, décembre 2011). Les assistants sociaux et juristes du service ont également pris une part essentielle à l'introduction d'indicateurs de vulnérabilité sociale dans l'observation développée par le Centre-ressources (voir page 18).

PHARMACIE

Sous la responsabilité d'une pharmacienne bénévole, la pharmacie du Centre de santé du représente une prestation essentielle en matière d'accès aux soins dans la mesure où 60% des patients sont dépourvus de protection maladie efficiente lors de la première consultation (voir Accès aux soins page 28). 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. En 2011, la pharmacie a honoré 3 355 prescriptions correspondant à 1 424 consultations concernant 865 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 cinq médecins référents et une psychologue référente pour 0,8 ETP au Centre de santé et 0,4 ETP à l'Espace Santé Droit (voir page 51). 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 65 à 67)

Hébergé par le Foyer protestant d'Aubervilliers et animé dans le cadre d'un partenariat opérationnel avec la Cimade (voir encadré page suivante), l'Espace santé droit a poursuivi en 2011 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 ou 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 la Direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Ile-de-France.

L'Espace santé droit accueille sur rendez-vous prioritairement des personnes qui habitent le Nord de l'Ile-de-France. Parmi les étrangers malades suivis en 2011 pour lesquels le département a pu être enregistré (265 sur 407 personnes reçues), 41% étaient domiciliés en Seine-Saint-Denis, 37% à Paris, 8% dans le Val d'Oise, 4% dans les Hauts-de-Seine et 10% dans 6 autres départements. La permanence téléphonique reçoit indistinctement les sollicitations directes des étrangers et des professionnels qui les soutiennent. Elle a été assurée 2,5 jours par semaine en 2011, et permet de fixer les rendez-vous des personnes étrangères malades. Ces 2,5 journées permettent également d'assurer la permanence d'accueil hebdomadaire, uniquement sur rendez-vous, les mardi, mercredi matin, et

vendredi. En 2011, l'équipe de l'Espace santé droit était composée de 2 référents socio-juridiques salariés pour 1,2 plein-temps sur site, de 2 médecins référents pour 0,4 ETP, de 11 intervenants bénévoles pour 2,5 ETP et de 1 stagiaire juriste.

ACCUEIL, SOUTIEN ET ACCOMPAGNEMENT

L'Espace santé droit a délivré **537 consultations socio-juridiques pour 407 consultants** en 2011, principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (37%, dont 12% Maliens et 8% Ivoiriens), d'Afrique du Nord (25%, dont 17% Algériens et 6% Marocains) et d'Afrique centrale (14%, dont 5% Camerounais et 4% Congolais/RD et Congolais, voir Démographie page 17). La proportion de femmes accueillies y est plus importante qu'au Centre de santé (42% vs 27%), et l'âge médian plus élevé (39 ans vs 32 ans), en raison d'un « recrutement » qui favorise les exilés atteints de maladies chroniques. L'ancienneté de résidence en France est de 5,1 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 (45%, dont 19% Cimade), des services de l'Etat (20%, dont services sociaux de secteur 1%), des proches ou par internet (19%), et des services de santé (14%, dont Hôpital 11%).

Cinquante-trois 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 (15%), le diabète (14%), les troubles psychiatriques (11%), l'infection chronique à VHB (10%), l'infection à VIH (8%), le cancer

Principales pathologies observées à l'ESD

Pathologie	n	%	DIAGNOSTIC EN FRANCE
Maladies cardio-vascul.	32	15%	58%
Diabète	30	14%	48%
Affection psychiatrique	23	11%	86%
Infection à VHB	20	10%	80%
Infection à VIH	17	8%	88%
Cancer	16	8%	36%
Infection à VHC	8	4%	7/8
Handicap grave	7	3%	5/7
Asthme persistant	7	3%	1/7
Tuberculose	6	3%	6/6
Divers autres	44	21%	68%
Total	210	100%	68%

(8%) et l'infection à VHC (4%). Les trois quarts de ces malades bénéficient d'une prise en charge médicale auprès d'un hôpital, et 68% ont découvert leur maladie après l'arrivée en France (84% dans le cas des patients suivis pour infection virale chronique).

La durée des entretiens réalisés à l'Espace santé droit a augmenté en 2011 pour répondre à la complexification de la situation administrative et juridique des usagers. Les rendez-vous sont attribués en priorité dans 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 bénéficiaire de l'AME ou de la CMU d'une personne lui est refusé...). Dans les autres cas, les personnes sont adressées vers les services de droit commun, l'équipe de l'ESD agissant alors en soutien des professionnels (voir Centre-ressources page 55).

En 2011, 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 45). 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

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. L'association est présente depuis 1984 dans plusieurs Centres et locaux de rétention administrative. Elle soutient également plusieurs partenaires dans les pays du Sud, par des actions favorisant le développement et la démocratie.

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 37).

Les demandes de soutien en matière d'accès aux soins ont progressé en 2011 (22% des consultations vs 15% en 2010). Elles constituent notamment 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, PLAIDOYER ET PERSPECTIVES

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 55). La **permanence téléphonique** de l'Espace Santé droit intervient ainsi en complément des permanences nationales DSAS (Droit, soutien et accès aux soins) et Médicale. Les professionnels de l'Espace santé droit ont répondu à **1 995 appels en 2011**, émanant principalement de particuliers (56%, dont membres de famille 9%), d'associations (16%, dont Cimade 8%), de services de santé (15%, dont Hôpital 13%), et de services de l'Etat (12%, dont services sociaux de secteur 9%). Sur un plan géographique, les appels proviennent majoritairement des départements de Seine-Saint-Denis (36%), de Paris (36%), du Val-de-Marne (6%), du Val-d'Oise (4%), et des Hauts-de-Seine (4%), alors que la permanence téléphonique de l'Espace santé droit reste peu utilisée en 2011 en dehors de la région Ile-de-France (6%). Les bénéficiaires des permanences téléphoniques ainsi que la nature des demandes sont caractérisés page 69.

Initiative inter-associative face à la préfecture de Bobigny

Dans le prolongement de la sortie du livre noir « Étrangers : conditions d'accueil et traitement des dossiers à la préfecture de Bobigny, l'indignité ! » en 2010 par un collectif d'associations implantées en Seine-Saint-Denis et face au constat toujours d'actualité des pratiques de la préfecture de Bobigny, la Cimade et le Comede ont participé activement à une campagne de dénonciation et de sensibilisation autour des conditions d'accueil et de traitement des dossiers des étrangers à la préfecture. Une action collective (associations membres du collectif, élus du département, syndicats) a été organisée le 7 décembre 2011 devant la préfecture.

Le Comede et la Cimade développent également depuis l'origine de l'Espace santé droit un travail en réseau et de formation 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 44).

Pour la période à venir, l'Espace santé droit doit faire face à la fois à l'augmentation des besoins en matière d'accès aux droits des migrants/étrangers et à la diminution des subventions perçues par les deux partenaires. Début 2012, le Comede a été contraint de réduire la présence de ses salariés sur le site de l'Espace santé droit pour des raisons d'économie. L'obtention de ressources financières supplémentaires est nécessaire à la fois à l'augmentation des actions de droit de la santé et au développement d'autres prestations sociales et de prévention requises par les étrangers atteints de maladie grave. ■

« 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 2011, le groupe s'est réuni chaque deuxième mercredi du mois dans les locaux de la LDH de 15h à 17h30. Co-animé par une infirmière du Comede et une intervenante juridique de la Cimade, le groupe est composé de femmes accueillies au Centre de santé du Comede ou aux permanences femmes de la Cimade, et qui peuvent se trouver en situation de détresse et d'isolement.

Objectifs du groupe :

- **Echanger**, pour celles qui le souhaitent, sur le vécu personnel de chacune ; échanger des idées, des sentiments et des impressions ;
- **Créer** des liens et rompre l'isolement ;
- **Partager** un moment avec d'autres femmes, en mots ou en silence ;
- **Mettre des mots** sur des situations personnelles difficiles ;
- **Se retrouver pour des moments festifs.**

Depuis 2011, le groupe s'est stabilisé autour de 8 à 10 femmes se rencontrant parfois en dehors et organisant également des événements festifs, culturels et conviviaux. Ces femmes sont âgées de 25 à 45 ans, la plupart étant originaires d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale. Des thèmes récurrents ont été abordés qui explicitent la problématique liée à la double violence qu'elles subissent 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, sécurité sociale ...) ;
- 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 constats évolutifs sont encourageants : les femmes gagnent en autonomie dans leur vie quotidienne, gagnent en confiance en elle (prise de parole moins difficile...), s'informent mutuellement des pistes solidaires d'entraide à propos d'une recherche d'emploi, d'une aide sociale, d'un logement, d'association de soutien... Lors des consultations suivantes au Centre de santé du Comede, celles qui étaient en difficulté ont davantage de facilité à évoquer des situations problématiques, leur souffrance liée aux violences.

Le développement du groupe d'échange est envisagé pour améliorer les capacités de réponses 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 collective. Concernant les activités culturelles collectives, des propositions ont été faites en début d'année par les femmes. Pour les animatrices il s'agit d'un objectif à mettre en place pour cette année 2012.



Le Centre-Ressources du Comede

(Indicateurs pages 69 et 70)

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 professionnels (voir encadré ci-contre). Le Centre-ressources a connu depuis 7 ans un important développement consécutif aux succès de diffusion du **Guide Comede, diffusé à 54 707 exemplaires en France depuis 2006**. L'année 2011 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 un total de 1 174 130 exemplaires diffusés depuis 2006. Le Comede a également édité 4 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 des conditions favorables 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 de protection, et de s'appuyer sur des données d'épidémiologie médicale, psychologique et sociale régulièrement mises à jour.

Géographie du Centre-ressources

A vocation nationale, le Centre-ressources du Comede intervient avant tout dans les principales régions d'accueil des exilés : **Ile-de-France** (47% des utilisateurs du Guide Comede, 43% des utilisateurs du Livret bilingue, 53% des lecteurs de Maux d'exil) et départements alentour du **Centre-Nord** (11% Guide, 11% Livrets, 9% Maux d'exil), **PACA-Languedoc-Roussillon** (9% Guide, 9% Livrets, 7% Maux d'exil), et **Rhône-Alpes-Auvergne** (8% Guide, 10% Livrets, 7% Maux d'exil).

Les actions du Centre-ressources sont élaborées depuis les locaux du Comede à **Bicêtre** (siège de l'association et Centre de santé), ceux de l'Espace santé droit à **Aubervilliers** (partenariat opérationnel avec la Cimade), ainsi que les bureaux mis à disposition du Comede par les partenaires associatifs à **Marseille** (Espace accueil aux étrangers, Aides). Est également prévu pour l'été 2012 la mise en place d'une permanence téléphonique dédiée à la santé mentale en partenariat avec Médecins sans frontières, depuis les locaux de MSF à **Paris**.

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 : permanence Droit, soutien et accès aux soins - DSAS (Bicêtre, Marseille), permanence Médicale (Bicêtre), et permanence de l'Espace santé droit (Aubervilliers). Ces trois permanences ont traité **3 865 appels en 2011**, 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. Les appelants sont principalement des particuliers (49%, voir détail dans le chapitre Démographie page 16), des services de santé (19%), des associations (16%), des services de l'Etat (12%), et des avocats (2%). Ils émanent majoritairement de la région Ile-de-France (94% pour l'Espace santé droit ; 83% pour les deux autres permanences, dont Paris 30% et Val- de-Marne 19%). Les appels traités portent sur le droit au séjour des étrangers malades (63%, et 80% pour la permanence ESD) ; des questions d'accès aux soins (27%, et 71% pour la permanence DSAS), et des questions de prise en charge médico-psychologique (24%, et 73% pour la permanence Médicale). En complément de ces permanences téléphoniques, la gestion du site internet du Comede constitue toujours l'une des priorités de développement 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 2011, 78 719 nouvelles commandes ont été enregistrées par l'Inpes pour les 23 langues étrangères disponibles, portant le nombre total d'exemplaires diffusés à 1 174 130 depuis 2006. L'ensemble des langues a été sollicité avec une diffusion plus importante pour l'arabe dialectal maghrébin (11%), le chinois mandarin, l'espagnol, le portugais, le roumain, le russe et le turc (6% chacun). Depuis 2006, les commandes proviennent principalement des régions Ile-de-France (43%, dont Paris 17% et

Diffusion des Livrets de santé bilingues

1 174 130 Commandes 2006-2011

Edition	Total	%	AL-LOR -FR.C.	CENTR. -NORD	ILE-DE- FRAN.	NORD- OUEST	NORD- P.D.C	OUTRE- MER	PACA- LAN.R.	RHONE- A.-AUV.	SUD- OUEST
français-albanais	30 899	3%	6%	3%	2%	3%	2%	0%	2%	4%	4%
français-anglais	191 392	16%	13%	16%	14%	20%	25%	29%	19%	14%	18%
français-arabe maghrébin	133 878	11%	9%	10%	11%	8%	17%	0%	21%	16%	11%
français-arménien	30 193	3%	5%	4%	1%	3%	2%	0%	3%	4%	4%
français-bengali	19 912	2%	1%	2%	3%	2%	1%	0%	1%	1%	1%
français-bulgare	28 716	2%	5%	3%	2%	3%	1%	0%	3%	2%	5%
français-chinois mandarin	73 007	6%	4%	4%	8%	6%	3%	5%	5%	6%	3%
français-créole haïtien	37 541	3%	1%	1%	3%	2%	1%	22%	1%	1%	1%
français-espagnol	72 150	6%	3%	5%	5%	6%	5%	23%	7%	5%	8%
français-georgien	25 601	2%	3%	4%	2%	3%	2%	0%	2%	2%	3%
français-hindi	22 017	2%	2%	1%	3%	1%	2%	0%	1%	1%	1%
français-kurde	35 758	3%	4%	4%	3%	4%	4%	0%	3%	3%	3%
français-lingala	9 651	1%	0%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	1%	0%
français-ourdou	23 717	2%	1%	2%	3%	2%	1%	0%	0%	1%	2%
français-portugais	68 370	6%	7%	5%	4%	5%	3%	20%	5%	6%	7%
français-pular/peul	20 010	2%	1%	2%	2%	2%	1%	0%	1%	1%	1%
français-roumain	67 963	6%	7%	5%	6%	6%	12%	0%	8%	6%	6%
français-russe	69 212	6%	10%	8%	4%	8%	8%	1%	7%	6%	7%
français-serbe	36 289	3%	6%	5%	2%	4%	2%	0%	3%	5%	3%
français-soninke	34 345	3%	1%	3%	5%	2%	2%	0%	1%	1%	1%
français-tamoul	36 206	3%	1%	2%	6%	1%	1%	0%	1%	1%	1%
français-turc	69 862	6%	10%	7%	5%	6%	3%	0%	5%	11%	7%
français-wolof	37 441	3%	1%	3%	5%	3%	3%	0%	2%	1%	2%
Total	1 174 130	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Seine-Saint-Denis 11%), Centre-Nord (11%), Rhône-Alpes-Auvergne (10%), PACA-Languedoc-R. (9%), Alsace-Lorraine-Franche-Comté (8%), Nord-Ouest (7%) et Outre-Mer (6%).

La répartition géographique des langues commandées permet d'observer le lien entre les régions d'origine des migrants et leurs régions de résidence en France (voir tableau page suivante). La région Ile-de-France accueille une proportion plus importante qu'ailleurs de migrants originaires d'Afrique de l'Ouest, d'Asie du Sud et d'Asie de l'Est, alors que pour les autres principales régions d'accueil :

- PACA-Languedoc-R. : davantage de migrants d'Afrique du Nord, d'Europe de l'Est et d'Espagne ;
- Rhône-Alpes-Auvergne : davantage de migrants d'Europe de l'Est et d'Afrique du Nord ;
- Alsace-Lorraine-Franche-Comté : davantage de migrants d'Europe de l'Est ;
- Outre-Mer : davantage de migrants des Caraïbes et d'Amérique latine.

A partir de l'analyse des langues sollicitées, on observe une présence plus importante de migrants originaires :

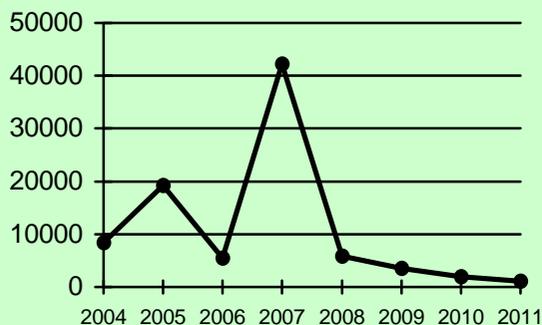
- d'Afrique du Nord [arabe] en régions PACA-Languedoc-R., Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes-Auvergne ;
- d'Afrique de l'Ouest [pular, soninke, wolof, et en partie portugais] en Ile-de-France ;
- d'Asie de l'Est [chinois mandarin] en Ile-de-France ;
- d'Asie du Sud [tamoul, ourdou, hindi, bengali] en Ile-de-France ;
- des Caraïbes et d'Amérique latine [créole haïtien, espagnol, portugais] dans les Départements français d'Amérique ;
- d'Europe de l'Est [albanais, arménien, géorgien, russe, serbe, turc, et en partie kurde] en Rhône-Alpes-Auvergne, Alsace-Lorraine-Franche-C., Centre-Nord, PACA et Sud-Ouest ;
- d'Europe de l'Ouest [bulgare, espagnol, portugais, roumain] en Alsace-Lorraine-F.-C., PACA-L.-R. et Sud-Ouest.

Quatre numéros de Maux d'exil, la revue du Comede sur la santé des exilés, ont été publiés en 2011. 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 4 579 lecteurs réguliers de Maux d'exil exercent principalement en régions Ile-de-France (53%, dont Paris 28%), Centre-Nord (9%), PACA-Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes-Auvergne et Nord-Ouest (7%). Chaque numéro est consacré à un dossier proposant 4 regards croisés sur le même thème. Les dossiers 2011 ont été consacrés aux réformes du droit de la santé des étrangers (*Vers la fin du droit à la santé pour tous ?*, n°32, avril 2011) ; à la lutte contre les affections parasitaires (*Prévenir et dépister les parasitoses chez les migrants*, n°30, juin 2011) ; aux questions éthiques posées par la recherche des « preuves » de violence et torture (*Certification médicale et droit d'asile, risques et dérives*, n°34, septembre 2011) ; et enfin à la crise majeure de l'hébergement d'urgence pour les personnes les plus vulnérables (*Sans hébergement, pas de refuge pour les exilés*, n°35, décembre 2011). Outre les articles parus dans Maux d'exil, les membres du Comede ont notamment publié dans les revues Humanitaire et Pratiques. Au total, le Comede a réalisé 25 publications spécialisées et effectué 34 interventions publiques en 2011 (détail en annexe Information page 69).

FORMATION, ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

Depuis 2006, le Guide Comede a été diffusé à 54 707 exemplaires, 1 048 nouvelles commandes de l'édition 2008 ayant été enregistrées en 2011. Ce Guide est utilisé par plusieurs professionnels dans de nombreux lieux d'exercice. Initialement réservé à l'usage interne du Comede depuis la première version en 1997, le Guide Comede a 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

Diffusion du Guide Comede sur les 7 dernières années



pages) a succédé au Guide 2005 (Prix Prescrire, 40 000 exemplaires diffusés entre 2004 et 2007). Une nouvelle édition est prévue en 2012-2013 en partenariat avec l'Inpes et la DGS.

Professionnels de la Santé, du Social, de la Formation, des services de l'Etat et des associations de soutien, les nouveaux utilisateurs du Guide Comede exercent principalement en régions Ile-de-France (47%, dont Paris 17%), Centre-Nord (11%), PACA-Languedoc-Roussillon (9%) et Rhône-Alpes-Auvergne (8%). Aux répertoires régionaux Ile-de-France et Provence-Alpes-Côtes-d'Azur, inclus dans l'édition 2008 du Guide, s'est ajouté en 2011 le Répertoire des professionnels pour les Départements Français d'Amérique (Guadeloupe, Guyane et Martinique), alors que l'édition du Répertoire Rhône-Alpes interviendra en 2012.

Le caractère pluridisciplinaire du travail au Comede nous conduit à concevoir le Guide comme un pont entre des pratiques qui concourent toutes à la promotion de la santé des exilés, mais restent trop souvent cloisonnées. Le Guide Comede tient compte de la complexité croissante des problèmes de santé des personnes : précarisation du statut juridique, transformation épidémiologique et diversification de l'origine géographique. L'information des partenaires de la prise en charge est d'autant plus nécessaire que, dans un contexte de pénurie de ressources, les associations spécialisées sont débordées et une

part croissante des demandes sont reportées sur les professionnels et services « du droit commun ». Si la connaissance des principes diagnostiques et thérapeutiques est indispensable dans le champ de la maladie et des soins médico-psychologiques, elle l'est tout autant en matière d'accueil, d'accès aux soins, d'accès aux droits et de lutte contre les discriminations.

Les activités de formation et d'enseignement menées par le Comede sont restées stables en 2011, ceci faut de moyens supplémentaires en dépit de l'augmentation des sollicitations consécutives aux réformes du droit de la santé des étrangers. Au total, les professionnels du Comede ont animé 45 demi-journées de formation sur l'année, pour 958 stagiaires. Six de ces demi-journées ont été effectuées dans le cadre du partenariat de formation entre le Comede et le Gisti. Un partenariat entre la consultation « migrants » liée à l'hôpital Marc Jacquet à Melun (77) et le Comede pour la formation-accompagnement des psychiatres et psychologues a débuté en 2011 et se poursuit en 2012. Les membres du Comede ont également assuré 5 séances d'enseignement pour l'Institut de formation des soins infirmiers de Ville-Evrard, L'Institut de formation sociale des Yvelines, les Universités d'Evry, de Genève, de Lyon-Est et de Paris 5. 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 2011, l'expertise du Centre-ressources a été sollicitée dans le cadre de 20 groupes de recherche et de plaidoyer (voir page 70), 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 téléphoniques. 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 a débuté en 2012 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.

Avec l'aide d'une interne de santé publique, le Comede a entrepris fin 2011 la réalisation d'une **Etude des facteurs d'exposition sexuelle et des facteurs de vulnérabilité sociale associés aux infections par Chamydia trachomatis et par la syphilis**. A l'exception des infections à VIH et à VHB, nous disposons

en effet de peu de données concernant la fréquence de ces pathologies chez les migrants. Les recommandations de dépistage des Chlamydia concernent la population générale, et le dépistage de la syphilis est recommandé chez les migrants en l'absence de donnée sur le sujet. Dans le cadre de cette étude, la PCR chlamydia et la sérologie de la syphilis sont ajoutées au bilan de santé comprenant déjà les sérologies VIH et VHB, et un questionnaire est soumis aux patients. Cette étude a donc pour objectif de réaliser un bilan des IST chez les patients du Centre de santé du Comede et d'identifier des situations de vie associées à une plus forte probabilité de contracter une IST. Les résultats obtenus pourront permettre d'établir des recommandations de dépistage des Chlamydia et de la syphilis au Comede, et éventuellement dans la population de migrants/étrangers en situation de précarité récemment arrivés en France. L'étude a débuté fin décembre 2011, en collaboration avec la DASES qui réalise les examens.

Le Comede participe également à l'organisation de **colloques** sur la santé des exilés et des migrants, comme en **novembre 2011 avec Médecins du monde et la Société de pathologie exotique**. 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. En 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. Le métier d'interprète comporte ses propres règles de fonctionnement, d'éthique et de déontologie. L'interprète est un acteur essentiel pour l'annonce d'un diagnostic difficile ou 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 du colloque de 2010 sera poursuivie dans le cadre d'un **second colloque national organisé en 2012 à Strasbourg par Migrations santé Alsace**. Après celui de 2010 ayant permis une prise de conscience des acteurs médico-sociaux de la nécessité du recours à l'interprétariat professionnel, le colloque de Strasbourg constitue un deuxième acte dans le plaidoyer pour la reconnaissance institutionnelle de l'interprétariat. Ce second colloque s'articule autour du métier d'interprète professionnel en milieu médico-psycho-social. Il se donne pour ambition d'apporter aux acteurs une meilleure lisibilité des rôles et fonctions de l'interprète médical et social, en les distinguant des interprètes de proximité, et des interprètes de conférence. Il a aussi pour objectif d'apporter aux professionnels une compréhension plus fine de l'intérêt pratique, mais aussi éthique de l'interprétariat dans les champs médicaux, psychologiques, et sociaux. La promotion de l'interprétariat visée par les organisateurs de second colloque national, est indissociable de la prise en compte d'enjeux sociaux liés à ces pratiques professionnelles : accès aux soins et aux droits pour les personnes non francophones, réduction des inégalités sociales de santé, lutte contre les discriminations. ■



Gestion, finances et perspectives

(Présentation et composition du Comede page 4)

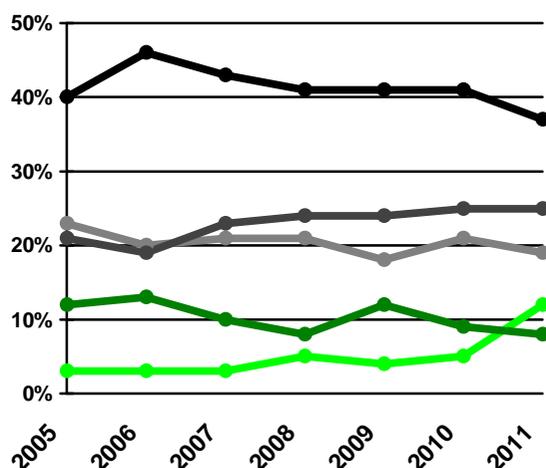
Association loi 1901, le Comede compte **40 adhérents**, dont 12 membres élus au Conseil d'administration. En 2011, l'association a employé **43 professionnels**, dont 31 salariés (21,2 ETP *versus* 22,3 en 2010) et 12 bénévoles intervenant sur les sites de Bicêtre et d'Aubervilliers (Espace santé droit). Le réseau du Centre-ressources compte près de 4 579 lecteurs réguliers de Maux d'exil et 54 707 utilisateurs du Guide Comede.

L'exercice 2011 s'achève avec un résultat financier de +55 546 euros, pour un total de charges de 1 364 905 euros (-4%) et un total de produits de 1 425 650 euros (-6%). Il a été marqué par la poursuite du **plan d'économies** initié au second semestre 2009, par une forte **incertitude budgétaire** (la moitié des conventions de financement ont été conclues au cours du second semestre jusqu'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. Ces excédents sont financés par une partie des prestations reçues des Caisses primaires d'assurance maladie pour ceux des patients du Centre de santé qui bénéficient d'une protection maladie. Parallèlement, l'association s'emploie 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.

Entre 2001 et 2009, le doublement du budget du Comede a accompagné 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 de santé, notamment dans les champs du droit de la santé, de la

Part des financements 2003-2011

Subventions nationales
Subventions transnationales
Subventions régionales
Aides privées
Ressources propres Comede



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 depuis 2009 (voir tableau page 63), plusieurs aides privées ayant compensé en partie la baisse des financements publics - nationaux et régionaux - en 2011.

Pour l'année 2012, 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.

PRODUITS ET CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES

Les produits du Comede proviennent principalement de subventions d'exploitation (1 255 810, en baisse de 5%, représentant 88% des produits). Ces subventions peuvent être réparties en quatre catégories :

- **Subventions nationales** (37% des produits, -11%) : Direction générale de la santé (19% des produits, -7 200 € en 2011), Service de l'asile (10%, stable), Inpes (7%, -31 443 €), Acisé (1%, -15 000 €), la subvention du Service de l'accès aux droits et de l'aide aux victimes du Ministère de la Justice n'ayant pas été renouvelée en 2011 (-10 000 €) ;

- **Subventions transnationales** (25%) : Fonds européen pour les réfugiés (22%, +10 000 €) et Fonds de contribution volontaire des Nations Unies pour les victimes de torture (3%, -16 069 €) ;

- **Subventions régionales** (19%) : ARS IDF (13%, stable), CPAM 94 (3%, -1 869 €), Cramif (1%, nouvelle subvention de 18 000 €), DRJSCS (ex-Acisé IDF, 1%, -3 000 €), DRDFE (0,6%, -2 000 €), Conseil général 94 (0,1%, stable) ; alors que les subventions du Conseil régional IDF (-25 000 €) et de la Ville de Paris (-20 000 €) n'ont pas été renouvelées en 2011 faute pour le Comede d'avoir pu déposer un dossier dans les temps ;

- **Aides privées** (12%) : Sidaction (4%, stable), Fonds Inkermann (4%, + 50 000 €), Médecins du monde (4%, + 50 000 €), Fondation Leem (0,7%, -5 000 €).

Les **ressources propres** du Comede (8%) sont issues du remboursement des consultations médicales pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME (6%, -21 737 €), des formations payantes du Centre-ressources (0,8%, +4 849 €), des dons (0,6%, -7 487 €).

Donateurs et dons adressés au Comede en 2011

Le Comede a perçu 45 dons en 2011 pour un total de 9060 € incluant un don de 3000 €. Le montant moyen est de 201 € et le montant médian de 100 €.

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 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.

CHARGES ET TRESORERIE

Les incertitudes sur le renouvellement de plusieurs subventions et les retards de versement du FER ont eu pour conséquence **un encadrement des dépenses en 2011** : limitation des frais de fonctionnement et non remplacement de certains départs. Compte tenu des contributions volontaires et prestations gratuites évoquées *supra*, les charges de personnel sont prépondérantes dans le budget du Comede (85% en 2011). Aussi les marges de manœuvre financières sont-elles réduites lorsque la trésorerie est sous tension. Cette

Evolution des produits du Comede sur les 7 dernières années

Produits	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Subventions nationales	377 705	437 987	509 445	535 556	602 531	594 093	530 450
Acsé national (<i>Fasild</i>)	33 993	35 000	35 000	35 000	30 000	30 000	15 000
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	107 800
DGS, 6D, MC1	144 830	144 830	144 830	150 000	170 000	170 000	165 000
Inpes, Communication			43 505				
Inpes, Subventions	28 122	87 397	65 350	89 296	141 771	133 333	101 890
SDA (<i>DPM</i>)	140 760	140 760	140 760	140 760	140 760	140 760	140 760
SDFE				15 000			
Ministère de la Justice						10 000	
Subventions transnat.	199 834	178 928	276 958	307 512	352 293	356 593	350 524
FER, UE	160 000	140 000	240 000	270 000	300 000	300 000	310 000
FCVNUVT, ONU	39 834	38 928	36 958	37 512	52 293	56 593	40 524
Subventions régionales	214 987	189 616	249 271	275 012	266 983	298 650	264 781
ARS Ile-de-France						183 100	183 100
Cnam	66 983						
Cramif, FNAS		52 000					
Cramif, FNPEIS	30 490						18 000
Cramif, GRSP		48 000					
CG Val-de-Marne					4 200	1 500	1 500
CR Ile-de-France	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	26 014	26 616	29 271	32 012	34 783	39 050	37 181
DRDFE IdF				10 000	10 000	10 000	8 000
DRJSCS IdF, Acsé IdF			10 000	20 000	25 000	20 000	17 000
GRSP appel à projets			107 000	87 000	50 100		
GRSP struct. (Drassif)	52 500	33 000	53 000	53 000	93 000		
Ville de Paris						20 000	
Aides privées	29 000	30 000	30 000	70 000	65 000	70 000	165 000
Emmaüs				10 000			
FDF / Fonds Inkermann							50 000
FDF / Fondation Leem						15 000	10 000
FDF / Fondation Marc					15 000		
Médecins du monde							50 000
Secours catholique				15 000			
Sidaction	29 000	30 000	30 000	45 000	50 000	55 000	55 000
Ressources propres	113 461	107 067	120 932	101 499	176 627	136 084	110 055
CPAM remboursements	102 887	88 144	104 766	78 950	93 125	84 598	65 661
CPAM accord national		4 209	5 347	10 787	31 026	24 535	21 735
Dons	145	3 820	531	3 740	43 994	16 547	9 060
Formations payées	2 910	4 166	5 118	4 281	4 165	6 870	11 719
Participation des usagers	7 519	4 728	5 170	3 741	4 317	3 534	1 880
Total *	934 987	943 598	1 186 606	1 289 579	1 463 434	1 455 420	1 420 810

Les cases colorées □ signalent les financeurs du Comede en 2010 * hors reprises et cotisations

situation, soulignée depuis plusieurs années, n'a pas connu d'amélioration en 2011 en dépit des excédents réalisés en 2009 et en 2010. Elle s'explique par la part importante de la subvention du Fonds européen pour les réfugiés

dans le budget, dont le premier versement de 50% arrive souvent en année n+1 et le second versement est suspendu à une procédure de contrôle de quatre niveaux sur l'ensemble des subventions accordées par le Service de l'asile

français au titre du FER. Or les délais de contrôle se sont encore allongés à compter des audits 2008 et 2009, ce qui porte à 4 ans les retards de versement des reliquats annuels du FER. En outre, les versements des autres subventions d'un montant supérieur à 100 000 € sont effectués sur le second semestre (DGS en juillet-octobre, SDA en juin, Inpes en décembre, ARS Ile-de-France en août...). Le montant des subventions à percevoir au 31/12/2011 a ainsi atteint le niveau record de 713 720 €, soit la moitié du budget.

PERSPECTIVES 2012

La diversification des sources de financements et l'inflation des exigences des financeurs - publics et privés - entraînent une charge de travail conséquente, conduisant le Comede à créer début 2012 un poste de direction administrative et financière, les questions de

ressources humaines étant désormais partagées par les 3 membres de la direction. Dans un contexte de réduction des subventions publiques, **la capacité du Comede à renforcer ses fonds propres dans les prochaines années sera déterminante pour permettre la pérennité des actions** menées par l'association. 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, et de penser des actions innovantes. Enfin, devant l'ampleur des besoins, le Comede doit également développer ses partenariats avec l'ensemble des acteurs professionnels, associatifs et institutionnels préoccupés par la santé, l'accès aux soins et l'insertion des exilés. ■

PATIENTS

File active globale (FA) = 3 687

Ensemble des consultants CDS et ESD

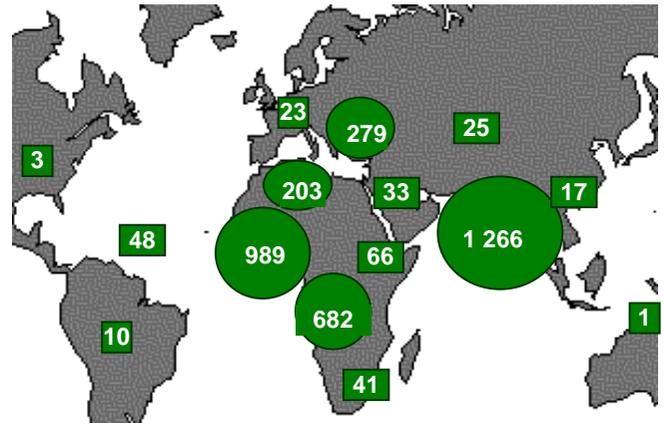
FA Centre de santé = 3 280

▪ 66% sont des nouveaux consultants

FA Espace santé droit = 407

Partenariat Cimade/Comede

▪ 80% sont des nouveaux consultants



Caractéristiques socio-démographiques

Région d'origine	File active globale			Centre de santé					Espace Santé Droit					
	détail pour n>30	n	%	2011 /2010	n	%	Sexe (F/H)	Age médian	Rés. Fra.	n	%	Sexe (F/H)	Age médian	Rés. Fra.
Afrique Australe		41	1%	+8%	29	1%	-	-	-	12	3%	-	-	-
Afrique centrale		682	18%	-19%	625	19%	58%	34	1,0	57	14%	56%	42	5,2
Afrique de l'Est		66	2%	-31%	66	2%	12%	28	1,2	0	0%	-	-	-
Afrique du Nord		203	6%	-1%	103	3%	26%	39	1,8	100	25%	45%	39	3,5
Afrique de l'Ouest		989	27%	-16%	837	26%	27%	31	1,3	152	37%	37%	38	6,5
Asie du Sud		1 266	34%	-8%	1 245	38%	9%	30	0,9	21	5%	-	-	-
Europe de l'Est		279	8%	-17%	257	8%	31%	37	1,7	22	5%	-	-	-
Caraïbes		48	1%	-2%	39	1%	67%	38	1,1	9	2%	-	-	-
Moyen-Orient		33	1%	+38%	24	1%				9	2%			
Divers autres		80	2%	-	55	2%	-	-	-	25	6%	-	-	-
Total		3 687	100%	-13%	3 280	100%	27%	32	1,1	407	100%	42%	39	5,1

Rés. Fra. : années de résidence en France (médiane), - données non détaillées pour effectif <30

115 nationalités avec les usagers des permanences ☎ : 84 CDS, 58 ESD +102 PT ☎

AFRIQUE AUSTRALE	AFRIQUE DU NORD	AMERIQUE DU SUD	ASIE DU SUD	UKRAINE 6, 2 +15
AFRIQUE DU SUD +2	ALGERIE 61, 69 +604	ARGENTINE 1, 1 +1	BANGLAD. 689, 4 +78	EUROPE DE L'OUEST
COMORES 11, 4 +29	LIBYE 1, 0 +2	BOLIVIE +2	BOUTHAN 2, 0	ALLEMAGNE +2
ILE MAURICE 3, 2 +16	MAROC 17, 26 +163	BRESIL 0, 3 +21	INDE 9, 7 +25	BULGARIE 1, 1 +22
MADAGAS. 15, 6 +47	TUNISIE 24, 5 +76	CHILI +6	NEPAL +3	ESPAGNE 1, 0
AFRIQUE CENTRALE	AFRIQUE DE L'OUEST	COLOMBIE 3, 0 +4	PAKISTAN 66, 8 +57	ESTONIE +2
ANGOLA 57, 3 +53	BENIN 0, 4 +32	EQUATEUR +2	SRI LANKA 479, 2 +63	FRANCE 1, 0 +14
CABINDA +1	BURKINA FAS. 8, 3 +17	PARAGUAY 0, 1 +1	CARAÏBES	POLOGNE 0, 1 +3
BURUNDI 2, 0	CAP VERT 1, 6 18	PEROU +2	CUBA 1, 0	PORTUGAL 1, 0 +2
CAMEROUN 47, 20 +161	COTE D'I. 124, 31 +229	VENEZUELA 1, 0 +3	HAITI 37, 9 +55	REP. TCHEQUE +1
CENTRAFRIQ. 4, 1 +11	GAMBIE 6, 1 +2	ASIE CENTRALE	SURINAME 1, 0	ROUMANIE 6, 10 +97
CONGO 82, 15 +117	GHANA 8, 2 +25	AFGHANIST. 14, 1 +10		ROYAUME-UNI +3
CRD/RDC 413, 15 +232	GUINÉE BISS. 4, 1 +10	KAZAKHSTAN 5, 0 +1	EUROPE DE L'EST	MOYEN-ORIENT
CRD/ ZAIRE 1, 0	GUINÉE C. 306, 14 +174	KIRGHIZISTAN +2	ALBANIE 2, 1 +9	EGYPTE 9, 7 +31
GABON 0, 1 +10	LIBERIA 2, 0 +2	MONGOLIE 4, 1 +6	ARMENIE 23, 2 +64	IRAK 5, 0 +5
RWANDA 11, 1 +11	MALI 100, 49 +294	OUZBEKISTAN +1	AZERBAIDJAN 4, 1 +5	IRAN 4, 0 +9
TCHAD 8, 1 +10	MAURITAN. 153, 15 +86	ASIE DE L'EST	BIELORUSSIE 0, 1	ISRAEL 0, 1 +1
AFRIQUE DE L'EST	NIGER 1, 1 +17	BIRMANIE 5, 0	BOSNIE 1, 0	LIBAN 1, 0 +2
DJIBOUTI +8	NIGERIA 56, 6 +27	CAMBODGE +4	CROATIE +1	PALESTINE 2, 0 +1
ERYTHREE 11, 0 +4	SENEGAL 43, 14 +148	CHINE 3, 3 +7	GEORGIE 19, 1 +50	SYRIE 3, 1 +3
ETHIOPIE 5, 0 +2	SIERRA LEONE 9, 1 +5	CHINE/TIBET +1	MACEDOINE +2	YEMEN +2
KENYA 5, 0 +5	TOGO 16, 4 +22	COREE DU NORD +1	MOLDAVIE 12, 3 +19	OCEANIE
OUGANDA 2, 0 +1	AMERIQUE DU NORD	MALAISIE +1	RUSSIE 92, 7 +45	AUSTRALIE 1, 0 +1
SEYCHELLES 1, 0	ETATS-UNIS 1, 1 +36	LAOS 2, 0	RUS/ TCHET. 23, 0 +11	
SOMALIE 5, 0 +2	GUATEMALA 1, 0	PHILIPPINES 1, 0 +3	SERBIE 3, 1 +7	
SOUDAN 37, 0 +5	MEXIQUE +2	THAILANDE +5	SERBIE/KOSOVO +16	
		VIETNAM 2, 1 +1	SLOVAQUIE +15	
			TURQUIE 70, 3 +31	

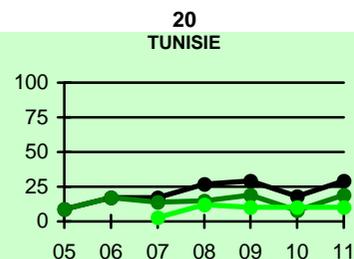
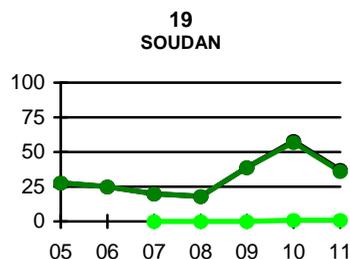
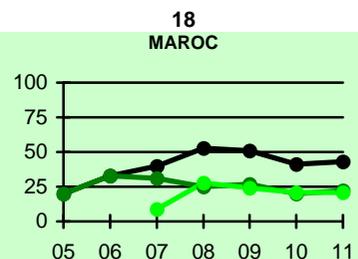
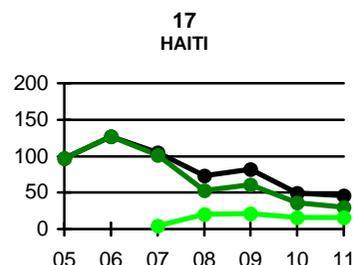
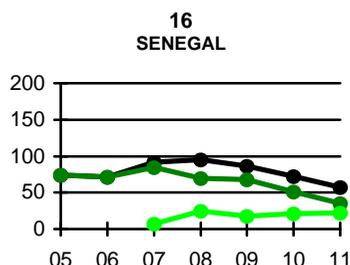
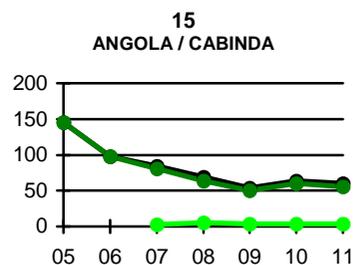
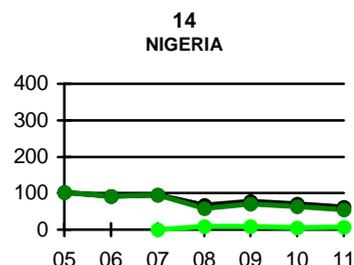
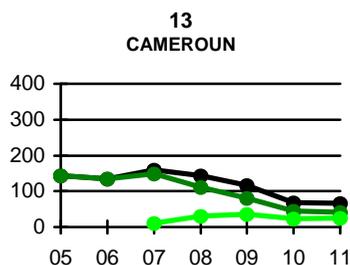
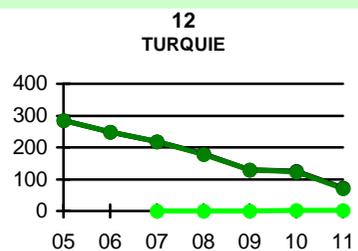
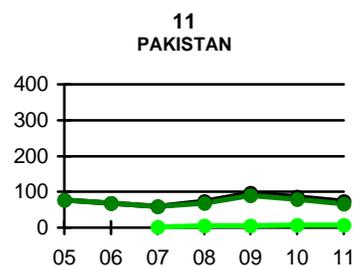
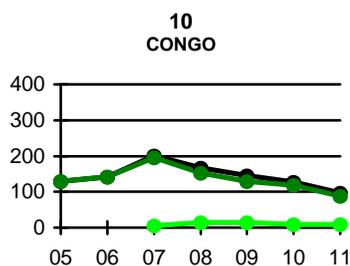
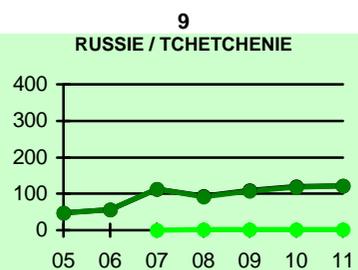
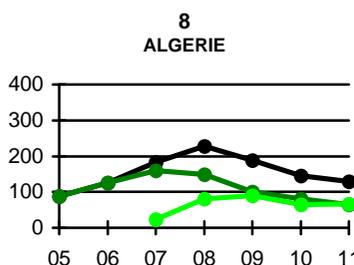
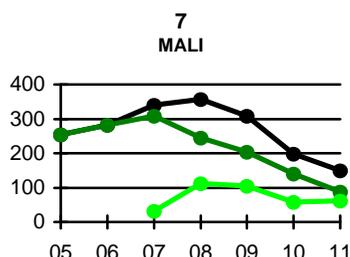
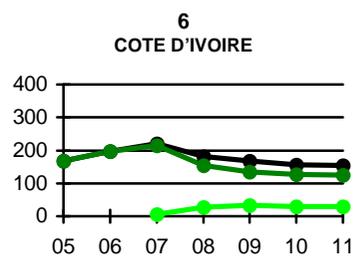
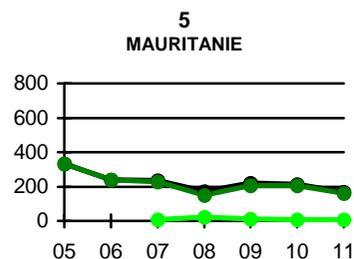
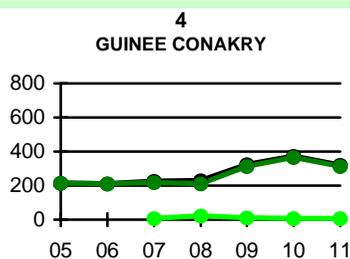
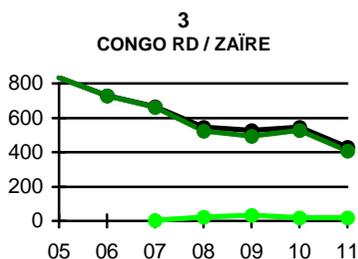
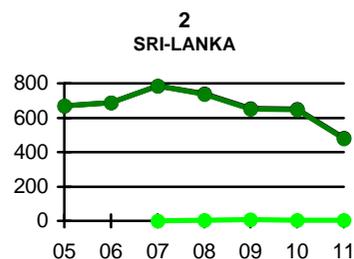
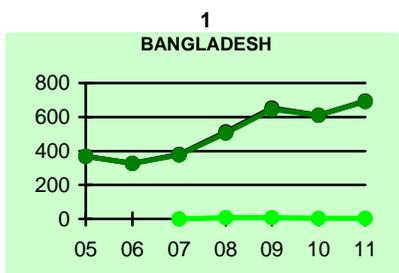
PATIENTS

Les 20 principales nationalités sur 7 ans

■ augmentation 2011/2010

● Centre de santé

● Espace santé droit



CONSULTATIONS

Total consultations = 11 199

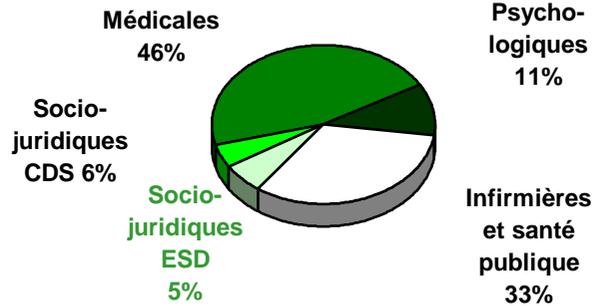
Moyenne 44 consultations / jour au Centre de santé
et 4 / jour à l'Espace Santé Droit

Centre de santé = 10 661

Avec interprète professionnel = 2 520

Espace santé droit = 538

Partenariat Cimade/Comede



Service	Consultations			File Active		Cs/ pat.	Suivi moyenne	Prestations spécialisées			
	n	%	11/10	n	%			CLE	AAS	asile	séj.
Infirmier & Santé pub	3 685	33%	-11%	2 628	71%	1,4	6,4 mois	50%	15%	10%	7%
Médical	5 133	46%	-14%	2 234	61%	2,3	7,1 mois	47%	10%	26%	7%
Psychothérapie & SM	1 183	11%	-4%	294	8%	4,0	14,1 mois	25%	-	-	-
Socio-juridique	1 198	11%	-12%	735	20%	1,6	17,9 mois	19%	26%	10%	54%
dont Centre de santé	661	6%	-15%	329	9%	2,0	22,7 mois	31%	30%	19%	31%
dont Espace santé droit	537	5%	-7%	407	11%	1,3	5,1 mois	3%	22%	-	82%
Total	11 199	100%	-12%	3 687	100%	3,0	8,4 mois	43%	12%	17%	11%

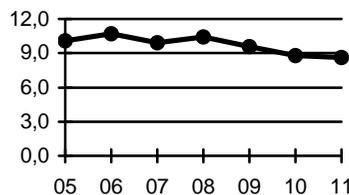
CLE Cons. langue étrangère, AAS Accès aux soins, Asile Procédure et certification, Séjour Procédure et certificats

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

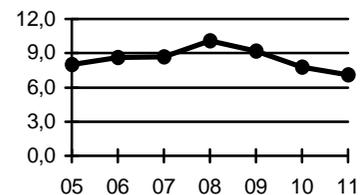
Evolution de la durée moyenne de suivi au Centre de santé

Sur les 7 dernières années

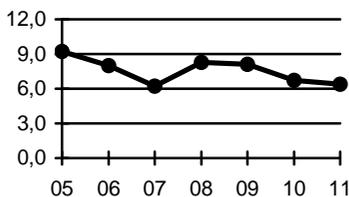
TOTAL CONSULTATIONS



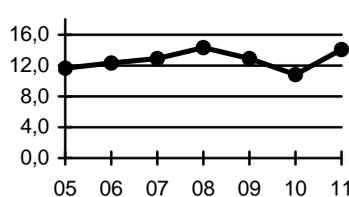
CS MEDICALES



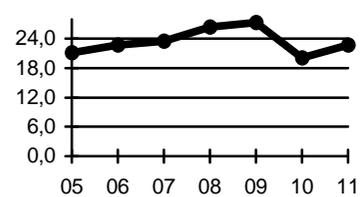
CS INFIRMIERES ET SANTE PUB



CS PSYCHOTHERAPIE



CS SOCIALES ET JURIDIQUES



Langues et certification

LANGUE ETRANGERE

Interprète	2 520
Comede	1 412
Accompagnateur	586
Téléphone ISM	180
Téléphone personnel	13

50 langues utilisées

dont Anglais	1 445
Tamoul	1 036
Bengali	1 004

Russe	375
Turc	153
Ourdou	150
Arabe	116
Pular	102
Soninke	82
Lingala	79
Hindi	33
Mongol	16
Portugais	13
Roumain	12
Dari	9
Bambara	9
Espagnol	8
Créole	7
Cinghalais	5
Farsi	5

CERTIFICATION ASILE

Taux d'accord Com. 82%

590 certificats Asile

dont Bangladesh	180
Sri Lanka	158
Guinée Conakry	70
Mauritanie	36
Congo RD	34
Russie/Tchéch.	26
Turquie	13
Soudan	12
Côte d'Ivoire	7
Congo	6
Pakistan	6

ETRANGERS MALADES

Taux d'accord Com. 67%

238 malades soutenus

dont 91 à l'ESD
(NB : données non exhaustives)

dont Congo RD	36
Mali	36
Côte d'Ivoire	19
Algérie	19
Guinée Conakry	17
Cameroun	13
Sénégal	12
Nigeria	11

PREVENTION

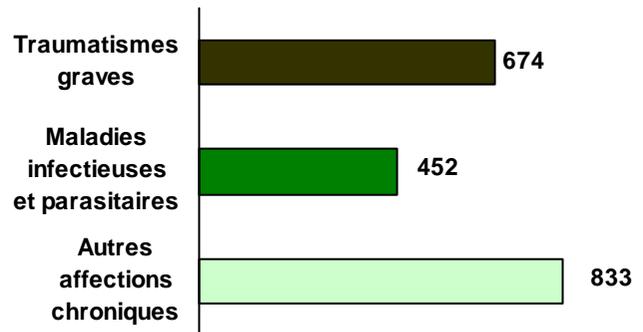
Bilans de santé ≈ 1 700

- 80% des nouveaux patients du CDS

Patients à suivre (PAS) = 1 599

pour affection ou risque grave

- 1 210 suivis au CDS et 389 à l'ESD



File active

2005 motifs recensés	File active		Nouveaux		Diagnostic	Suivi	Suivi
	n	%	n	11/10	Comede	Comede	externe
Psycho-trauma	593	30%	373	-33%	86%	12 mois	36%
Mal. cardio-vasc.	266	13%	111	-31%	31%	18 mois	77%
Infection à VHB	245	12%	117	-5%	73%	14 mois	57%
Diabète	193	10%	101	-14%	20%	11 mois	74%
Infection à VHC	73	4%	30	-23%	51%	17 mois	66%
Asthme	68	3%	34	-17%	10%	20 mois	66%
Infection à VIH	58	3%	34	+10%	43%	8 mois	88%
Cancer	37	2%	23	+15%	8%	8 mois	95%
Handicap	25	1%	13	-28%	12%	9 mois	68%
Tuberculose	20	1%	12	=	30%	17 mois	100%
Autres motifs	427	21%	137	-	-	-	-
Total PAS	1 599	100%	873	-17%	54%	13 mois	59%

Prévalence

FA médecine 05/11 16 481 patients	Cas n	Sexe (F/H)	Age médian	Diag pays	Taux de prévalence par région d'origine (p. 1000)								
					AFC 3555	AFE 288	AFN 445	AFO 4050	ASC 248	ASS 5744	CAR 277	EUE 1429	TOT
Psycho-trauma	2 113	42%	31 ans	4%	204	149	101	149	60	63	134	171	128
Infection à VHB	1 148	16%	31 ans	7%	74	52	20	152	89	22	54	45	70
Mal. cardio-vasc.	969	43%	45 ans	44%	108	7	97	55	28	35	72	33	59
Diabète	701	30%	43 ans	50%	40	0	108	31	-	57	72	15	43
Infection à VHC	307	33%	38 ans	13%	35	7	16	8	93	7	4	37	19
Asthme persist.	283	20%	35 ans	71%	12	7	20	31	4	14	14	7	17
Infection à VIH	162	63%	34 ans	11%	23	10	2	17	-	-	7	1	10
Tuberculose	104	22%	30 ans	5%	14	3	2	6	8	3	7	1	6
Handicap grave	94	19%	33 ans	60%	6	-	20	9	4	3	-	3	6
Bilharzirose Uri.	89	8%	28 ans	2%	1	-	-	21	-	-	-	-	5
Bilharzirose Int.	79	18%	28 ans	1%	8	24	-	10	-	-	-	-	5
Total PAS	6 338	32%	33 ans	20%	511	347	461	494	419	237	354	313	385

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.

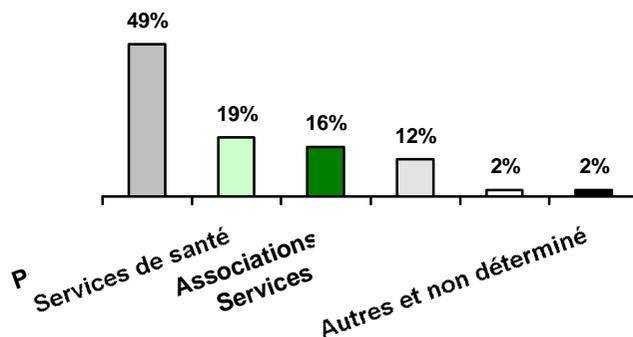
INFORMATION

Permanences téléphoniques

- 3 865 appels traités
(1 995 à Aubervilliers et 1 870 à Bicêtre)

Publications et interventions

- 25 publications spécialisées
- 34 interventions publiques



Caractéristiques des permanences téléphoniques

Permanence 	n	%	Personne concernée					HORS IDF	Expertise			
			Fem.	AFC	AFN	AFO	EUE		AAS	ASI	SEJ	MED
Médicale	1 105	29%	35%	22%	13%	34%	10%	10%	24%	8%	56%	73%
DSAS	765	20%	51%	20%	27%	22%	9%	19%	71%	4%	31%	1%
ESD	1 995	52%	44%	12%	29%	33%	7%	6%	12%	2%	80%	6%
Total	3 865	100%	39%	17%	24%	31%	8%	10%	27%	4%	63%	24%

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

- *Le droit à la santé des migrants/étrangers*, Actes coll. SciencesPo/MDM, Veisse A.
- *Certification médicale et droit d'asile, risques et dérives*, Dossier Maux d'exil n°34.
- *Contrôler les médecins pour maîtriser l'immigration*, Veisse A, Humanitaire n°30.
- *Couverture maladie pour les sans-papiers : l'impossible droit commun*, Izambert C, Maux d'exil n°32.
- *Déni de reconnaissance*, Revault P, Veisse A, Maux d'exil n°34.
- *Dépister... jusqu'où ?*, Bouchaud O., Maux d'exil n°33.
- *Développer le dépistage des schistosomoses chez les migrants*, Petrucci M, Maux d'exil n°33.
- *Entre droit et réalités*, Fender L, Maux d'exil n°35.
- *Epidémiologie du paludisme d'importation en France métropolitaine*, Kendjo E, Maux d'exil n°33.
- *Les enjeux de la certification médicale des violences de genre dans les parcours migratoires*, Wolmark L, Actes Coll. MDM Villeurbanne.
- *Evolution de l'accès aux soins et du droit au séjour des étrangers malades*, Le Comede, Maux d'exil n°32.
- *Répertoire Guadeloupe - Guyane - Martinique*, Guide Comede.
- *L'empreinte de la suspicion*, Dubost J-F, Maux d'exil n°34.
- *L'expérience du laboratoire Georges Eastman*, Squinazi F, Maux d'exil n°33.
- *L'hôpital comme dernier recours*, Lamouche C, Maux d'exil n°35.
- *Prévenir et dépister les parasitoses chez les migrants*, Dossier Maux d'exil n°33.
- *Protéger au bénéfice du doute*, Gallet H, Maux d'exil n°34.
- *Repenser l'urgence toute l'année*, Molinié E, Maux d'exil n°35.
- *Sans hébergement, pas de refuge pour les exilés*, Dossier Maux d'exil n°35.
- *Un toit, à quel prix ?*, Crochet K, Maux d'exil n°35.
- *Torture et spécificité du droit d'asile*, Boreil F, Maux d'exil n°34.
- *Une charte pour un retour vers l'humanité*, Assemblée mondiale des migrants, Maux d'exil n°32.
- *Une politique étrangère à la santé*, Hénocq M, Veisse A, Pratiques n°53.
- *Une remise en cause de la solidarité*, Bourdillon F, Maux d'exil n°32.
- *Vers la fin du droit à la santé pour tous ?*, Dossier Maux d'exil n°32.

Interventions publiques

- Bamako, Forum Santé Diabète, *Education thérapeutique*, Vescovacci K.
- La Courneuve, Fête de l'Humanité, Comede et réseau, Aw A.
- Melun, Coll. Epsylone, *Santé des exilés*, Veisse A, Wolmark L.
- Montpellier, jour. MFPF, *Perspective de genre et santé des femmes exilées*, Plenel E., Wolmark L.
- Nantes, Coll. FNHVIH, *Droit à la santé des étrangers*, Maille D.
- Nantes, Convention nationale des avocats, *Etrangers malades*, Veisse A.
- Nantes, CHU CFPD, *Promotion de la santé des migrants*, Revault P.
- Orléans, Col. Librasso, *Menaces contre le droit à la santé des étrangers*, Demagny D.
- Oxford, Elisabeth Colson Lecture, Refugee Studies Center, *The vanishing truth of asylum*, Fassin D.
- Paris, Coll. Charonne, *L'interprétariat professionnel*, Wolmark L.
- Paris, Coll. Comede/MDM/SPE, *Droits et pratiques*, Revault P.
- Paris, Coll. Comede/MDM/SPE, *La santé des exilés en 2010*, Veisse A.
- Paris, Coll. Comede/MDM/SPE, *Paradoxes sanitaires des politiques d'immigration*, Demagny B.
- Paris, Coll. EPOC, *Précarité administrative et surexposition des corps*, Wolmark L.
- Paris, Coll. LEEM, *Réduire les inégalités sociales de santé*, Veisse A.
- Paris, Conf. Fasti, *La santé des femmes exilées*, Wolmark L.
- Paris, Conf. GODF, *Accueil et santé des exilés*, Veisse A.
- Paris, Conf. SFMU, *Soigner les demandeurs d'asile*, Revault P.
- Paris, Jour. Anafé, *Santé en zone d'attente*, Fleury F.
- Paris, Jour. Chrétiens et sida, *Etrangers malades*, Demagny B.
- Paris, Jour. Gisti, *Loi Besson et étrangers malades*, Demagny B.
- Paris, Jour. Hôtel-Dieu, *Comede*, Crochet K.
- Paris, Jour. LDH/RESF/UNEF, *Accès aux soins*, Demagny B.
- Paris, Rad. Survivre au sida, *Etrangers malades*, Veisse A.
- Paris, Rad. RFI Priorité santé, *La réforme de l'AME*, Veisse A.
- Paris, Rad. RFI Priorité santé, *Déboutés du droit d'asile*, Veisse A.
- Paris, Renc. ADDE/Cimade/Comede, *Défendre le droit au séjour des étrangers malades*, Demagny B.
- Paris, Sém. Sciences Po/MDM, *Réduire les inégalités sociales de santé*, Maille D.
- Paris, Tab. Commission d'enquête contre le racisme, *Droit de la santé des étrangers*, Veisse A.
- Quimper, Coll. RVH35, *Place du travailleur social*, Demagny B.
- Saint-Denis, Col. associatif, *Réforme droit des étrangers*, Demagny B.
- Saint-Etienne, Col. Actis, *Certification médicale*, Veisse A.
- Toulouse, Ass. FUMCRA, *Etrangers malades*, Veisse A.
- Valence, coll. MDM, *Enjeux de la certification médicale*, Wolmark L.

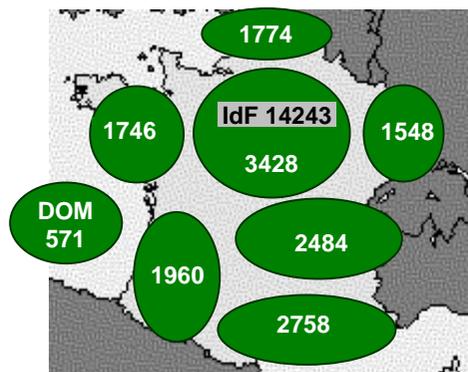
FORMATION

Guide Comede et Maux d'exil

- 54 707 Guide Comede diffusés (25 000 diffusion initiale et 29 707 nouvelles commandes)
- 4 579 lecteurs de Maux d'exil

Formation et partenariats

- 45 demi-journées de formation pour 958 stagiaires
- 7 séances d'enseignement et 20 groupes de travail



Régions	Guide Com. ¹	Livret Bil. ¹	Maux d'exil	Perm. Tél. ²
Ile-de-France	47%	43%	53%	83%
75-Paris	17%	17%	28%	30%
77-Seine-et-Ma.	2%	1%	2%	4%
78-Yvelines	2%	2%	2%	2%
91-Essonnes	3%	2%	2%	5%
92-Hauts-de-Se.	5%	3%	4%	5%
93-Seine-St-De.	6%	11%	8%	11%
94-Val-de-Marn.	7%	4%	6%	19%
95-Val-d'Oise	5%	3%	2%	7%
Alsace-Lorr.-Fr.C.	5%	8%	5%	1%
54-Meurthe-&-M	1%	2%	1%	<1%
67-Bas-Rhin	2%	3%	1%	<1%
Centre-Nord	11%	11%	9%	4%
76-Seine-Mariti.	3%	2%	1%	<1%

¹ Nouvelles commandes 2006-2011 hors Inpes, voir carte ² hors ESD

Régions	Guide Com.	Livret Bil.	Maux d'exil	Perm. Tél.
Nord-Ouest	6%	7%	7%	1%
Nord-Pas-de-C	6%	2%	2%	1%
59-Nord	5%	2%	2%	<1%
Outre-Mer	2%	6%	2%	<1%
973-Guyane	1%	4%	1%	<1%
PACA-Lan.-R.	9%	9%	7%	1%
06-Alpes-Marit	1%	3%	1%	<1%
13-Bouches	3%	2%	2%	1%
Rhône-A.-Auv.	8%	10%	7%	2%
38-Isère	1%	3%	1%	<1%
69-Rhône	3%	4%	2%	1%
Sud-Ouest	6%	5%	6%	2%
33-Gironde	2%	2%	1%	1%
Effectif	30 547	1 174 130	4 579	1 870

Enseignement

- IFSI Ville-Evrard, *Accès aux soins*, Delbecchi G.
- IFSY Versailles, *Soutien aux migrants*, Crochet K.
- Université Evry, *Master Droits de l'Homme, Droit au séjour pour raison médicale*, Demagny B.
- Université Genève, CERAH, *Violences sexuelles et conflits armés*, Wolmark L.
- Université Lyon-Est, MEDSI, *Accès aux soins*, Sallé J.
- Université Paris 1, *Master développement social : santé, situations de vulnérabilité et migrations*, Revault P.
- Université Paris 5, DU Minkowska, *Exil et santé*, Veisse A.

Recherche et plaidoyer

- Adfem, *Action pour les droits des femmes exilées/migrantes*
- Anafé, *Assistance aux frontières pour les étrangers*
- ARS IDF *Conférence territoriale de santé*
- ARS IDF *Santé des migrants*
- ASE 94 *Mineurs étrangers isolés*
- CFDA, *Groupes Asile et Certificats médicaux*
- Comité de pilotage sur l'éducation thérapeutique FNHVH
- Domiciliation AME, MDM UNCASS
- Domiciliation asile, *Etats généraux Ile-de-France*
- DGS, *Programme national de lutte contre les hépatites*
- DGS, *Programme national de lutte contre le VIH*
- DGS, *Visite de prévention bénéficiaires AME*
- Fédération nationale des centres de santé et Intercentres 94
- Groupe Egalité des droits sociaux
- 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, ANRS/CEPED
- Réseau TB Dases Ile-de-France

Formation professionnelle

- Aix, Jour. Fnars/Osiris, *Exil, traumatismes et soins* (1/80/AV)
- Chambéry, *Comede/Samdarra, Santé des migrants* (1/40/PR)
- Epinay 93, *Amicale du Nid, Etrangers malades* (1/8/BD)
- Grenoble, *Comede/Samdarra, Santé des exilés* (1/40/AV)
- Kremlin-Bicêtre, *Fondation Maison des champs, Droit de la santé des étrangers* (2/18/BD)
- Paris, *ADDE/Cimade/Comede, Etrangers malades* (1/120/AV)
- Paris, *Aides IDF, Santé des exilés* (1/7/AV/DM)
- Paris, *Cimade, Droits sociaux ressortissants UE* (2/8/BD)
- Paris, *Dases, Droit au séjour pour raison médicale* (1/10/BD/FF)
- Paris, *FNASAT, Droit de la santé ressortissants UE* (2/8/BD)
- Paris, *France Médiation, Droits sociaux et santé* (1/10/DM)
- Paris, *Gisti-Comede, Accès aux droits* (4/25/BD)
- Paris, *Gisti-Comede, Admission au séjour* (1/35/BD)
- Paris, *Gisti-Comede, Protection maladie* (1/21/DM)
- Paris, *ISM, Enjeux psychologiques de l'interprétariat*, (1/15/LW)
- Paris, *HCR, Certification et droit d'asile* (2/8/PR/LW)
- Paris, *Secours catholique IDF, Droits sociaux des étrangers* (2/25/DM/KC)
- Marseille, *Espace, Droits sociaux ressortissants UE* (4/32/BD)
- Melun, *Hôpital, Consultation et santé mentale des migrants* (6/7/LW/AV/BG/MP)
- Melun, *Jour. Santé mentale, Parcours et précarité* (1/40/DM)
- Montreuil, *Ass En-temps, Droit de la santé* (1/16/BD)
- Montreuil, *CFJA, Etrangers malades* (1/10/AV)
- St-Denis 93, *Hôpital, Etrangers malades* (2/10/BD)
- St-Denis 93, *Hôpital, Accès aux soins* (1/35/BD)
- St-Denis 93, *Hôpital, Droit de la santé* (1/35/BD)
- Vénissieux 69, *Ass Bleu Nuit, Etrangers malades* (2/6/BD).

(1/8/BD = 1 demi-journée / 8 stagiaires / Formateur(s))



contact@comede.org - www.comede.org
Hôpital de Bicêtre, 78 rue du Général Leclerc
BP 31 - 94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex

Centre-ressources : 01 45 21 39 32

Centre de santé : 01 45 21 38 40

Espace Santé Droit
Partenariat Comede/Cimade
Tel : 01 43 52 69 55

En 2011, les activités du Comede ont été soutenues par des donateurs privés et par :

La Direction générale de la santé
Le Service de l'asile

La Direction régionale de la jeunesse,
des sports et de la cohésion sociale

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 volontaires
des Nations-Unies pour les victimes
de la torture



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



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



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



Le Conseil général du Val-de-Marne



Sidaction
Ensemble contre le Sida



Le Fonds Inkermann et la
Fondation Leem, sous l'égide de
la Fondation de France



Médecins du monde



L'Assistance publique
des hôpitaux de Paris



Le Centre hospitalo-universitaire
de Bicêtre



Extraits des statuts du Comede :

Article 2 - Buts

L'Association a pour but :

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

Article 3 - Définition

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

Article 4 - La Charte

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