COMITÉ POUR LA SANTÉ DES EXILÉ·E·S

comede

Rapport 2023 du Comede

Activité 2022 et Observation 2023

Table des matières

NB : le rapport d'activité porte sur l'année 2022, le rapport d'observation s'appuie également sur les données des années précédentes pour les caractéristiques épidémiologiques, et sur l'année 2023 concernant l'accès aux soins et aux droits.

ACTIVITE

Synthèse sur l'activité du Comede en 2022 5
- *Principaux indicateurs d'activité en 2020 5*
- *Evolution des indicateurs 1983-2020 6*
- *Dispositifs et pôles d'activité 7*
- *Bénéficiaires du Comede par dispositif 8*
- *Dispositifs d'intervention et d'observation 9*
- *Organigramme de l'association 9*
- *L'équipe du Comede 10*

L'Association Comede 11
- *Extraits des statuts 12*
- *Gouvernance et soutiens 12*
- *Communication et plaidoyer 14*
- *Rapport moral du président 15*

Le Centre-ressources national 17
- *Permanences téléphoniques 17*
- *Formation, information et interventions 22*
- *Observatoire, recherches et publications 25*

Le Centre de santé à Bicêtre 27

Le Comede Paris à Championnet 37

Activités du Comede au Centre MSF Pantin 43

Le Comede Loire/Aura à Saint-Etienne 45

Le Comede Paca à Marseille 51

Le Comede Guyane à Cayenne 59

OBSERVATION

Populations 65
- *Population globale et publics vulnérables 65*
- *Populations et caractéristiques des personnes accompagnées par le Comede 67*
- *Situation familiale en France, formation et profession dans le pays d'origine 72*
- *Enfermement des étrangers en France 74*

Etat de santé 75
- *Vulnérabilité sociale et populations prioritaires 75*
- *Caractéristiques des conditions d'hébergement et de séjour 79*
- *Violence, traumatismes et troubles psychiques 80*
- *Mutilations sexuelles féminines 82*
- *Epidémiologie médico-psychologique et taux de prévalence 83*
- *Epidémiologie par groupe vulnérable et par dispositif d'accompagnement 88*

Accès aux soins 91
- *Progression des discriminations à l'égard des plus vulnérables 91*
- *Analyse qualitative des obstacles dans l'accès à la protection maladie 93*
- *Accès aux soins de santé mentale 100*
- *Refus, restrictions et retards de soins à l'hôpital public 101*

Accès aux droits 103
- *Droit au séjour pour raison médicale et protection des étrangers malades 105*
- *Demande d'asile et certification médicale 110*
- *Autres difficultés d'accès aux droits 112*

Notes méthodologiques 115

Glossaire

Adfem	Action pour les droits des femmes exilées et migrantes
AME	Aide médicale Etat
Anafé	Assistance nationale aux frontières pour les étrangers
APHP	Assistance publique des hôpitaux de Paris
APS	Autorisation provisoire de séjour
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASPA	Allocation de solidarité pour les personnes âgées
Cada	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CFDA	Coordination française du droit d'asile
CMP	Centre médico-psychologique
Cnam	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNDA	Cour nationale du droit d'asile
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie (département)
CSS	Centre de sécurité sociale
C2S	Complémentaire santé solidaire
CST	Carte de séjour temporaire
Dasem	Droit au séjour des étrangers malades
DDD	Défenseur des droits
DGS	Direction générale de la santé
DOM	Départements d'Outre-mer
DSUV	Dispositif pour les soins urgents et vitaux
ETP	Equivalent temps plein / Education thérapeutique du patient
HCR	Haut-Commissariat de l'ONU pour les réfugiés
LGBTI	Lesbien, gay, bi, trans et intersexe
Mofii	Médecin de l'Office français de l'immigration et de l'intégration
ODSE	Observatoire du droit à la santé des étrangers
OEE	Observatoire de l'enfermement des étrangers
Ofii	Office français de l'immigration et de l'intégration
Ofpra	Office français de protection des réfugiés et apatrides
OQTF	Obligation de quitter le territoire français
Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
Praps	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Programme régional de santé
SPF	Santé Publique France
Sros	Schéma régional d'orientation sanitaire
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

<u>Termes utilisés au Comede et dans ce rapport</u>

- 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 dans le dispositif concerné
- Groupe vulnérable : groupe au sein duquel la fréquence d'un problème de santé est plus élevée
- Prévalence : fréquence d'une maladie dans une population donnée

Synthèse sur l'activité du Comede en 2022

Au total en 2022, l'équipe du Comede a effectué **22 262 actes** (consultations, ateliers et réponses tél/mél) pour **8 290 personnes**, nombre record dans l'histoire de l'association. La poursuite de l'augmentation d'activité (voir encadré ci-contre) s'appuie sur l'ensemble des dispositifs d'accueil et de soins dans leur dimension pluridisciplinaire, en dépit des contraintes de locaux ayant affecté le Centre de santé et le siège de l'association à Bicêtre.

En 2022, les permanences téléphoniques représentent 24% du total des actes et 56% des bénéficiaires, et les activités d'accueil et de soins se répartissent entre Bicêtre (40% des actes, 26% des bénéficiaires), Marseille (10%, 5%), Pantin (9%, 3%), Cayenne (8%, 5%), Saint-Etienne (5%, 2%) et Paris (4%, 3%). L'approche pluridisciplinaire est effectuée en individuel et en collectif par les pôles social & juridique (43% des actes), médical (27%), santé mentale (22%), et prévention & promotion de la santé (8%). Destinées aux actrices et acteurs des milieux professionnel, associatif, citoyen et institutionnel, les activités d'information, formation et recherche sont restées stables.

Parmi les 8 290 bénéficiaires, on compte 3 380 femmes (41%), 1 437 demandeurs d'asile (17%), 706 enfants mineurs (9%) et 690 migrants âgés (8%). En 2022, ces exilé.e.s étaient originaires de 127 pays, principalement d'Afrique de l'Ouest (total 32%, Guinée 8%, Côte d'Ivoire 7%, Mali 5%), d'Afrique du Nord (18%, Algérie 12%), d'Afrique centrale (13%, Congo RD 6%), d'Asie du Sud (8%, Bangladesh 5%), d'Europe de l'Est (7%), d'Europe de l'Ouest et des Caraïbes (5%).

Les activités sont réalisées à partir des dispositifs du Comede en Ile-de-France (Bicêtre, Châtelet, Paris 18ème), Auvergne-Rhône-Alpes (Saint-Etienne), Provence-Alpes-Côte d'Azur (Marseille) et Guyane (Cayenne), ainsi qu'en partie en télétravail pour le Centre-ressources (permanences téléphoniques, formations et interventions, recherche et publications).

Evolution de l'activité

Accueil, soins et accompagnement

L'augmentation globale de l'activité (actes +6%, bénéficiaires +7%) est due au développement des dispositifs à Cayenne (x6), Paris (+65%), Saint-Etienne (+65%), Pantin (+28%) et Marseille (+27%). Elle a concerné en particulier les pôles santé mentale (+18%) et social & juridique, incluant les activités d'accueil (+7%).

Information, formation et recherche

Après une baisse pendant la pandémie, les formations et interventions publiques ont retrouvé leur niveau antérieur en 2021, et sont restées globalement stables en 2022, incluant la mise à jour du Guide Comede en partenariat avec Santé publique France et le ministère de la Santé.

Principaux indicateurs 2022

- **17 021 consultations** et participations aux ateliers**,** dont 8 818 à Bicêtre et alentour, 2 238 à Marseille, 2 015 à Pantin, 1 803 à Cayenne, 1 119 à Paris, 1 028 à Saint-Etienne, **et 5 241 appels traités** par les permanences téléphoniques : 3 048 nationales, 1 249 en Ile-de-France (915 CDS, 334 Paris), 874 en Paca et 70 en Guyane.

- **Par pôle d'activité** (consultations et appels) : 9 633 pôle social et juridique incluant l'accueil, 5 673 pôle médical, 4 974 pôle santé mentale, 1 859 pôle prévention et promotion de la santé, et 123 divers.

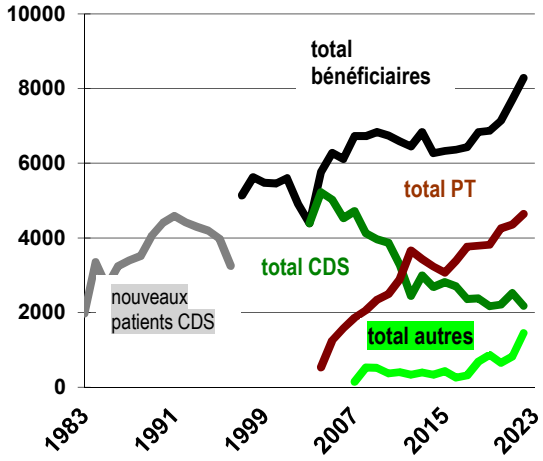
- **8 290 personnes accompagnées :** 4 646 dans le cadre des permanences téléphoniques, 2 185 à Bicêtre et alentour, 458 à Cayenne, 399 à Marseille, 252 à Paris, 186 à Pantin et 164 à Saint-Etienne.

- **125 demi-journées de formation,** 20 séances d'enseignement, 33 interventions publiques (colloques, séminaires, auditions etc.) et contribution à 44 groupes d'expertise et/ou de plaidoyer.

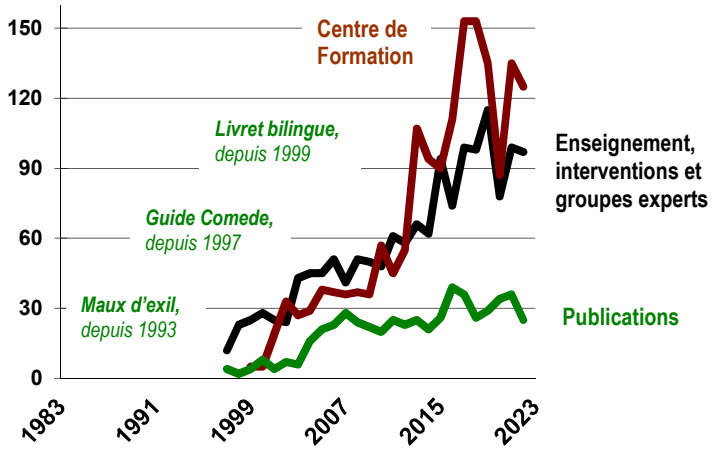
- **25 publications spécialisées**, dont quatre numéros de la revue Maux d'exil, outre le Guide Comede et le Livret de santé bilingue.

EVOLUTION DES INDICATEURS D'ACTIVITE DU COMEDE, 1983-2022

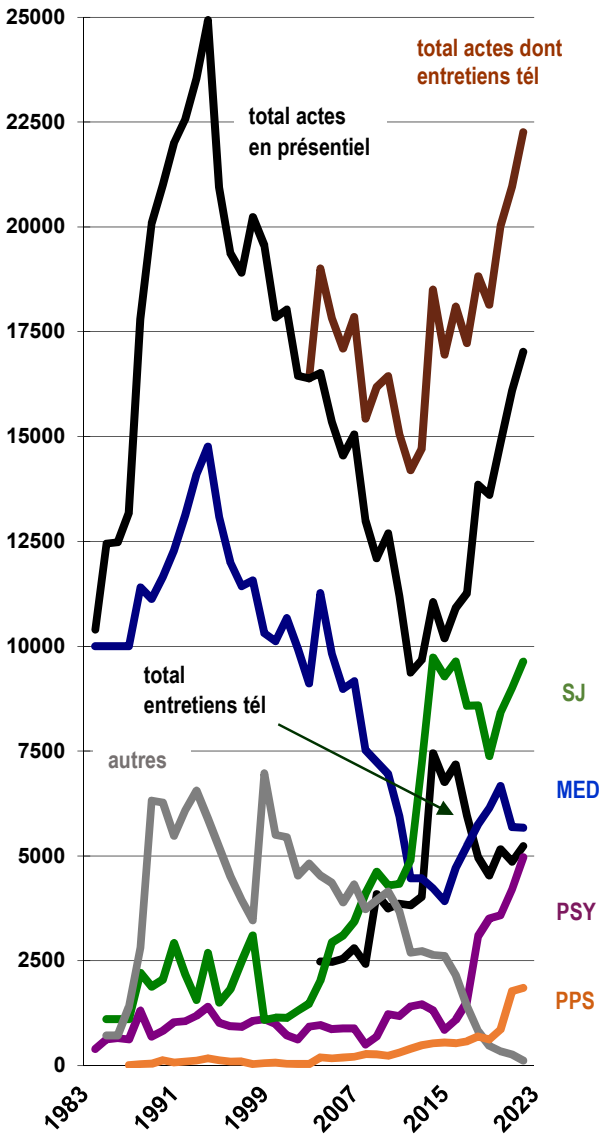
Nombre de bénéficiaires



Information et formation



Consultations, ateliers et appels traités



▪ 1979-1989 : fondation du Centre d'orientation médicale (Comed) et constitution d'un réseau de correspondants bénévoles. Création du Comité médical pour les exilés (Comede) en 1982 et mise en place du Centre de santé.
→ *Augmentation progressive du nombre de consultations, principalement médicales et infirmières.*

▪ 1989-2003 : structuration professionnelle et développement des actions de santé publique et d'accès aux soins en privilégiant l'obtention d'une protection maladie.
→ *A partir de 1994, diminution progressive du nombre de consultations médicales en raison d'un recours plus précoce aux services de droit commun, et augmentation de la part des consultations sociales et juridiques.*

▪ 2003-2012 : développement du Centre-ressources autour de l'Observatoire, du Guide Comede, de Maux d'exil, du Centre de formation et de la mise en place des permanences téléphoniques (2004 CDS, 2007 ESD, 2012 nationales). Ouverture de l'Espace santé droit en 2007 avec la Cimade, fondation du Comede Loire et mise en place du Comede Paca avec Espace en 2012.
→ *Augmentation progressive des permanences téléphoniques et des activités d'information et de formation.*

▪ 2013-2022 : développement des dispositifs régionaux et mise en place des pôles d'activité. En 2013, le Comede devient Comité pour la santé des exilés. Ouverture du Comede Guyane et du Centre Pantin avec MSF en 2018, intégration du Comede Loire en 2019 et structuration du Comede Paris en 2020 avec la mise en place d'actions hors les murs (pandémie Covid) et la fermeture de l'ESD.
→ *Accueil, soins et accompagnement : le nombre de bénéficiaires atteint plus de 8 000 pour plus de 22 000 consultations et appels en 2022, par les pôles social & juridique (10 000), médical (6 000), santé mentale (5 000), et prévention & promotion de la santé (2 000).*
→ *Information, formation et recherche : développement des activités de formation, d'enseignement et interventions publiques, de publication et de participation à des groupes experts et collectifs, mises à jour du Guide Comede.*

L'**Association,** qui fêtera ses 45 ans en 2024, compte 111 adhérent.e.s dont 12 membres du Conseil d'administration en mai 2022, et s'appuie sur une équipe profes-sionnelle de 63 salarié.e.s et 44 bénévoles (juillet 2023).

Le **Centre-ressources national** a traité 5 241 appels téléphoniques et méls au bénéfice de 4 646 personnes dans le cadre des permanences nationales et régionales (Ile-de-France, Paca et Guyane). En outre, l'équipe a effectué 125 demi-journées de formation professionnelle, 53 interventions publiques et enseignement, 25 publications, et participé à 44 groupes d'experts et de plaidoyer. Les activités de recherche sont organisées autour de l'**Observatoire**, dont les données proviennent des différents dispositifs.

Le **Centre de santé à Bicêtre** a délivré 9 733 consultations et entretiens (permanence téléphonique et médiation santé hors-les-murs) pour 3 100 personnes. En consultations les 1 935 patients sont suivis en moyenne pendant 20 mois, et près de la moitié des consultations ont lieu en langue étrangère (total 42%, avec interprète en présentiel 20% et par téléphone 13%). L'année 2022 a été marquée par des travaux de consolidation du bâtiment La Force, contraignant l'activité du Centre de santé à se restreindre dans un premier temps, puis à se réorganiser sur un second lieu à Châtelet.

Le **Comede Paris à Championnet** a réalisé 1 453 consultations, ateliers et entretiens téléphoniques, au bénéfice de 556 personnes. Outre la poursuite des activités de droit de la santé et de prévention et promotion de la santé, déclinée en consultations individuelles et ateliers collectifs, l'année 2022 a été marquée par une forte activité des groupes de paroles dédiées aux personnes exilées LGBTQI.

L'activité du Comede au Centre MSF à Pantin est dédiée à la santé mentale des mineurs non accompagnés. L'équipe a réalisé 2 015 consultations de psychothérapie pour 186 jeunes, dont un nombre croissant de jeunes filles.

Pôles d'activité
et répartition par dispositif en 2022
outre les autres activités du Centre-ressources

- **Pôle social et juridique** : 9 633 consultations et appels (43% du total, +7%), CDS 47% (accueil 36%, SJ 11%), Paca 20% (Cs SJ 9%, PT 8%), PT nationale 19%, Guyane 9% (accueil 6%) Paris 4%, Loire 1%.

- **Pôle médical** : 5 673 actes (27% du total, stable), CDS (53%, PT nationale 22%, Paca 9%, Guyane 9%, Paris 4%, Loire 3%.

- **Pôle santé mentale** : 4 974 actes (22%, +18%), Pantin 41%, Loire 14%, CDS 13%, Paca 12%, Paris 11%, Guyane 9%.

- **Pôle prévention et promotion de la santé** : 1 859 actes spécifiques (8%, +5%) : CDS 78% (médiation santé 59%, ETP 9%, IDE 6%,), Paris 19% (ateliers 16%), Loire 3%, Paca 1%.

Le **Comede Loire/Aura à Saint-Etienne** a effectué 1 282 consultations, ateliers et entretiens pour 417 bénéficiaires, dont 140 patient.e.s suivis le plus souvent en binôme, pour une durée moyenne de 6 mois. Le local de d'accueil et de soins est opérationnel depuis novembre 2022.

Le **Comede Paca à Marseille** a dispensé 3 258 consultations, ateliers et entretiens pour 1 195 personnes, et assuré 40 demi-journées de formation dans la région. Les 388 personnes accueillies dans les consultations pluridis-ciplinaires, dont 68% en langue étrangère (principalement anglais, dari, arabe, géorgien, arménien et albanais), sont suivies en moyenne pendant 13 mois.

Le **Comede Guyane à Cayenne** a dispensé 1 873 consultations et entretiens pour 522 bénéficiaires, et assuré 11 demi-journées de formation et 6 séance d'enseignement. Les 458 personnes accueillies dans les consultations pluridisciplinaires, dont 55% en langue étrangère (principalement espagnol et créole), sont suivies en moyenne pendant 3 mois.

Bénéficiaires du Comede par dispositif d'accompagnement

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE

	Ensemble					Hommes				Femmes			
2022	Total	%*	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Perm. Téléph.	4646	57%	237	3868	541	2674	121	2291	262	1970	116	1575	279
Centre de santé	2185	27%	153	1942	90	1418	84	1290	44	767	69	652	46
Autres disposit.*	1273	16%	176	1036	61	715	121	560	34	558	55	476	27
Total	8104	100%	566	6846	692	4807	326	4141	340	3295	240	2703	352

** Les autres dispositifs d'accueil et de soins incluent Cayenne (458 personnes), Marseille (399), Paris (252), et Saint-Etienne (164). Les données ne sont pas disponibles pour MSF Pantin (centre MNA, 186 jeunes suivis avec le Comede).*

EFFECTIFS PAR REGION D'ORIGINE ET NATIONALITE

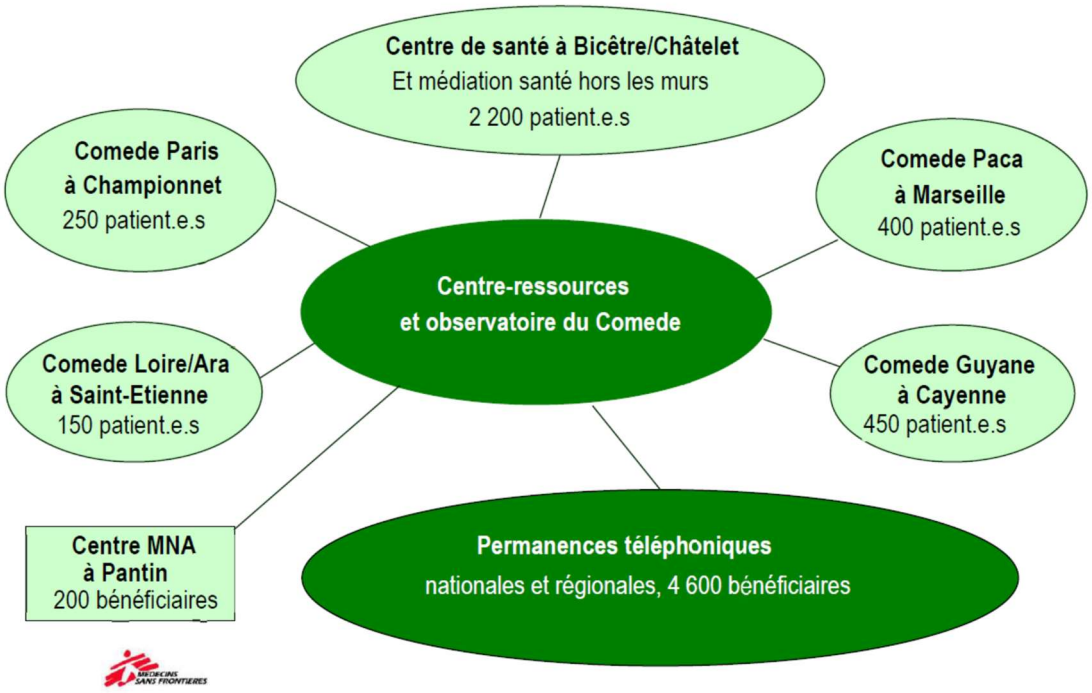
NATIONALITE	TOT	PT	CDS	AUT
Nombre	127	119	77	66
PERSONNES	8104	4646	2185	1273

		PT	CDS	AUT
AFRIQUE AUSTRALE	**144**	**121**	**12**	**11**
COMORES	61	49	6	6
ILE MAURICE	31	27	2	2
MADAGASCAR	46	41	4	1
MOZAMBIQUE	3	1		2
ZIMBABWE	3	3		
AFRIQUE CENTRALE	**1072**	**610**	**340**	**122**
ANGOLA	70	43	18	9
BURUNDI	7	3	1	3
CAMEROUN	220	159	31	30
CENTRAFRIQUE	11	9	2	
CONGO	167	109	36	22
❹ CONGO RD	494	210	238	46
GABON	52	43	6	3
RWANDA	8	5	3	
TCHAD	43	29	5	9
AFRIQUE DE L'EST	**117**	**65**	**45**	**7**
DJIBOUTI	10	8	2	
ERYTHREE	24	10	14	
ETHIOPIE	11	6	3	2
KENYA	4	1	3	
SOMALIE	21	11	10	
SOUDAN	45	27	13	5
SOUDAN SUD	1	1		
TANZANIE	1	1		
AFRIQUE DU NORD	**1445**	**1227**	**118**	**100**
❶ ALGERIE	946	797	78	71
LIBYE	3	2	1	
MAROC	264	239	13	12
SAHARA OCCID.	1			1
TUNISIE	231	189	26	16
AFRIQUE DE L'OUEST	**2622**	**1545**	**627**	**450**
BENIN	51	42	5	4
BURKINA FASO	30	22	6	2
CAP VERT	15	14	1	
❸ COTE D'IVOI.	574	382	130	62
GAMBIE	32	16	3	13
GHANA	39	18	3	18
GUINEE BISSAU	31	7	2	22
❷ GUINEE CON.	653	298	264	91
LIBERIA	4	2		2
❻ MALI	379	264	83	32
MAURITANIE	96	65	26	5
NIGER	26	15	5	6
❽ NIGERIA	307	136	33	138
❾ SENEGAL	296	219	48	29
SIERRA LEONE	41	13	9	19
TOGO	48	32	9	7

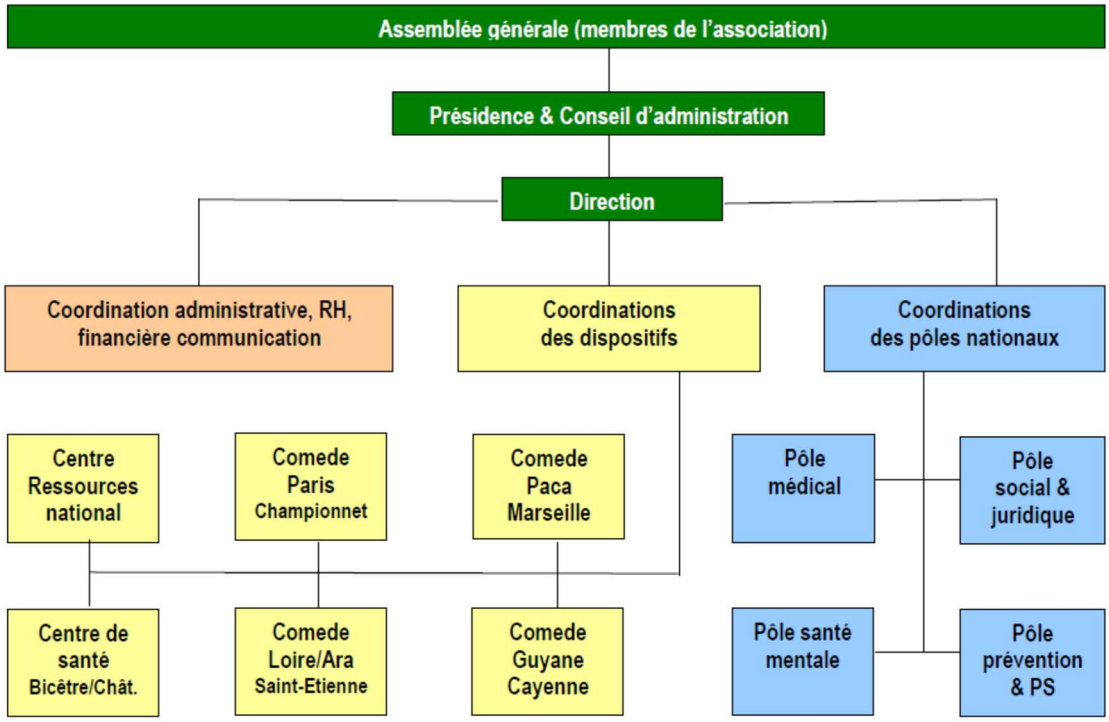
		PT	CDS	AUT
AMERIQUE CENT. & NORD	**19**	**16**	**3**	
CANADA	4	3	1	
ETATS-UNIS	9	8	1	
MEXIQUE	6	5	1	
AMERIQUE DU SUD	**246**	**129**	**11**	**106**
ARGENTINE	3	3		
BOLIVIE	5	4	1	
BRESIL	90	29	1	60
CHILI	5	5		
COLOMBIE	53	34	6	13
EQUATEUR	2	2		
GUYANA	17	11		6
PARAGUAY	3	3		
PEROU	28	15	3	10
SURINAM	14	12		2
VENEZUELA	26	11		15
ASIE CENTRALE	**185**	**58**	**97**	**30**
AFGHANIST.	172	51	95	26
KAZAKHSTAN	2	2		
MONGOLIE	8	4		4
OUZBEKISTAN	1	1		
TADJIKISTAN	2		2	
ASIE DE L'EST	**43**	**33**	**7**	**3**
BIRMANIE	1		1	
CAMBODGE	2	2		
CHINE	15	13	2	
CHI/HONG-KON.	2	2		
CHI/TIBET	5	1	2	2
INDONESIE	1	1		
JAPON	1	1		
LAOS	1			1
PHILIPPINES	5	5		
THAILANDE	2	1	1	
VIETNAM	8	7	1	
ASIE DU SUD	**661**	**123**	**507**	**31**
❺ BANGLADES.	422	55	350	17
INDE	15	8	5	2
NEPAL	2		1	1
PAKISTAN	66	33	27	6
SRI LANKA	156	27	124	5
CARAÏBES	**367**	**77**	**8**	**282**
BAHAMAS	1		1	
CUBA	39	6	3	30
❿ HAITI	294	67	4	223
REP. DOMINIC.	32	4		28
TRINITE-&-TOB.	1			1

		PT	CDS	AUT
EUROPE DE L'EST	**581**	**417**	**80**	**84**
ALBANIE	89	65		24
ARMENIE	62	51		11
AZERBAÏDJAN	7	6	1	
BIELORUSSIE	5	4		1
BOSNIE	12	12		
GEORGIE	162	121	10	31
KOSOVO	21	19		2
MACEDOINE	4	4		
MOLDAVIE	60	15	45	
RUSSIE	35	30	3	2
RUS/TCHETCH.	9	3	1	5
SERBIE & MT.	18	17	1	
TURQUIE	48	34	10	4
UKRAINE	49	36	9	4
EUROPE DE L'OUEST	**445**	**129**	**306**	**10**
ALLEMAGNE	3	3		
AUTRICHE	1			1
BELGIQUE	5	5		
BULGARIE	14	13	1	
CROATIE	4	4		
ESPAGNE	13	13		
FRANCE	25	18	3	4
GRECE	2	1	1	
ITALIE	20	20		
LETTONIE	1	1		
LITUANIE	1	1		
POLOGNE	5	5		
PORTUGAL	6	6		
❼ ROUMANIE	337	31	301	5
ROYAUME-UNI	4	4		
SLOVAQUIE	1	1		
SUISSE	3	3		
MOYEN-ORIENT	**146**	**86**	**24**	**36**
EGYPTE	35	28	6	1
IRAK	16	7	7	2
IRAN	14	7	6	1
KOWEIT	1			1
LIBAN	21	20	1	
PALESTINE	4	3	1	
SYRIE	50	20	2	28
YEMEN	5	1	2	2
APATRIDES & INDETERMINE	**4**	**2**		**2**
APATRIDE	3	1		2
INDETERMINE	1	1		

Dispositifs d'intervention et d'observation



Organigramme de l'association



L'EQUIPE DU COMEDE

En juillet 2023, l'association Comede compte **111 membres adhérent.e.s,** et l'équipe opérationnelle est constituée de **107 professionnel.le.s,** dont **63 salarié.e.s et 44 bénévoles**, intervenant sur les sites de Bicêtre, Châtelet, Paris 18ème, Pantin, Saint-Etienne, Marseille, Cayenne, et/ou en télétravail notamment pour les activités du Centre-ressources.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION *en juillet 2023*

Président : Didier Fassin (*Médecin, Professeur d'Anthropologie et de Sociologie*), **Vice-Président.e.s** : Cécile Chaussignand (*Chargée de projets),* et Patrick Lamour (*Médecin praticien*), **Trésorier** : Christophe David (*Journaliste*), **Secrétaire** : Perrine Dommange (*Infirmière*), **Membres** : Estelle d'Halluin (*Sociologue*), Catherine Donnars (*Chargée de mission),* Laure Feldmann *(Médecin praticienne),* Reem Mansour (*Médecin praticien*), Christian Mongin (*Médecin praticien*), Denis Natanelic (*Directeur et représentant d'Espace*) et Johanna Pavie (*Cadre associative*).

L'EQUIPE PROFESSIONNELLE *en juillet 2023*

▪ **Pôle gestion :** Rose Adu (*Agente d'entretien*), Agathe Coutel *(Chargée de communication)*, Yasmine Flitti (*Directrice générale adjointe*), Claire Katembwe (*Assistante de direction*), Faroudja Mameri (*Responsable administration et comptabilité*), Céline Pellegrin (*Responsable des financements*), Mathilde Petit (*Chargée de l'observatoire et de la base de données*), Daniel Popovic (*Chargé de financements),* Andrée Martins (*bénévole*), Zoran Milutinovic (*Agent d'entretien*), Kateryna Ropers *(Chargée de l'administration et des RH),* Joseph Rustico (*Directeur du Centre de santé*), et Arnaud Veïsse (*Directeur général*).

▪ **Pôle médical** : Antoine Affagard (*Médecin consultant*), Pascal Chevit (*Médecin bénévole*), Perrine Dommange (*Infirmière bénévole*), Noemi Fano (*Médecin consultante*), Claire Fessard (*Médecin référente*), Océane Gaigeot (*Médecin référente*), Louise Godard *(Chargée de l'ostéopathie)*, Marie-Madeleine Gutle (*Pharmacienne bénévole*), Muriel Ini-Visse (*Médecin bénévole*), Clémence Le Joubioux (*Médecin consultante*), Elsa Le Pape (*Médecin consultante*), Patrick Lamour (*Médecin bénévole*), Olivier Lefebvre (*Coordinateur du pôle médical*), Guillaume Lefebvre Deuse (*Médecin consultant*), Annie Liber (*Médecin bénévole*), Lucie Lombès (*Médecin consultante*), Christian Mongin (*Médecin bénévole*), Agnès Monchovet-Godard (*Médecin bénévole*), Barbara Pellegri-Guegnault (*Médecin consultante*), Marie Petruzzi (*Coordinatrice Paris*), Jose Polo Devoto (*Médecin référent*), Sylvie Rey (*Médecin bénévole*), Alice Talbot (*Médecin consultante*), Marion Tambourindeguy (*Médecin référente*), Lydie Tindo (*Médecin consultante*), Pauline Trébuchet (*Médecin consultante*), Franck Vignal (*Médecin bénévole*), et Laura Weinich (*Médecin référente*), et Jorge Zwaig *(Médecin bénévole).*

▪ **Pôle prévention et promotion de la santé** : Assane Aw (*Responsable de l'accueil du Centre de santé*), Nils Castel (*Médiateur santé),* Chiara De Pascalis (*Médiatrice santé),* Perrine Dommange (*Infirmière bénévole*), Livio Ferreira De Sa (*Responsable de l'accueil Guyane*), Océane Gaigeot (*Médecin référente*), Louise Godard *(Chargée de l'ostéopathie)*, Alexis Hazera (*Podologue*), Bénédicte Maraval (*Assistante sociale référente*), Jose Polo Devoto (*Médecin référent*), Marie Petruzzi (*Coordinatrice Paris*), Joseph Rustico (*Directeur du Centre de santé*), Marion Tambourindeguy (*Médecin référente*), Khalda Vescovacci (*Coordinatrice du pôle prévention et promotion de la santé*), et les ostéopathes bénévoles Ingrid Climaud, Pierre Barral, Alexia Hisseli-Guevel et Nicolas Huet.

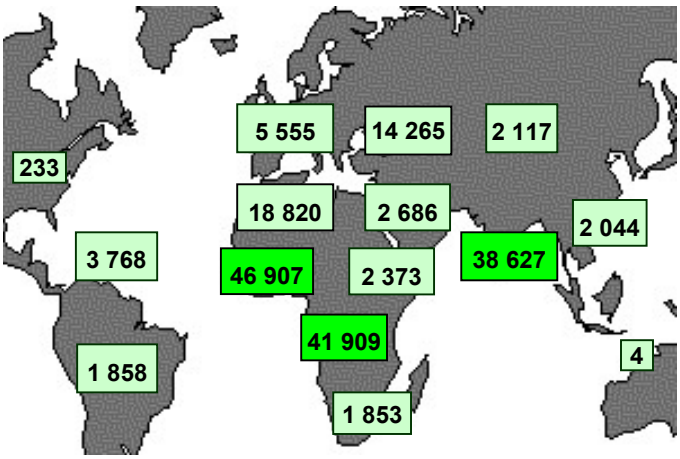
▪ **Pôle santé mentale :** Muriel Bamberger (*Psychologue référente*), Andrea Barros-Leal (*Psychologue consultante*), Dalila Haddadi-Collet (*Coordinatrice Loire),* Marie Jacob (*Psychologue référente*), Mathilde Kiening (*Psychologue consultante*), Maila Marseglia *(Coordinatrice du pôle santé mentale)*, Andrée Martins (*Psychologue bénévole*), Magali Perl (*Psychologue référente*), Sarah Schulmann (*Psychologue bénévole*), Séverine Second (*Psychologue consultante*), Monique Valentino (*Médecin bénévole*), Christel Voisin *(Psychologue consultante)*, Louise Roux *(Psychologue consultante)*, Pascal Zimmermann (*Infirmier psychiatrique bénévole),* et Zornitza Zlatanova (*Psychologue référente*).

▪ **Pôle social et juridique :** Chloë Abrias (*Coordinatrice Guyane, Juriste),* Sabine Allier (*Accueillante sociale),* Anne Argaud (*Accueillante sociale*), Assane Aw (*Responsable de l'accueil du Centre de santé*), Laetitia Badoil (*Accueillante sociale*), Marie Brossard (*Accueillante bénévole*), Marcia Burnier (*Assistante sociale consultante*), Nils Castel (*Médiateur santé),* Anne-Marie Chemali (*Accueillante bénévole*), Cécile Chaussignand (*Accueillante bénévole*), Lena Conti (*Accueillante bénévole*), Karine Crochet (*Coordinatrice Paris*), Guy De Gontaut (*Accueillant bénévole*), Benjamin Demagny (*Coordinateur Paca*), Chiara De Pascalis (*Médiatrice santé),* Aurélie Destouches (*Assistante sociale référente*), Michaël Fajolle (*Accueillant social*), Livio Ferreira De Sa (*Responsable de l'accueil Guyane*), Lucie Fouchier (*Accueillante sociale*), Danièle Fuchs *(Juriste bénévole)*, Neila Khodja-Nabitz (*Accueillante bénévole*), Cy Leclerf Maulpoix (*Accueillant bénévole*), Alice Lefilleul (*Accueillante bénévole*), Anne Legoff (*Assistante sociale référente*), Rebekka Lichtsteiner (*Assistante sociale consultante*), Didier Maille (*Coordinateur du pôle social et juridique*), Bénédicte Maraval (*Assistante sociale référente*), Andrée Martins (*Accueillante bénévole*), Antoine Math (*Juriste bénévole*), Patrick Mony (*Juriste consultant),* Anne-Sophie N'Damite (*Juriste consultante*), Caroline Pfister (*Accueillante bénévole*), Céline Rabourdin (*Juriste consultante*), Damien Simonin (*Accueillant bénévole*) et Natacha Zephirin *(Accueillante bénévole).*

L'Association Comede

Créé en 1979, le Comede (Comité pour la santé des exilé.e.s) s'est donné pour mission d'*agir en faveur de la santé des exilé.e.s et de défendre leurs droits*. En 44 ans, le soin et l'accompagnement de 180 000 personnes de 180 nationalités dans le cadre des consultations, ateliers et permanences téléphoniques ont fait du Comede un acteur essentiel de la solidarité à l'égard des migrants/étrangers et un dispositif d'observation privilégié de leur santé et de leurs conditions d'accès aux soins. Les activités d'accueil, soins et soutien des exilé.e.s, ainsi que d'information, formation et recherche sont indispensables pour répondre aux objectifs de l'association. Les actions du Comede sont conduites en partenariat avec des associations, institutions et professionnel.le.s de la santé, du droit et de l'action sociale.

Région d'origine des 183 019 personnes bénéficiaires du Comede depuis 1979



EVOLUTION ET PRINCIPES D'ACTION

(voir Evolution des indicateurs d'activité page 6)

Lors de la création de l'association en 1979, les membres du Comede se préoccupent en premier lieu des conséquences traumatiques de l'exil et de la torture, ainsi que, déjà, des difficultés d'accès aux soins des exilé.e.s. Mais la détérioration progressive du statut juridique et administratif des exilé.e.s se trouvera également au cœur des activités du Centre de santé ouvert en 1982. Avec les réformes toujours plus restrictives de l'asile et de l'immigration, les effets médico-psycho-sociaux de l'exclusion se conjuguent à ceux de l'exil et des persécutions. Face à l'exclusion des soins, le Comede développe ses activités de soins gratuits, ainsi que son expertise et son plaidoyer en faveur de l'accès aux soins et aux droits, notamment dans le cadre de la Coordination française pour le droit d'asile (CFDA) et de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE).

Au cours des 30 dernières années, l'exclusion des soins continue de progresser parmi les plus précaires sur le plan administratif : les sans-papiers sont ainsi exclus de la sécurité sociale en 1993, de la couverture maladie « universelle » en 1999, puis partiellement de l'Aide médicale Etat résiduelle en 2003, 2010 et 2019, alors que les demandeurs d'asile se voient également retarder l'accès à la sécurité sociale en 2019. Dans le même temps, le droit d'asile et le droit au séjour pour raison médicale sont progressivement restreints depuis 2007 avec le rattachement des procédures correspondantes au sein du ministère de l'Intérieur. Dans la course d'obstacles que constitue pour de nombreuses personnes le « parcours d'intégration », la découverte tardive d'une maladie chronique peut représenter un nouveau traumatisme, notamment lorsqu'il s'agit d'une conséquence des violences subies.

Ces multiples facteurs de vulnérabilité des exilé.e.s, associés à une grande diversité d'origine et de langue, vont déterminer les actions de prévention, de soins et d'accompagnement mises en place par l'association dans une approche pluri-professionnelle. Les personnes accompagnées par le Comede vivent en premier lieu l'expérience de l'exil, qui signifie à la fois perte d'affection et de protection, perte de l'identité familiale, sociale, professionnelle et perte des

Buts et principes de l'association

Extraits des statuts du Comede

Article 2 - Buts :
Le Comede se donne pour missions d'agir en faveur de la santé des exilés et de défendre leurs droits.
L'association a en particulier pour objectifs :
- de leur assurer des soins et un soutien médical, psychologique, social et juridique dans les cas où ceux-ci sont inexistants ou inadéquats et d'agir en leur faveur ;
- de favoriser leur accès aux soins, à la prévention et aux droits ;
- de faciliter tout ce qui peut permettre leur plus grande autonomie et leur meilleure insertion ;
- de contribuer à la connaissance et à la réflexion sur leur situation médicale, psychologique, sociale et juridique, et de participer à toute action permettant de l'améliorer ;
- de produire des informations et de porter témoignage sur cette situation, dans les limites du secret professionnel, et sur les conditions qui l'expliquent ;
- de gérer tout établissement ou structure dont l'activité est en rapport avec les buts de l'association ;
- de collaborer avec tout autre acteur oeuvrant dans le cadre des mêmes missions.

Article 3 - Principes :
Le Comede remplit ses missions dans un esprit de solidarité avec les exilés, sans distinction de nationalité, d'origine, d'opinion, de religion, de sexe et d'orientation sexuelle.

Article 4 - Charte :
La présente charte définit l'éthique de l'Association vis à vis des personnes envers lesquelles elle agit, ainsi que les modalités d'action envisagées.
Tous les membres de l'association, à quelque titre que ce soit, sont liés par cette charte et devront s'y conformer, tant au niveau de leur action que de leur prise de parole au nom de l'Association.
1. Dans le cadre des activités de soin, il devra être apporté une attention particulière aux conséquences de la répression, de la torture et des traitements inhumains, cruels ou dégradants, des violences liées au genre et de toutes les formes de violence ;
2. Dans le cadre des activités de soutien, il devra être apporté une attention particulière aux difficultés inhérentes à l'exil et au parcours d'intégration ;
3. Considérant que la problématique des consultants forme un tout, les membres du Comede s'engagent à ne pas en stigmatiser un aspect particulier ;
4. Le Comede travaillera en étroite collaboration avec les organismes d'accueil des exilés et de défense des droits humains à l'échelon national et international. Il participera par ailleurs à l'échange d'informations médicales, psychologiques, sociales et légales dans les limites déontologiques professionnelles.
5. Le Comede fera bénéficier de son expérience les professionnels de la santé et du secteur social par le biais de rencontres et publications.
6. Le Comede informera l'opinion publique dans l'intention de promouvoir la reconnaissance aussi large que possible de la problématique de l'exil.

repères culturels et affectifs. Dans ce contexte, la demande de soins et de soutien de la part des exilé.e.s recouvre très souvent une demande de relation, de réparation et de reconnaissance, que les intervenant.e.s doivent prendre en compte au quotidien, selon les principes d'action définis par les statuts de l'association.

Les actions du Comede visent en priorité les personnes et groupes les plus vulnérables sur le plan social, psychique et/ou médical (voir Etat de santé page 75), selon des principes de subsidiarité par rapport aux services « de droit commun » et de complémentarité avec les acteurs professionnels et associatifs. Les buts et principes de l'association seront déclinés dans les éditions successives du Guide Comede, et approfondis dans les dossiers de Maux d'exil. Ils sont élaborés à partir de l'expérience de l'ensemble de l'équipe intervenant au sein des différents dispositifs gérés et coordonnés par l'association (voir page 9).

GOUVERNANCE ET SOUTIENS

L'administration de l'association est assurée par un Conseil de 12 membres élu.e.s pour 3 ans par l'Assemblée générale (renouvellement par tiers). Le Conseil d'administration élit en son sein un bureau composé d'un.e président.e, de deux vice-président.e.s, d'un.e trésorier.e et d'un.e secrétaire. Chaque année, l'Assemblée générale adopte le rapport moral du président et le rapport financier du trésorier. La gestion quotidienne des activités professionnelles est déléguée à une direction générale, qui s'appuie sur une équipe de direction, de coordination et de gestion (voir organigramme page 9).

Exercées dans les locaux de l'association et des partenaires, à Bicêtre (incluant des actions de médiation santé hors-les-murs), Châtelet, Paris, Pantin avec MSF, Saint-Etienne, Marseille et Cayenne, les actions quotidiennes du Comede bénéficient de nombreux soutiens. L'ensemble des prestations gratuites représente la moitié du budget global du Comede. Ce budget « supplétif » intègre le bénévolat d'une partie de l'équipe, les locaux de Bicêtre (mis à disposition

par l'APHP), les produits pharmaceutiques et vaccins, les examens complémentaires du bilan de santé (Ville de Paris), les frais d'édition et de diffusion du Guide Comede et du Livret de santé bilingue (Santé Publique France), ou encore une partie de l'interprétariat (DGS). Toutefois les frais incompressibles, en premier lieu les salaires, imposent de pouvoir compter sur des soutiens financiers dont la recherche et la gestion impliquent une charge de travail considérable, en raison des exigences exponentielles des cabinets d'audit mandatés par les financeurs.

En 2022, avec plus de 150 dossiers transmis par le service financier, le Comede a pu compter sur une **quarantaine de sources de financement** (voir ci-contre). Parmi les 39 subventions obtenues, les principales contributions émanent des ARS (Ile-de-France, Guyane, Paca et Aura, 23% des produits), du ministère de l'Intérieur (Dian et Direction de l'asile, 13%), du Fami (Asile et Intégration, 12%), du ministère de la Santé (DGS, 8%), de Santé Publique France (5%), de la Cnam/Cpam (5%), et de la Fondation de France (4%). Les ressources propres (produits des prestations/formations, remboursements Cpam et dons des particuliers) représentent 4% du total de produits.

L'exercice 2022 s'achève avec un résultat financier de +146 k€, pour un total de charges de 3 580 k€ et un total de produits de 3 726 k€. Dans un contexte économique difficile, cette progression des moyens du Comede (+10%) repose sur un travail considérable du service financier. Les charges de salaires et d'interprétariat représentent 75% du total des charges, auxquelles s'ajoutent les charges d'interprétariat professionnel au titre des autres services extérieurs (9%). Les difficultés de trésorerie restent une préoccupation importante, en raison des retards de versement de plusieurs financements publics, particulièrement le Fami, ainsi que des incertitudes sur le renouvellement de plusieurs subventions au cours du premier semestre de l'année. Pour faire face à ces retards et garantir la continuité des actions, l'association doit réaliser des excédents annuels pour continuer à renforcer ses fonds associatifs.

Donateurs et dons en 2022

Suite à des appels à soutien réguliers à son réseau, 405 dons et cotisations ont été enregistrés pour un total de plus de 55 000 € sur l'ensemble de l'année. Le montant médian est de 45 € et le montant moyen de 116 €. Les dons et cotisations émanent de 205 personnes en 2022.

Financements 2022

En 2022, les activités du Comede ont été soutenues par des dons de particuliers et par :
- l'Assistance-Publique des Hôpitaux-de-Paris et l'hôpital de Bicêtre
- le Ministère des Solidarités et de la Santé, Direction générale de la santé (DGS) et L'Agence nationale de santé publique / Santé publique France
- le Ministère de l'Intérieur, Direction de l'asile (DA) et Direction de l'intégration et de la nationalité (Dian)
- le Ministère du logement et de l'habitat durable, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
- le Ministère chargé de la ville, Direction générale des collectivités locales, Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT)
- le Ministère des Outre-Mer
- le Ministère de l'Education nationale, Fonds pour le développement de la vie associative (FDVA)
- la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Cnam) et la Cpam du Val-de-Marne
- le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), Fonjep
- le Fonds européen, Fonds asile, migration et intégration (Fami),
- les Agences régionales de santé (ARS) d'Ile-de-France, de Guyane, de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et d'Auvergne-Rhône-Alpes
- France relance Aura et Drieets Ile-de-France
- les Directions régionales aux droits des femmes et à l'égalité IDF et Paca (DRDFE)
- la Ville et le département de Paris, Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (Dases)
- le Conseil départemental du Val de Marne, ASE
- les Directions départementales de la cohésion sociale de la Loire et du Val-de-Marne (DDCS 42 et 94)
- la Direction générale cohésion et population (DGcopop Guyane)
- la Fondation de France
- la Fondation Abbé Pierre
- la Fondation Rothschild
- la Fondation Caritas (MJP)
- la Fondation Raja
- la Fondation Barreau de Paris Solidarité
- Sidaction
- Médecins sans frontières
- Aides

COMMUNICATION ET PLAIDOYER

Les actions de communication du Comede sont largement développées dans le cadre du Centre-ressources (voir page 17). L'association anime deux fois par an un **débat associatif** ouvert aux partenaires. Le débat de janvier 2022 a été consacré à la question *Les politiques françaises de l'immigration relèvent-elles d'un racisme d'État ?*, avec l'intervention de Sarah Mazouz, sociologue et chercheuse au CNRS. Celui de juin 2021, organisé en partenariat avec l'Observatoire de l'enfermement des étrangers (OEE), a pris la forme d'un ciné-débat avec la projection du film *Je ne sais pas où vous serez demain,* avec intervention du réalisateur, Emmanuel Roy, et du médecin intervenant au centre de rétention dont il est question dans le film, Reem Mansour (voir ci-contre).

Destiné aux personnes exilées et aux citoyen.ne.s, professionnel.le.s et associations qui les accompagnent, le **site internet** www.comede.org propose des actualités sur la santé des exilé.e.s, des informations sur les actions de l'association et ses partenaires et un accès détaillé aux différentes activités, publications et outils du Comede. En 2022, on compte 530 visiteurs par mois, et plus de 300 000 téléchargements ont été effectués sur l'année, en particulier pour les *Brèves d'exil* et le *Guide Comede*.

La présence du Comede sur les **réseaux sociaux** a également progressé avec, en octobre 2023, 4 373 abonnés sur *Linkedin*, (dont 44% à Paris et en Ile-de-France) et 2 730 sur *X-Twitter* (+281 en un an), alors que la page *Facebook* du Comede a dû être recréée en juillet 2023 suite à un piratage de l'ancienne page (300 personnes y suivent les publications mensuelles). Enfin, la chaîne *Youtube* du Comede a enregistré 744 vues par trimestre.

Les membres du Comede interviennent au nom de l'association dans de nombreuses **actions de plaidoyer** pour la santé, l'accès aux soins et aux droits des exilé.e.s. Ces actions sont prioritairement conduites dans le cadre de collectifs interassociatifs (voir Groupes experts et collectifs page 24). A l'échelle nationale, les plus actifs sont notamment l'Anafé, le collectif Dasem psy, l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) ou encore l'Observatoire de l'enfermement des étrangers (OEE). Au niveau régional, les membres du Comede interviennent en particulier au sein de mouvements citoyens en Ile-de-France, Aura (Saint-Etienne, Grenoble), Paca (Marseille), et Guyane, pour y défendre les principes d'hospitalité, de promotion de la santé et d'accès aux droits des des exilé.e.s. L'association est également représentée au sein de la Conférence nationale de santé, dans le collège Prévention.

Film « Je ne sais pas où vous serez demain », d'Emmanuel Roy

PERSPECTIVES

Dans un contexte de réduction des subventions publiques et d'augmentation des besoins de soins et d'accompagnement des exilé.e.s, la capacité du Comede à renforcer ses ressources propres est déterminante pour assurer la pérennité et permettre le développement des actions menées par l'association. Outre la mobilisation accrue des bénévoles au sein des différents dispositifs, le soutien des acteurs publics reste indispensable à côté de nouvelles recettes ou apports en mécénat qui le complèteront, afin de permettre à l'association de consolider son développement et de penser des actions innovantes. Le Comede continuera à agir en partenariat avec l'ensemble des actrices et acteurs de la santé des exilé.e.s, en conjuguant l'engagement humaniste et la rigueur professionnelle prescrits par les statuts de l'association ■

Rapport moral du Comede pour l'année 2022

Didier Fassin, président
Assemblée générale du 17 juin 2023, à Châtelet et en visioréunion

Au moment d'écrire ce rapport moral de l'année 2022, je suis, comme beaucoup, sous le choc de la mort de plusieurs centaines d'hommes, de femmes et d'enfants, engloutis le 14 juin 2023 dans la Méditerranée, victimes de la cupidité des passeurs, de la gangrène des forces de l'ordre libyennes, de l'indifférence des autorités grecques, du cynisme de l'agence Frontex, de la criminalisation de l'action humanitaire en Italie, de la brutalisation des exilés qui les conduit à éviter la Grèce et la Croatie, de la violence des frontières et des xénophobies d'État au long de leur périple, et finalement, de l'inhumanité des responsables politiques des pays de l'Union européenne qui, en achetant la répression des gouvernements africains et moyen-orientaux, du Maroc et du Niger à la Turquie, sous couvert d'externalisation du contrôle de l'immigration, rend possible la déshumanisation des migrants et des réfugiés et leur mise à mort. Mais le rapport concerne l'année 2022 qui, tant au plan international qu'au plan national, annonce des catastrophes comme celle que nous venons de vivre.

La présidente de la Commission européenne a fait savoir qu'un nouveau plan de contrôle des frontières était devenu nécessaire en prenant connaissance du fait que 330 000 entrées avaient eu lieu sur le territoire de l'Union en 2022. Or d'une part, il s'agit bien d'entrées, et non de personnes, et les exilés venant par la voie de l'est doivent généralement pénétrer deux fois dans l'Union, une fois en Grèce, et une seconde fois en Croatie ou en Hongrie, et de plus beaucoup font plusieurs tentatives, car ils ont été refoulés, et sont parfois comptés de manière itérative. Et d'autre part, quand bien même cette donnée serait représentative des mouvements de population, dont la plupart ne sont pas même illégaux puisqu'il s'agit de personnes destinées à devenir des demandeurs d'asile dès qu'on acceptera leur requête, ce ne serait là qu'un taux d'environ 7 pour 10 000 habitants de l'Europe, soit une contribution très modeste à la démographie du continent. Il s'agit donc de créer, comme en 2015, une nouvelle panique morale autour d'une crise alléguée des migrations, quand on a en réalité affaire à une crise des institutions européennes et plus encore à une crise éthique des sociétés européennes, comme l'a montré l'ascension des partis d'extrême droite lors d'élections récentes en Suède, en Finlande, en Pologne, en Hongrie, en Italie, en Espagne, et bien sûr en France.

Le gouvernement français a d'ailleurs annoncé une nouvelle loi sur l'immigration, la vingtième en 30 ans, mais a dû en reporter l'examen au Parlement en raison de la crise provoquée par la réforme des retraites et la mise en application de la loi sans vote de l'Assemblée nationale. Report qui ne signifie donc que la recherche d'une majorité pour voter la loi, ce qui suppose d'accepter certaines des propositions des Républicains de durcir le contrôle des frontières qui s'inspirent du programme du Rassemblement national, sans même de garantie de pouvoir obtenir la régularisation des étrangers sans titre de séjour dans des métiers dits en tension, comme annoncé. Dans ce contexte, les discours du gouvernement, les surenchères des partis, la médiatisation de faits divers impliquant des exilés tend à produire, dans l'opinion, le sentiment qu'il y a trop d'étrangers dans le pays et qu'il n'est pas possible d'en accueillir plus, partagé par sept personnes sur dix, selon un sondage de l'Ifop de novembre, chiffre en augmentation. La déclaration du ministre de l'Intérieur qu'il veut rendre « impossible la vie » des personnes sous Obligation de quitter le territoire et les menaces réitérées de certains groupes politiques contre l'Aide médicale de l'État s'inscrivent dans ce contexte de rejet des exilés.

En 2022, la France a délivré 1,7 millions de visas, soit deux fois moins que l'année d'avant la pandémie. Elle a expulsé 15 000 étrangers en situation irrégulière, soit 15 % de plus que l'année précédente. Elle a reçu 156 000 demandes d'asile, en incluant les mineurs, soit un retour au niveau d'avant la crise sanitaire. Elle a accordé un statut de protection subsidiaire ou de réfugié à 56 000 demandeurs. Elle a donné une

protection temporaire à 66 000 Ukrainiens, leur octroyant le versement d'une allocation, le droit de travailler, l'accès aux soins et à la scolarité. Quelques commentaires par rapport à ces chiffres. Premièrement, la polémique sur les taux de non-exécutions d'obligations de quitter le territoire a masqué le fait qu'en nombre absolu, la France a le niveau le plus élevé d'éloignements en Europe. Deuxièmement, la France est l'un des pays d'Europe avec le taux d'accords d'une protection les plus bas, très au-dessous de la moyenne des pays de l'Union. Troisièmement, les chiffres communiqués par l'Ofpra et la CNDA cachent d'une part le non-recours d'exilés qui sont empêchés de pénétrer sur le territoire et d'autre part les exclusions a priori pour cause de pays dit sûr. Quatrièmement, l'accueil généreux des Ukrainiens, pour lesquels des centres ont été ouverts et des statuts préférentiels ont été accordés, a tranché avec les conditions de vie du reste des demandeurs d'asile, dont beaucoup restent sous des tentes, harcelés par les forces de l'ordre, témoignant d'une dimension raciale de la xénophobie d'État. Il faut enfin noter que, même si les statistiques sont par définition impossibles à obtenir sur l'ensemble des étrangers pénétrant en France de manière irrégulière, seulement de l'ordre de 4 000 personnes par an, soit un peu plus de dix par jour, franchissent l'un des principaux points d'entrée, au col de Montgenèvre, dans les Alpes.

Cette analyse générale succincte étant faite, il faut se tourner vers le travail associatif et militant qui vise à contrer ces tendances et, autant que possible, à « rendre la vie possible » aux exilés, à commencer par le Comede. L'association a continué à se développer, tant du point de vue de ses membres que de sa surface financière. De nouveaux membres l'ont rejointe, et si l'effectif total est passé de 112 en 2021 à 111 en 2022, c'est du fait de la soustraction de membres inactifs depuis plus de trois ans. Par ailleurs, le budget a augmenté de 3,4 M€ en 2021 à 3,7 M€ en 2022, soit une croissance de 9,5%, ce qui traduit une progression de l'activité et, en regard, une augmentation des ressources liée à l'important travail de recherche de fonds. Un nombre record d'actes, soit 22 262, ayant bénéficié à 8 290 personnes, a en effet été enregistré. Ce chiffre doit être compris comme incluant les consultations en présentiel, les réponses par téléphone et courrier électronique, et les différents ateliers proposés, notamment aux femmes. Fait significatif, l'augmentation tant du volume de l'activité que du nombre de bénéficiaires est en bonne partie le fait de l'accroissement des dispositifs de Saint-Étienne, Marseille et Guyane, mais il faut également souligner que, malgré les conditions difficiles dues à un déménagement pour cause de travaux à Bicêtre, un redéploiement a pu s'effectuer de manière efficace à Paris. Enfin, deux débats publics ont été organisés : en janvier, avec l'association Vox Public, sur les menaces contre les libertés associatives à la suite du vote de la loi contre le séparatisme ; et en juin, autour d'une série de quatre courts métrages présentés au cinéma Studio 28.

La collaboration entre associations est un élément important de la solidarité citoyenne face aux politiques de l'État. Ce front de résistance s'exprime notamment à travers l'ODSE, Observatoire du droit à la santé des étrangers, de la CFDA, Coordination française pour le droit d'asile, de l'OEE, Observatoire de l'enfermement des étrangers, de l'Anafé, Association nationale aux frontières pour les étrangers, et de l'Adfem, Action pour les droits des femmes exilées et migrantes, tous groupements auxquels participent des membres du Comede, qu'il faut remercier. Dans un contexte de pressions et de menaces croissantes à l'encontre des associations et des militants, le Comede a continué à développer son action de plaidoyer à travers des pétitions et des interpellations des pouvoirs publics et son attitude de vigilance en s'associant à des procédures judiciaires destinées à défendre les droits des exilés.

Plus généralement, le Conseil d'administration exprime son appréciation et sa gratitude à celles et ceux qui, au quotidien, font le Comede : agents d'accueil, personnel administratif, répondants téléphoniques, assistants sociaux, juristes, communiquante, infirmières, psychologues, médecins, qui toutes et tous se dépensent sans compter pour la cause que nous défendons ensemble. Les administrateurs remercient particulièrement l'équipe de direction pour son travail remarquable, son sens professionnel et son engagement moral.

Le Centre-Ressources national

Information, formation et recherche destinées aux actrices et acteurs de la santé des exilé.e.s en France : les actions du Centre-ressources constituent la moitié de l'activité professionnelle globale du Comede. Elles reposent sur l'expérience de l'équipe opérationnelle – salarié.e.s et bénévoles - en matière de soins et d'accompagnement des personnes, et sur l'expertise des référent.e.s. Le Centre-ressources participe aux activités de soutien pour les exilé.e.s, soit directement par le biais des permanences téléphoniques, soit indirectement via les activités d'information, de formation et publications ; et gère également le dispositif d'observatoire sur la santé des exilé.e.s. Les actions sont développées depuis les différents dispositifs du Comede en Ile-de-France, Paca, Auvergne-Rhône-Alpes et Guyane, et pour partie en télétravail.

Impactées en 2020 par la pandémie de Covid, les activités du Centre-ressources ont repris leur développement depuis lors. Les permanences téléphoniques ont poursuivi leur progression en 2022 (voir ci-contre), en particulier au niveau national et en région Paca. Les activités d'information, formation et recherche se sont maintenues à un niveau élevé tout au long de l'année, réparties sur l'ensemble du territoire ; une partie des interventions étant désormais réalisées en distanciel. Concernant l'activité de publication, outre la contribution à des revues spécialisées et la diffusion régulière des dossiers thématiques de Maux d'exil, l'année 2022 a également vu la poursuite du travail de rédaction et de mise à jour de la nouvelle édition du Guide Comede, dont les premiers articles ont été mis en ligne en décembre, l'impression de l'édition papier étant prévue pour juin 2023.

En juillet 2023, l'équipe pluridisciplinaire du Centre-ressources compte 41 salarié.e.s et 7 bénévoles, dont 23 référent.e.s et 26 répondant.e.s téléphoniques (voir page 26).

PERMANENCES TELEPHONIQUES (PT) ET CARACTERISTIQUES DES APPELS

Accessibles sur 10 numéros, les permanences téléphoniques du Comede sont réparties entre permanences nationales et régionales :
- les permanences téléphoniques nationales (sociale & juridique, médicale & psychologique), ouvertes aux professionnelles et particuliers sur l'ensemble du territoire,
- les permanences téléphoniques Ile-de-France, ouvertes à tou.te.s depuis le Centre de santé et aux professionnelles pour le Comede Paris (sociale & juridique, médicale & psychologique),
- les permanences téléphoniques Provence-Alpes-Côte-d'Azur dédiées aux professionnelles (sociale & juridique, médicale & psychologiques) et aux particuliers (accueil),
- et la permanence téléphonique Guyane, destinée aux professionnelles.

Au total, les répondant.e.s du Comede ont traité **5 241 appels** en 2022 (+8% par rapport à 2021), dont 58% dans le cadre des PT nationales (+15%, voir tableau ci-dessous), 24% pour les PT Ile-de-France, 17% pour les PT Paca et 1% pour la PT Guyane. Ces appels ont bénéficié à **4 646 personnes exilées,** dont 2 726 pour les PT nationales et 1 920 pour les PT régionales.

Permanences téléphoniques en 2022

Type de PT	n	%	22/21	File Active
PT nationales	3 048	58%	+15%	2 726
sociale & jurid.	1 787	34%	+22%	1 556
médicale & psy.	1 261	24%	+7%	1 170
PT Ile-de-France	1 249	24%	-8%	1 219
Centre de santé	915	17%	-8%	915
Paris soc. & jur.	189	4%	-14%	175
Paris méd. & p.	145	3%	+4%	129
PT Paca	874	17%	+12%	637
sociale & jurid.	575	11%	-13%	356
accueil	230	4%	x4	217
médicale & psy.	69	1%	+11%	64
PT Guyane	70	1%	-5%	64
Total	5 241	100%	+8%	4 646

Les 3 048 réponses des PT nationales se répartissent entre les permanences sociale & juridique (59%), et médicale & psychologique (41%). Neuf pour cent des sollicitations ont été effectuées par mél (457 fois en 2022), cette modalité de réponse étant en cours de développement selon les moyens disponibles.

Permanences téléphoniques, Régions et départements d'appel

Régions	PT Nat.	PT IDF	PT Paca	PT Guya.
Ile-de-France	68%	90%	<1%	-
75-Paris	24%	54%	-	-
77-Seine-et-Mar.	6%	4%	<1%	-
78-Yvelines	3%	3%	-	-
91-Essonne	6%	3%	-	-
92-Hauts-de-Sei.	5%	5%	-	-
93-Seine-St-De.	12%	11%	-	-
94-Val-de-Marne	9%	7%	-	-
95-Val-d'Oise	3%	2%	-	-
Auvergn.-Rhône-A.	9%	1%	<1%	-
38-Isere	3%	-	<1%	-
42-Loire	1%	-	-	-
69-Rhône	3%	1%	<1%	-
Paca	6%	1%	99%	1%
04-Alpes-Haut-P.	<1%	-	1%	-
05-Hautes-Alpes	<1%	-	2%	-
06-Alpes-Mariti.	<1%	<1%	2%	-
13-Bouches-d-R.	5%	<1%	91%	-
83-Var	<1%	-	2%	1%
84-Vaucluse	<1%	-	3%	-
Outre-Mer	1%	-	-	100%
973-Guyane	1%	-	-	100%
Autres régions	15%	8%	-	-
Bourgogne-F.-C.	1%	1%	-	-
Bretagne	2%	<1%	-	-
29-Finistère	1%	-	-	-
35-Ille-et-Vilaine	1%	<1%	-	-
Centre-Val-de-Loi.	1%	<1%	-	-
Grand Est	2%	1%	-	-
Hauts-de-France	3%	1%	<1%	-
59-Nord	1%	1%	-	-
60-Oise	1%	-	-	-
Normandie	1%	<1%	-	-
76-Seine-Maritime	1%	-	-	-
Nouv. Aquitaine	1%	<1%	-	-
33-Gironde	1%	-	-	-
Occitanie	4%	1%	<1%	-
31-Haute-Garonne	1%	-	<1%	-
34-Herault	1%	<1%	-	-
Pays-de-la-Loire	1%	1%	-	-
Effectif	3048	1249	874	70

Sur le plan géographique (voir tableau ci-contre), **les appels proviennent principalement de 6 régions** : Ile-de-France (90% des PT IDF et 68% des PT nationales), Provence-Alpes-Côte d'Azur (99% PT Paca), Guyane (100% PT Guyane), Auvergne-Rhône-Alpes (9% PT Nat), Occitanie (4% PT Nat) et Hauts-de-France (3% PT Nat). Les principaux départements d'appel sont Paris (22% de l'ensemble des PT), les Bouches-du-Rhône (22%), la Seine-Saint-Denis (9%), le Val-de-Marne (7%) et la Seine-et-Marne (5%), sachant que 3% des appels concernent des personnes résidant à l'étranger.

Le profil des appelant.e.s diffère selon le type de permanence (voir tableau page suivante). **Les appelant.e.s** des PT nationales sont pour plus de la moitié des particuliers (total 53%, 30% sont les personnes concernées, 15% un.e membre de la famille et 6% un.e proche), les autres appels émanant des services publics (21%, AS et travailleurs sociaux 12%, CRA 6%), associations (14%), et services de santé (8%, hôpital 6%). Les appelant.e.s des PT Ile-de-France se répartissent de manière comparable (particuliers 52%, services publics 18%, services de santé 8%) avec une sollicitation plus élevée par les associations (18%). La part des associations et des services de santé est prépondérante pour les PT Paca (respectivement 20% et 28%) et Guyane (48% et 17%, voir chapitres ad hoc).

Les demandes portent sur le droit au séjour et la protection contre l'éloignement pour raison médicale (56% des appels des PT nationales et 45% Paca), des questions d'accès aux soins et à la protection maladie (35% IDF, 22% Paca), de soutien et protection sociale (19% Guyane, 16% IDF), de droit au séjour pour autre motif (20% Guyane, 15% nationales), d'information sur le plan médico-psychologique (5% IDF) ou dans le domaine de l'asile (3% IDF).

S'agissant des demandes **de droit au séjour pour raison médicale**, les médecins du Comede estiment que les critères médicaux prévus par la loi sont remplis dans 69% des cas,

	PT nat.	PT IDF	PT Paca	PT Guy.
Effectifs	3048	1249	874	70

Profil des appelant.e.s

Associations de soutien	14%	18%	20%	48%
Adate	1%			
Aides			1%	5%
Ardhis		1%		
Basiliade		2%		
Cimade	2%	1%	2%	
Comede	1%	1%	1%	
Domiciliation		1%		
Droits d'urgence		1%		
Entr'Aides Guyane				1%
Médecins du Monde	1%		1%	15%
Points d'appui			4%	
Secours catholique		1%		
Avocats et tribunaux	2%	2%	4%	
Collectifs	1%		2%	1%
Particuliers	53%	52%	21%	22%
Ami, proche	6%	3%	3%	3%
Famille	15%	5%	4%	5%
Personne concernée	30%	36%	12%	13%
Services publics	21%	18%	24%	10%
Assistante sociale	6%	6%	4%	3%
Cada	1%	1%	6%	
CHRS	1%		4%	
CRA Assfam	2%			
CRA Cimade	3%			
CRA autre	1%			
Croix-rouge française				3%
Hébergement autre			4%	
Travailleuse sociale	6%	8%	3%	
Samu social		2%		
Services de santé	8%	8%	28%	17%
CMP & psy.	1%	1%	2%	1%
Hôpital	6%	5%	23%	15%
Médecine ville	1%	2%	1%	

Type des demandes

Droit au séj. raison méd.	56%	31%	45%	41%
Accès aux soins et PM	13%	35%	22%	12%
Soins médicaux et PM	14%	30%	17%	12%
Santé mentale	1%	5%	5%	
Autre info & soutien	30%	34%	24%	41%
Droit d'asile	2%	3%	1%	
Soutien social autre	10%	16%	14%	19%
Droit au séjour autre	15%	10%	7%	20%
Médico-psychologique	2%	5%	2%	1%

Orientation au terme de l'appel

20

Associations de soutien	62%	81%	47%	65%
Cimade	9%	1%	1%	10%
Comede	44%	75%	38%	45%
Avocats et tribunaux	8%	1%	4%	30%
Services publics	10%	3%	4%	5%
Préfecture	5%		1%	
Services de santé	21%	15%	8%	
Hôpital & PASS	14%	9%	3%	

et les malades qui le souhaitent, ainsi que leurs soutiens professionnels et associatifs, sont accompagné.e.s dans la suite de leur démarche. Dans le cas où les critères ne sont pas remplis, les professionnel.le.s du Comede déconseillent d'initier ou de poursuivre la procédure.

L'**accompagnement** développé dans le cadre des permanences téléphoniques conduit à suivre certaines situations pendant plusieurs semaines. Au total, 11% des appels traités en 2022 correspondaient à de nouveaux appels pour les mêmes personnes, ce taux étant plus élevé pour les PT Paca (27%) que pour les PT nationales (11%), Paris (9%) et Guyane (9%). Outre le temps de réponse lors de l'appel, le temps de travail pluridisciplinaire dédié au suivi des situations est également très important après les appels : cela concerne 25% du total des appels (34% Nat., 15% Paris, 15% Paca).

Lorsqu'il est proposé une **orientation** au terme de la réponse téléphonique (dans 45% des cas en 2022), celle-ci se répartit entre les associations de soutien (81% IDF, 65% Guyane, 62% national), en premier lieu l'un des dispositifs du Comede, puis les avocats et tribunaux (30% Guyane), les services de santé (21% national) et les services publics (10% national).

PT, CARACTERISTIQUES DES PERSONNES ACCOMPAGNEES

Au total, les répondant.e.s ont pu caractériser la situation de **4 646 bénéficiaires des appels téléphoniques en 2022** (voir tableaux page suivante), la part des appels concernant des personnes déjà suivies dans les dispositifs d'accueil du Comede étant de 1% (27% pour la PT du Centre de santé). Parmi ces bénéficiaires, on compte 1 970 femmes (42%) et 2 personnes trans, 541 migrant.e.s âgé.e.s ≥60 ans (12%), 383 demandeurs d'asile (8%), 237 enfants mineurs (5%) et 571 jeunes de 18 à 25 ans (12%).

Contribution des permanences téléphoniques à l'activité globale du Comede en 2022 :
24% des actes et 56% des bénéficiaires

Personnes accompagnées par l'ensemble des permanences téléphoniques

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE SELON LA REGION D'ORIGINE

2022	Ensemble					Hommes				Femmes			
Région d'origine	Total*	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	121	3%	4	84	33	45		34	13	74	4	50	20
Afrique centrale	611	13%	32	507	72	292	15	242	35	319	17	265	37
Afrique de l'Est	65	1%	3	55	7	47	2	40	5	18	1	15	2
Afrique du Nord	1227	26%	77	939	211	703	47	555	101	524	30	384	110
Afr. de l'Ouest	1545	33%	69	1400	76	980	37	907	36	564	32	492	40
Amér. du Nord	16	<1%	1	13	2	8		6	2	8	1	7	
Amér. du Sud	129	3%	7	99	23	50		42	8	78	7	56	15
Asie centrale	59	1%	2	53	4	48	2	42	4	11		11	
Asie de l'Est	33	1%	2	29	2	5	1	4		28	1	25	2
Asie du Sud	123	3%		115	8	93		89	4	30		26	4
Caraïbes	77	2%	5	66	6	37	4	31	2	40	1	35	4
Europe de l'Est	422	9%	25	335	62	237	11	194	32	185	14	141	30
Europe de l'Ou.	130	3%	6	97	27	68	1	50	17	62	5	47	10
Moyen-Orient	86	2%		75	7	57	1	54	2	29	3	21	5
Apatride & inc.	2	<1%		1	1	2		1	1				
Total*	4 646	100%	237	3868	541	2674	121	2291	262	1970	116	1575	279

** incluant 2 personnes trans dont l'identité de genre n'est pas précisée*

Les bénéficiaires des permanences téléphoniques sont originaires de 119 pays (voir nationalités page 8), principalement d'Afrique de l'Ouest (total 33%, Côte d'Ivoire 8%, Guinée 6%, Mali 6%, Sénégal 5%), d'Afrique du Nord (26%, Algérie 17%, Maroc 5%), d'Afrique centrale (13%, Congo RD 5%), d'Europe de l'Est (9%), d'Europe de l'Ouest (3%), d'Amérique du Sud (3%), d'Asie du Sud (3%) et d'Afrique australe (3%). Ces personnes sont âgées de 38 ans en moyenne (voir tableaux infra) et récemment arrivées en France (moyenne 4 ans et médiane 2,5 ans lors des appels 2022). Plus de la moitié d'entre elles étaient atteintes d'une ou plusieurs maladies graves et/ou chroniques (55%, voir Etat de santé page 90). Plus d'un tiers avaient effectué par le passé une demande d'asile, et plus d'un quart une demande de titre de séjour pour raison médicale. On constate des différences selon les groupes vulnérables (voir tableau infra) ainsi que par région d'origine et de résidence (tableau page suivante). Plus souvent originaires d'Asie du Sud (77% d'entre eux ont fait une demande) et d'Europe de l'Est (55%), les demandeurs d'asile sont principalement de jeunes hommes arrivés plus récemment en France (1 an). Les migrant.e.s âgé.e.s sont majoritairement des femmes (52%), et résident en France en moyenne depuis plus longtemps (5 ans). Les mineurs sont de jeunes enfants (âge moyen 10 ans) récemment arrivés en France (1 an en moyenne), en butte à des difficultés

Personnes accompagnées par l'ensemble des permanences téléphoniques

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, DETAIL PAR GROUPE VULNERABLE

2022	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD asile	ATCD dasem
Total	4 646	100%	42%	35 ans	38 ans	2,5 ans	4 ans	55%	34%	27%
Groupes vulnérables										
Femmes	1 970	42%	100%	36 ans	39 ans	2 ans	3 ans	52%	28%	26%
Agées≥60	541	12%	52%	67 ans	68 ans	1 an	5 ans	59%	11%	24%
Dem. asile	383	8%	39%	30 ans	32 ans	1 an	1,5 an	43%	100%	8%
Mineurs<18	237	5%	49%	9 ans	10 ans	1 an	0,5 an	46%	20%	19%
Jeun. 18/25	571	12%	30%	22 ans	22 ans	2 ans	3 ans	53%	35%	19%

Personnes accompagnées par l'ensemble des permanences téléphoniques

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, DETAIL PAR REGION D'ORIGINE ET PAR REGION DE RESIDENCE

2022	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD asile	ATCD dasem
Total	4 646	100%	42%	35 ans	38 ans	2,5 ans	4 ans	55%	34%	27%
Région d'origine										
Afrique O.	1545	33%	37%	32 ans	34 ans	3 ans	4 ans	58%	43%	27%
Afrique N.	1227	26%	43%	39 ans	41 ans	2 ans	4 ans	56%	3%	32%
Afrique C.	611	13%	52%	36 ans	38 ans	3 ans	4 ans	69%	42%	28%
Europe E.	422	9%	44%	40 ans	40 ans	3 ans	4 ans	45%	55%	35%
Europe O.	130	3%	48%	42 ans	45 ans	2 ans	5 ans	16%	0%	0%
Amériq.S.	129	3%	60%	36 ans	40 ans	1 an	5 ans	47%	11%	13%
Asie Sud	123	3%	24%	35 ans	38 ans	3 ans	3 ans	61%	77%	23%
Afrique A.	121	3%	61%	40 ans	44 ans	2 ans	3 ans	54%	11%	26%
Ile-de-Fran.	2577	61%*	42%	36 ans	39 ans	3 ans	5 ans	65%	27%	28%
Paca	802	19%	43%	34 ans	37 ans	2 ans	3 ans	25%	41%	27%
Auv.-Rhôn.	258	6%	42%	34 ans	36 ans	2 ans	3 ans	70%	46%	26%
Occitanie	123	3%	44%	35 ans	38 ans	1 an	3 ans	49%	28%	21%

** ces pourcentages sont ici rapportés à l'ensemble des appels, le département ayant été renseigné dans 90% des cas*

d'accès aux soins hospitaliers. Concernant la région d'origine, les femmes sont plus nombreuses pour l'Afrique australe (61%), l'Amérique du Sud (60%), et l'Afrique centrale (52%), et les hommes plus nombreux pour l'Afrique de l'Ouest (63%). Les plus jeunes sont originaires d'Afrique de l'Ouest (âge moyen 34 ans) et les plus âgés d'Europe de l'Ouest (45 ans). Les personnes ayant fait une demande de titre de séjour pour raison médicale sont plus nombreuses parmi les exilé.e.s d'Europe de l'Est (35%) et d'Afrique du Nord (32%). S'agissant de la région de résidence, les personnes atteintes d'une maladie grave sont davantage représentées pour l'Auvergne-Rhône-Alpes et l'Ile-de-France, les demandeurs d'asile en Aura et en Paca, et les personnes ayant fait une demande de titre de séjour sont moins représentées pour l'Occitanie.

Enfin, parmi les 2 999 maladies graves déclarées par les bénéficiaires des PT en 2022 (voir tableau ci-contre, et Etat de santé page 90), les plus fréquentes sont les troubles psychiques (17%), les cancers (12%), les maladies cardiovasculaires (8%), le diabète (8%), l'infection chronique par le VHB (7%), les affections neurologiques (6%), l'infection par le VIH (6%), alors que les maladies rares (3%) sont surreprésentées parmi les bénéficiaires des PT, motivant le plus souvent des demandes d'accompagnement en matière de droit au séjour pour raison médicale. Par ailleurs, une situation de handicap grave (physique et ou psychique) a été mentionnée pour 10% de l'ensemble des bénéficiaires (442 personnes), dont les deux tiers sont des hommes.

Maladies graves déclarées par les bénéficiaires des PT

2022	n	%
Maladies chroniques	1620	54%
Addiction	57	2%
Cancer	368	12%
Diabète	246	8%
Drépanocytose	82	3%
Insuffisance rénale	83	3%
Maladies cardio-vasculair.	250	8%
Maladies rares	101	3%
Neurologique	189	6%
Ophtalmologique	98	3%
Maladies infectieuses	875	29%
Infection par le VHB	220	7%
Infection par le VHC	25	1%
Infection par le VIH	180	6%
Tuberculose maladie	46	2%
Troubles psychiques	504	17%
Dépression	52	2%
Psycho-traumatisme	128	4%
Total	2999	100%

FORMATION, ENSEIGNEMENT, INTERVENTIONS PUBLIQUES ET GROUPES EXPERTS

L'activité de formation et d'information s'est poursuivie tout au long de l'année, globalement stable par rapport à l'année précédente. En 2022, les professionnel.le.s du Comede ont effectué **125 demi-journées de formation** professionnelle (-7%) correspondant à 58 formations, pour 1 981 stagiaires par demi-journée (+18%, en moyenne 16 stagiaires, voir tableau ci-dessous).

Les membres du Comede ont également assuré **20 séances d'enseignement** (20 en 2021) ; ainsi que **33 interventions publiques** (36 en 2021), pour une grande diversité institutionnelle d'acteurs, décideurs et personnes concernées par la santé des exilé.e.s et le droit à la santé des étrangers (voir encadrés pages suivantes). Le Comede accueille en outre dans l'ensemble de ses dispositifs et de ses pôles d'activité des **stagiaires en formation,** une trentaine en 2022 dans les différents métiers. L'activité de l'association constitue également un terrain de recherche pour des mémoires et thèses, notamment en médecine, psychopathologie, santé publique et sciences sociales.

Enfin, le temps consacré aux travaux des groupes d'information, de recherche et de plaidoyer est resté très élevé au cours de l'année, dans la limite du temps disponible en complément des activités quotidiennes. Le Comede s'est ainsi investi sur plus de **44 groupes experts et collectifs** en 2022.

Formation professionnelle en 2022

125 demi-journées effectuées et 58 formations dans 20 villes pour 1 981 stagiaires*demi-journée
En moyenne 16 stagiaires par demi-journée. Nombre d'intervenant.e.s 19 au total, moyenne 1,3

En surligné vert, les stages directement organisés par le Comede [H] *Hybride* [V] *Visioconférence*

Ville 20	Cadre 58	Intitulé/Contenu	Intervenants x demi-journée	Dem-jour. 125	Stagi. x DJ 1981
AVIGNON 84	CD84, /Espace	Accès aux droits sociaux des étrangers	Demagny B.	2	14
AVIGNON 84	CH Avignon	Accès aux droits santé des étrangers	Demagny B.	2	17
BICÊTRE 94	Comede stage nat.	Accès aux soins et aux droits	Maille D., Maraval B.	6	17
BICÊTRE 94	Comede stage nat.	Droit au séjour rais. méd.	Lefebvre O., Crochet K., Bamberger M.	6	16
BICÊTRE 94	Comede stage nat.	Santé des demandeurs d'asile	Petruzzi M, Jacob M., Crochet K	6	7
BOBIGNY 93	PMI 93 Emaad	Protection maladie des étrangers	Maille D.	2	9
CAYENNE 973	Arbre form. & SOS	Accès aux droits et aux soins	Abrias C	4	6
CAYENNE 973	CHC	Accès aux droits et aux soins	Maille D., Abrias C	6	11
CAYENNE 973	EMPP	Accès aux droits et aux soins	Abrias C	1	5
[V] CRETEIL 94	Féd. Centres soc.	Accès aux soins et aux droits	Legoff A.	2	15
CRETEIL 94	ASE	Santé des jeunes migrants	Lefebvre O.	1	12
[V] CRETEIL 94	ASE	Santé des jeunes migrants	Lefebvre O., Bamberger M.	1	30
[V] DIGNE 04	Praps	Atelier Pass Paca	Demagny B.	1	6
ETAMPES 91	Hôp. Barth. Durand	Protection maladie des étrangers	Maille D., Legoff A.	4	14
EVRY 91	CRPVE	Démarches de santé des migrants	Guinche A.	2	14
EVRY 91	CRPVE	Démarches de santé des migrants	Maille D.	2	15
ISTRES 13	Espace/Comede	Accès aux droits sociaux cit. non UE	Demagny B.	2	9
MANOSQUE 04	Espace/Comede	Accès aux droits sociaux cit. non UE	Demagny B.	2	13
MARSEILLE 13	APHM	Droits de la santé citoyens non UE	Demagny B.	4	15
MARSEILLE 13	APHM	Droits de la santé citoyens UE	Demagny B.	2	18
MARSEILLE 13	APHM	Droits de la santé des étrangers	Demagny B., Destouches A.	4	16
[V] MARSEILLE 13	ARS Pass	Atelier accès aux droits	Demagny B.	1	5
MARSEILLE 13	Barreau	Psychotrauma des MNA	Jacob M., Perl M.	1	15
MARSEILLE 13	Centre géronto.	Accès aux droits & soins pers. âgées	Demagny B.	1	11
MARSEILLE 13	Centre hosp. Vavert	Atelier cas complexes	Demagny B.	1	6
MARSEILLE 13	Centre hosp. Vavert	Atelier cas complexes	Demagny B.	1	8
[V] MARSEILLE 13	Cimade	Droit d'asile et double demande	Destouches A.	1	14

Ville	Cadre	Intitulé/Contenu	Intervenants X demi-journée	Dem-jour.	Stagi. x DJ
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Accès aux droits sociaux citoyens UE	Demagny B.	2	11
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Droit d'asile et double demande	Destouches A.	1	11
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Droits de la santé demandeurs d'asile	Destouches A.	1	7
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Droits de la santé des étrangers	Destouches A., Lombes L.	2	12
v MONTPELL. 34	Cicade/Comede	Santé accès aux soins des étrangers	Crochet K., Petruzzi M.,	2	17
v MONTPELL. 34	Cicade/Comede	Santé accès aux soins des étrangers	Petruzzi M., Crochet K.	2	21
v MONTPELL. 34	Cicade/Comede	Santé accès aux soins femmes exilées	Petruzzi M., Crochet K.	2	24
v MONTPELL. 34	Cicade/Comede	Santé accès aux soins femmes exilées	Petruzzi M., Crochet K.	2	20
v MONTPELL. 34	Cicade/Comede	Santé accès aux soins femmes exilées	Petruzzi M., Rabourdin C.	1	41
NICE 06	Espace/Comede	Accès aux droits liés à l'état de santé	Demagny B.	2	15
ORANGE 84	Espace/Comede	Accès aux droits sociaux des étrangers	Demagny B.	1	16
PANTIN 93	Aides	Droit au séjour pour raison médicale	Maille D.	4	18
v PARIS 75	Direction Asile	Santé des exilé.e.s et précarité	Demagny B., Lefebvre O.	1	37
v PARIS 75	Direction Asile	Santé des exilé.e.s et précarité	Lefebvre O., Rabourdin C.	1	45
PARIS 75	FTDA	Santé et protection contre l'éloignement	Lefebvre O.	1	16
PARIS 75	Gisti/Comede	Accompagnement et droit au séjour	Crochet K	1	17
PARIS 75	Gisti/Comede	Accompagnement et droit au séjour	Crochet K	1	20
PARIS 75	Gisti/Comede	Accompagnement et droit au séjour	Legoff A.	1	20
PARIS 75	Gisti/Comede	Accompagnement et droit au séjour	Legoff A.	1	19
PARIS 75	Gisti/Comede	Protection sociale des étrangers	Maraval B.	1	20
PARIS 75	Gisti/Comede	Protection sociale des étrangers	Maraval B.	2	20
PARIS 75	Mairie de Paris, QJ	Accès aux soins des arrivants	Maille D.	1	10
PARIS 75	Mairie de Paris, QJ	Accès aux soins des arrivants	Maille D.	1	10
v PARIS 75	MDM France	Droit à la santé des étrangers	Maille D.	4	14
PARIS 75	MDM France	Protection maladie des étrangers	Maille D.	4	11
PARIS 75	Secours cath. Paris	Introduction au droit des étrangers	Maille D.	1	7
v PARIS 75	Utopia 56	Accès aux soins MNA	Tambourindeguy., Bamberger, Legoff	1	24
ROUEN 76	Gisti/MDM	Droits de la santé des étrangers	Legoff A.	2	17
TOULON 83	Espace/Comede	Accès droits sociaux citoyens non UE	Demagny B.	2	10
v TOULON 83	ARS Pass	Atelier accès aux droits	Demagny B.	1	5
VILLEJUIF 94	Hôp. Paul Guiraud	Protection maladie des étrangers	Math A.	8	35

En surligné vert, les enseignements et évènements directement organisés par le Comede v *Visioconférence*

Enseignement en 2022

- Bobigny, DU Institut Convergences Migrations, *Droits et santé*, Maille D.
- Bobigny, DU Paris 13, Santé des migrants, *Accès aux droits et aux soins*, Maille D.
- Bobigny, DU Paris 13, Santé des migrants, *Droit des étrangers*, Maille D.
- Bobigny, DU Paris 13, Santé des migrants, *Demandeurs d'asile et étrangers privés de liberté*, Weinich L.
- Cayenne, DFR Santé, DU Médiation en santé, *Asile et droit au séjour pour les étrangers malades*, Abrias C.
- Cayenne, DFR Santé, DU Médiation en santé, *Parcours de santé des usagers*, Abrias C.
- Cayenne, DFR Santé, DU Médiation en santé, *Préparation oral de stage*, Abrias C.
- Cayenne, DFR Santé, DU Médiation en santé, *Protection sociale et protection maladie*, Abrias C.
- Cayenne, DFR Santé, DU Médiation en santé, *Renoncement aux soins et discriminations*, Abrias C.
- Cayenne, DFR Santé, DU Médiation en santé, *Rôle et limites de la fonction de médiation*, Ferreira De Sa L.
- Lyon, DIU Santé, société et migration, *Enjeux de l'accès aux soins des personnes migrantes*, Veïsse A.
- Marseille, DIU Psychotrauma, précarité et migrations, *Accompagnement pluridisciplinaire en santé*, Demagny B., Perl. M.
- Montpellier, DU Exil, droit et santé, *Les certificats médicaux et psychologiques dans le parcours des exilé.e.s,* Veïsse A.
- Paris Cnam, Licence Projets insertion sociale, *Santé et accès aux soins des exilé.e.s,* Rustico J., *2 séances*
- Paris Cnam, Licence Projets insertion sociale, *Santé et accès aux soins des Roms,* Rustico J.
- Paris Garancière, UFR Odontologie, *Santé et accès aux soins des exilé.e.s,* Le Goff A., Dommange P.
- Paris Saclay, DIU Infection par le VIH, *Santé des exilé.e.s,* Veïsse A.
- Paris Sorbonne, DMG Séminaire patients de cultures différentes, *Santé des exilé.e.s,* Tambourindeguy M., Lefebvre O.
- Paris, DES-C Maladies infectieuses et tropicales, *Santé des exilé.e.s,* Lefebvre O.

Interventions publiques en 2022

En surligné vert, les enseignements et évènements directement organisés par le Comede ᵛ *Visioconférence*

- Bobigny, Journée migrants Avicenne, *Soins aux migrants*, Lefebvre O.
- Cayenne, CHC équipe enquêtrices Parcours d'Haïti, *Santé des exilé.e.s,* Ory B., Abrias C.
- Cayenne, CHC équipe enquêtrices Parcours d'Haïti, *Sensibilisation à la santé mentale,* Ory B.
- Cayenne, CHC Pass, *Accès aux droits et aux soins des migrant.e.s,* Abrias C.
- Cayenne, Journée mondiale de lutte contre le sida, *Santé des exilé.e.s*, Lefebvre Deuse G., Ferreira De Sa L., Ndamite A.-S.
- Cayenne, Marché, Guichet unique de rue, *Santé et accès aux soins*, Lefebvre Deuse G., *2 interventions*
- Cayenne, Marché, Guichet unique de rue, *Santé et accès aux soins*, Lefebvre Deuse G. Ferreira De Sa, *3 interventions*
- Cayenne, Radio Guyane, *Les personnes vivant avec le VIH en Guyane*, Lefebvre Deuse G., Abrias C.
- Cayenne, Université des PVVIH de Aides, Soins et accompagnement des exilé.e.s, Abrias C., Lefebvre Deuse G.
- Clermont-Ferrand, Colloque l'Autre, *Minorités sexuelles, sexuées et de genre*, Kiening M.
- Créteil, Fédération des centres sociaux, *Exil et soins de santé mentale*, Guinche A.
- Fontenay-sous-Bois, Rencontre débat LDH, *Soins et accompagnement des sans-papiers,* Gaigeot O.
- Lille, Journée ARS Corevih, *Discriminations et santé sexuelle des exilé.e.s,* Fessard C.
- Lille, Université, Journée santé mentale, *Santé mentale des exilé.e.s,* Guinche A.
- Marseille, Mucem La nuit des idées, *Lutter contre le VIH à Marseille,* Demagny B.
- Marseille, Séminaire EHESS, *Inégalités de santé et santé des exilé.e.s,* Lombes L.
- Nancy, Journée Citoyenneté active et CD 54, *Droit à la santé des étrangers et repère déontologiques*, Veïsse A.
- Nice, Colloque SPILF SFLS, Impact du délai de carence sur l'accès aux soins des migrants, Fessard C.
- Pantin, Festival CIDFF, Table ronde, *Femmes étrangères et violences*, Tambourindeguy M., Maraval B.
- Paris, Agence du don en nature, *Le Comede et la santé des exilé.e.s,* Maraval B.
- Paris, APHP Staff AS, *Le Comede et la santé des exilé.e.s,* Maraval B., Crochet K.
- Paris, Colloque des Centres français de transplantation, *aspects sociaux et juridiques pour les étrangers*, Maille D.
- Paris, Dases Staff, *Santé des exilé.e.s et certification médicale*, Weinich L.
- Paris, Faculté Sociétés et Humanités, *La Cifre en Sciences humaines et sociales*, Kiening M.
- Paris, Journée Famirea Saint-Louis, *La maladie grave dans le Parcours des migrants*, Veïsse A.
- Paris, Ministère de la Santé, Journée nationale de la Tuberculose, *Soins aux migrant.e.s,* Lefebvre O.
- Paris, Séminaire ISM, *L'accès aux soins des personnes migrantes*, Lefebvre O.
- Saint-Etienne, Colloque de Gynécologie obstétrique néonatologie*, Santé des exilé.e.s,* Haddadi-Collet D., Roux L.
- Saint-Etienne, Congrés national du Planning Familial*, Santé des exilé.e.s,* Haddadi-Collet D., Zimmermann P.
- Villeneuve d'Ascq, FSU 59/62, *Prendre en comptes les traumatismes de guerre et d'exil*, Bamberger M.

Groupes experts et collectifs en 2022

- Aceso, Comité de pilot., Vescovacci K., Dommange P.
- Adfem, Crochet K., Flitti Y.
- Anafé, Mongin C, Polo Devoto J.
- ARS Guyane, Comité de veille, Abrias C.
- ASE 94 Mineurs étrangers isolés, Lefebvre O.
- Asile Ile-de-France, Crochet K., Legoff A.
- CFDA, Crochet K., Legoff A.
- ClimHB, Maraval B., Vescovacci K.
- CNS, Conf. nationale de santé, Chevit P., Mongin C.
- Coll. Droit Guyane, Abrias C.
- Coll. que personne ne dorme à la rue, Comede Loire.
- Coll. Interorga Paris, Maraval B, Weinich L, Aw A.
  Cpam 93 inter-orga., Maille D., De Pascalis C.
- Dasem psy, Veïsse, Lefebvre, Petruzzi, Tambourindeguy.
- DDD, Comité d'entente santé, Maille D.
- DDD, GT Dasem, Maille D., Lefebvre O.
- Dequeldroit, Maille D., Flitti Y.
- DGCS, Domiciliation, Maille D., Maraval B.
- -DGS, Groupe hépatites, Lefebvre O.
- DGS, Comité de suivi tuberculose, Lefebvre O.
- DGS/DGCS/DSS/Cnam/PHI, Gütle M.-M.
- Diabète R2D, réseau régional, Vescovacci K.
- DSS, Groupe de suivi accès aux soins, Maille D.
- EGHB SOS Hépatites, Copil, Lefebvre O.
- Espace, CA, Demagny B.
- FAP IDF, Droits sociaux, Maraval B.
- FAP FAS IDF, Comité de veille Dalo, Maraval B.
- FNCS, Rustico J., Mongin C.
- Fonds CSS, Comité de suivi associatif, Maille D.
- Groupe Egalité des droits sociaux, Maille D.
- Hôpital Delafontaine, Copil PASS, Maille D.
- Guyane Promo santé / Ireps, CA, Abrias C.
- Migrants en Isère, groupe santé, Chevit P.
- MOM, Migrants Outre-mer, Maille D., Abrias C.
- MSA, Prévention discriminations, Veïsse A., Ropers K.
- Observatoire hébergement Marseille, Destouches A.
- Observatoire ORS IDF, Veïsse A., Petit M.
- Observatoire Samu social Paris, Veïsse, Gaigeot, Petruzzi
- ODSE, Maille D., Demagny B., Lefebvre O.
- OEE, Rustico J. Legall J.
- PTSM Guyane, Abrias C.
- Santé mentale et exil, Jacob M., Perl M.
- Solipam, Périnatalité et précarité, Petruzzi M.
- Vers Paris sans sida, Kiening M.

OBSERVATOIRE, RECHERCHE ET PUBLICATIONS

Les activités de recherche du Comede sont organisées autour de l'**observatoire** de la santé des exilé.e.s. Le dispositif d'observation du Comede (voir présentation page 9) est alimenté par les données recueillies dans l'ensemble des dispositifs d'intervention :
- consultations individuelles et ateliers collectifs à Bicêtre, Paris, Saint-Etienne, Marseille et Cayenne.
- appels et méls traités par les permanences téléphoniques nationales et régionales ;
- observation qualitative des obstacles à l'accès aux soins et aux droits, effectuée par les intervenant.e.s du Comede, en lien avec les partenaires et groupes experts.

Les principaux résultats sont publiés dans le présent rapport ainsi que dans des revues spécialisées. Les **indicateurs** retenus sont d'ordre démographique (caractéristiques des populations), épidémiologique (vulnérabilité sociale, violences, troubles psychiques et prévalences des maladies graves), et enfin les données relatives aux conditions et aux obstacles à l'accès aux soins et aux droits. L'ancienneté du recueil des données (depuis 1996 au Centre de santé, 2004 pour les permanences téléphoniques, 2012 en Paca, 2018 à Paris, dans la Loire et en Guyane) permet d'augmenter la taille des effectifs observés au cours des dernières années, et de mettre en évidence des associations statistiques ou de mieux décrire des groupes peu représentés au cours de la seule dernière année d'activité. A partir de ces données d'observation, le Comede conduit ou participe régulièrement à des programmes de recherches en santé publique et en sciences sociales, dont les résultats sont intégrés dans les publications.

En 2022, le Comede a réalisé ou participé à **25 publications spécialisées** (36 en 2021, voir encadré page suivante). L'ensemble des publications sont consultables et téléchargeables sur le site internet (voir Association page 11), incluant des **notes pratiques** rédigées par le pôle social et juridique.

Quatre numéros de **Maux d'exil,** la lettre du Comede sur la santé des exilé.e.s, ont été publiés en 2022. D'un tirage moyen de 6 000 exemplaires par numéro, Maux d'exil est destiné aux intervenant.e.s de la santé, du social, du droit, de l'administration, de l'enseignement et de la recherche. Chaque numéro est consacré à un dossier proposant des regards croisés sur le même thème (voir encadré page suivante).

Le **Guide Comede** est édité depuis 1997, initialement à usage interne, puis en éditions imprimées 2003 (par le Comede), 2005, 2008 et 2015 (par l'Inpes puis Santé Publique France). Le caractère pluridisciplinaire des interventions du Comede a conduit à concevoir le Guide comme un pont entre des pratiques professionnelles qui restent trop souvent cloisonnées. Le Guide tient compte de la complexité croissante des problèmes de santé des personnes : précarisation du statut administratif, transformation épidémiologique et diversification de l'origine géographique. Si la connaissance des principes diagnostiques et thérapeutiques est indispensable dans le champ de la maladie, de la prévention et des soins médico-psychologiques, elle l'est aussi en matière d'accès aux soins, d'accès aux droits et de lutte contre les discriminations. En partenariat avec Santé publique France et la Direction générale de la santé, la nouvelle édition du Guide est disponible sur guide.comede.org, progressivement complétée et régulièrement mise à jour.

Le **Livret de santé billingue** est édité par le Comede depuis 2001. Suite à la première version conçue avec le Haut-Comité aux réfugiés, le partenariat entrepris en 2004 autour du Guide avec l'Inpes et la DGS s'était étendu à une version enrichie du Livret, avec une version 2006 disponible en 23 langues. Parue fin 2018, la dernière édition, disponible en 16 langues (l'ukrainien a été ajouté en 2022), est également le fruit d'un partenariat avec Santé Publique France et la DGS, à l'issue d'un travail d'élaboration associant de nombreux acteurs de la santé des migrant.e.s.

Publications du Comede en 2022

- Abriol S., Broqua C., Chantraine R., Chenu C., Douris V., Loux F., Molle F., Musso S., *VIH/sida, l'épidémie n'est pas finie !,* Maux d'exil n°70.
- Agacinski D., *Démarche en ligne et entraves à l'accès aux droits pour les personnes étrangères*, Maux d'exil n°72.
- Basurko C. Alcouffe L., Vignier N., Kpossou K., Proquot M., Huber F.*, Impact de la pandémie de Covid-19 sur la précarité alimentaire en Guyane*, Maux d'exil n°73.
- Benradia I., *Stress post-traumatique, santé mentale et migration en Guyane*, Maux d'exil n°73.
- Collectif Changer de Cap, *CAF : drapeau rouge pour algorithmes opaques*, Maux d'exil n°72.
- Collectif Dasem psy, *L'évaluation des dossiers médicaux des étrangers malades doit revenir au ministère de la Santé*, Le Monde.
- Comede., *L'État doit respecter le contrat d'engagement républicain*, Maux d'exil n°71.
- Comede, *La liberté d'association, garantie fondamentale de la vie démocratique,* Maux d'exil n°71, dossier juin.
- Comede, *Défis pour la santé en Guyane,* Maux d'exil n°73, dossier décembre.
- Comede, *Utopie Numérique : de la dématérialisation à l'exclusion des droits,* Maux d'exil n°72, dossier septembre.
- Comede, *VIH/sida, l'épidémie n'est pas finie !,* Maux d'exil n°70, dossier janvier.
- Comede Guyane, *Le Comede en Guyane : Bilan et Perspectives*, Maux d'exil n°73.
- Demagny B., Mayeux A., *Personnes étrangères vivant avec le VIH : une remise en cause de la protection par le droit au séjour*, Maux d'exil n°70.
- Douris V., *Quelles conséquences de la pandémie de Covid-19 sur les populations touchées par le VIH ou fortement exposées ?,* Maux d'exil n°70.
- Kalolwa E., Kerloc'h M., Wolmark L., Clinique d'une jeunesse exilée et exclue, Mémoires.
- Maille D., *La bataille de l'accès aux droits, plaidoyer pour un développement de l'outil juridique en service social,* La revue française de service social, n°286.
- Maraval B., Legoff A., *Erreur 404 : de « pause-café » à rendez-vous connecté*, Maux d'exil n°72.
- Ndepo P., *Prévention VIH des femmes migrantes : l'approche de l'association Afrique Avenir*, Maux d'exil n°70.
- Paradis L., Sourice B., *Restriction des libertés associatives et de l'espace démocratique*, Maux d'exil n°71.
- Pfunder F., *Contrat d'engagement républicain : pourquoi les associations sont inquiètes*, Maux d'exil n°71.
- Santana Lima G., Wiedner Papin S., *L'accès aux soins en Guyane : entre innovation et renforcement de dispositifs au bénéfice des plus précaires*, Maux d'exil n°73.
- Sené D., Denantes M., *Dématérialisation ? Ou déshumanisation ?*, Maux d'exil n°72.
- Veïsse A., *La déontologie médicale à l'épreuve du contrôle sanitaire*, Plein droit n°134.
- Wolmark L., Bamberger M., *Géopolitique de l'informe, hommes exilés victimes de violences liées au genre et traumas complexes*, L'autre, n°23.
- Zuber V., *Vers une laïcité de contrôle ?,* Maux d'exil n°71.

L'EQUIPE DU CENTRE-RESSOURCES *en juillet 2023*

Chloë Abrias (Coordinatrice Guyane, Juriste), Sabine Allier (Accueillante sociale), Assane Aw (Responsable de l'accueil du Centre de santé), Laetitia Badoil (Accueillante sociale), Muriel Bamberger (Psychologue référente), Marcia Burnier (Assistante sociale consultante), Pascal Chevit (Médecin bénévole), Agathe Coutel (Chargée de communication), Karine Crochet (Coordinatrice Paris), Benjamin Demagny (Coordinateur Paca), Aurélie Destouches (Assistante sociale référente), Livio Ferreira De Sa (Responsable de l'accueil Guyane), Claire Fessard (Médecin référente), Lucie Fouchier (Accueillante sociale), Yasmine Flitti (Directrice générale adjointe), Océane Gaigeot (Médecin référente), Dalila Haddadi-Collet (Coordinatrice Loire), Marie Jacob (Psychologue référente), Claire Katembwe (Assistante de direction), Patrick Lamour (Médecin bénévole), Olivier Lefebvre (Coordinateur du pôle médical), Guillaume Lefebvre Deuse (Médecin consultant), Anne Legoff (Assistante sociale référente), Clémence Le Joubioux (Médecin consultante), Annie Liber (Médecin bénévole), Lucie Lombès (Médecin consultante), Didier Maille (Coordinateur du pôle social et juridique), Bénédicte Maraval (Assistante sociale référente), Maila Marseglia (Coordinatrice du pôle santé mentale), Antoine Math (Juriste bénévole), Patrick Mony (Juriste consultant), Mathilde Petit (Chargée de l'observatoire et de la base de données), Magali Perl (Psychologue référente), Marie Petruzzi (Coordinatrice Paris), Jose Polo Devoto (Médecin référent), Céline Rabourdin (Juriste consultante), Sylvie Rey (Médecin bénévole), Joseph Rustico (Directeur du Centre de santé), Alice Talbot (Médecin consultante), Marion Tambourindeguy (Médecin référente), Lydie Tindo (Médecin consultante), Pauline Trébuchet (Médecin consultante), Arnaud Veïsse (Directeur général), Khalda Vescovacci (Coordinatrice du pôle prévention et promotion de la santé), Laura Weinich (Médecin référente), Zornitza Zlatanova (Psychologue référente).

Le Centre de santé à Bicêtre

Hébergé depuis 1989 par l'hôpital Bicêtre (AP-HP, Hôpitaux universitaires Paris-Sud) au Kremlin-Bicêtre, le Centre de santé du Comede a dispensé **9 733 consultations et entretiens** pour **3 100 bénéficiaires** en 2022, incluant les activités hors-les-murs et la permanence téléphonique (voir tableau infra). En mars 2022, la découverte d'une fragilité dans le bâtiment La Force, et les mesures de sécurité prises par l'hôpital pour une période de travaux estimée à 2 années, ont contraint le Comede à se replier sur un tiers de sa surface précédente, avec de fortes contraintes à la fois pour l'activité, les conditions d'accueil des patient.e.s et les conditions de travail de l'équipe. La baisse d'activité a été partiellement compensée par le recours aux téléconsultations et l'accueil de certains entretiens dans les locaux du Comede Paris. Au total, sur l'ensemble de l'année, l'activité globale n'a diminué que de 20%, grâce notamment au développement des entretiens de médiation santé hors-les-murs et au maintien de l'activité de la permanence téléphonique.

PRINCIPAUX INDICATEURS D'ACTIVITE

La file active des personnes reçues au moins une fois en consultation a été de **1 935 patient.e.s.** La durée globale de suivi depuis la 1ère consultation au CDS) est comprise entre 9 mois (médiane) et 20 mois (moyenne) pour l'ensemble des consultations ; elle est plus longue pour l'accompagnement social et juridique (moyenne 33 mois) et plus courte en consultation médicale « du jour » (sans rendez-vous, 8 mois). Le nombre moyen de consultations est de 3,8 sur l'année (5 en psychothérapie). Près de la moitié des consultations ont lieu en langue étrangère (43% du total, 56% en consultation du jour), un tiers étant effectuées à l'aide d'un.e interprète professionnel.le, en présentiel (16% du total) ou par téléphone (18%). En 2022, les consultations ont utilisé 52 langues étrangères, principalement en bengali (33%), anglais (13%), tamoul (12%), dari, arabe, pular (6%), roumain (4%), pachtou, russe (3%), soninke, lingala et tigrinya (2%).

Consultations, médiation santé hors-les-murs et permanence téléphonique

2022	n	%	22/21	File active n	File active %	Cs / pers.	Suivi méd/moy	Langu. étrang.	Interp. prés.	Interp. par tél.
Total consultat.	7748	80%	-27%	1935	62%	3,8	9/20 mois	43%	16%	18%
Cs médicales	3010	31%	-24%	1054	34%	2,9	9/19 mois	48%	17%	23%
Cs de suivi	2114	22%	-17%	769	25%	2,7	14/24 mois	45%	17%	20%
Cs du jour	800	8%	-33%	676	22%	1,2	0/8 mois	56%	18%	28%
Gynécologie	96	1%	-56%	52	2%	1,8	6/10 mois	46%	3%	29%
Cs accueil social	2569	26%	-23%	1734	56%	1,5	0/15 mois	44%	12%	19%
Cs socio-juridiques	1036	11%	-10%	318	10%	3,3	24/33 mois	30%	9%	14%
dont écriv. public	96	1%	+71%	78	2%	1,2	12/25 mois	51%	15%	20%
Cs psychologiques	658	7%	-44%	131	4%	5,0	14/22 mois	47%	39%	4%
Cs prévention PS	384	4%	-46%	211	7%	1,8	9/18 mois	39%	20%	5%
Cs éducation thé.	174	2%	-37%	78	2%	2,2	14/20 mois	54%	42%	5%
Cs infirmière	105	1%	-66%	90	1%	1,2	5/14 mois	10%	1%	0%
Cs podologie	42	<1%	-29%	32	<1%	1,3	15/25 mois	62%	5%	2%
Cs médiation	31	<1%	x5	19	<1%	1,6	0/4 mois	81%	0%	32%
Cs sage-femme	21	<1%	-50%	17	<1%	1,2	4/8 mois	10%	0%	0%
Cs addicto	11	<1%	nouv	8	<1%	1,4	22/36 mois	45%	27%	0%
Cs ostéopathie	91	1%	-66%	47	1%	1,9	10/15 mois	34%	3%	19%
Médiation HLM	1070	11%	+90%	250	8%					
Permanence tél.	915	9%	-8%	915	30%					
Total actes	9733	100%	-20%	3100	100%					

Ces consultations ont fait intervenir un.e interprète professionnel.le dans 79% des cas, les autres étant effectuées directement en langue étrangère, principalement par les consultant.e.s du Comede (13%, dont 88% en anglais), et 8% à l'aide d'un accompagnateur lorsque la personne le demande.

Les consultations sont accessibles sur rendez-vous délivrés par l'équipe d'accueil, à partir d'une première consultation d'information, d'évaluation et d'orientation, un accès prioritaire étant réservé aux personnes en situation de grande vulnérabilité sociale (voir page 30). En cas de besoin, les patient.e.s peuvent être reçu.e.s par le médecin dans le cadre des consultations « du jour » ou par l'infirmière pour des vaccinations. Par la suite, les premiers rendez-vous médicaux de suivi sont consacrés à la proposition et à la réalisation du bilan de santé, dont les résultats déterminent le suivi ultérieur sur le plan médical, psycho-thérapeutique et/ou social et juridique, incluant les diverses consultations spécialisées.

Plus des deux-tiers des patient.e.s du Centre de santé sont **orienté.e.s** par des particuliers (69% en 2022, voir tableau ci-contre), 15% par des associations, 7% par des services publics et 6% par des services de santé. La progression régulière des recours de première intention vers le Centre de santé au cours des dernières années est liée à la priorisation des critères de vulnérabilité sociale, les personnes venant spontanément étant encore plus souvent en situation de grande vulnérabilité (voir Etat de santé page 76).

Par ailleurs, l'équipe d'accueil et l'ensemble des consultant.e.s du Centre de santé ont caractérisé 4 258 orientations externes en 2022, en premier lieu vers les permanences téléphoniques et autres dispositifs du Comede (52%), puis les autres services de santé (total 28%, hôpital 16%, médecine ambulatoire 6%), les autres associations de soutien (total 9%, le plus souvent pour des aides à la vie quotidienne), et enfin vers les services publics (9%, dont les assistantes sociales, travailleurs sociaux, et services de l'Ofii).

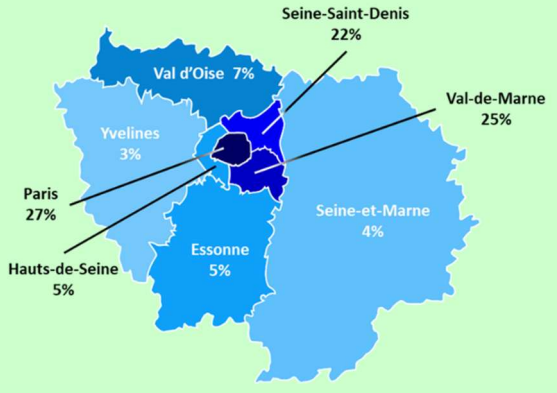
Orientation vers le Centre de santé et à partir des consultations

1 935 patient.e.s et 4 258 orientations externes

2022	A l'entrée.	A la sortie
Associations de soutien	15%	61%
Accueil de jour	<1%	1%
Aide alimentaire	<1%	1%
Cimade	1%	1%
Comede	4%	52%
dont médiation HLM	4%	-
Domiciliation	<1%	2%
Avocats et CNDA	2%	1%
Médias, internet	2%	<1%
Particuliers	69%	-
Ami, proche	3%	-
Famille	1%	-
Personne concernée	1%	-
Services publics	7%	9%
AS, TS et CCAS	2%	2%
Ofii	1%	2%
Préfecture	<1%	1%
Samu social & SIAO	<1%	1%
Sécurité sociale & ST	<1%	1%
Services de santé	6%	28%
Centre de santé	<1%	1%
CMP et disp. psy.	<1%	1%
Hôpital	3%	16%
dont Pass	<1%	12%
Laboratoire d'analyses	<1%	1%
Médecin Ville	1%	6%
PMI	<1%	1%
Total	100%	100%

Département de résidence

En 2022, sur 853 enregistrements renseignés pour le département (44% de la file active), les patient.e.s du Centre de santé résidaient dans 27% des cas à Paris, 25% dans le Val-de-Marne, 22% en Seine-Saint-Denis, 7% dans le Val-d'Oise, 5% dans l'Essonne, 5% dans les Hauts-de-Seine, 4% en Seine-et-Marne et 3% dans les Yvelines ; certain.e.s résidant hors Ile-de-France, notamment dans les Hauts-de-France (1%).



Personnes accompagnées par le Centre de santé (tous actes)

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE SELON LA REGION D'ORIGINE

	Ensemble					Hommes				Femmes			
Région d'origine	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	15	1%		10	5	5		3	2	10		7	3
Afrique centrale	356	15%	17	307	32	147	9	123	15	209	8	184	17
Afrique de l'Est	49	2%	2	47		31		31		18	2	16	
Afrique du Nord	147	6%	17	119	11	105	14	85	6	42	3	34	5
Afr. de l'Ouest	687	29%	36	624	27	413	25	376	12	274	11	248	15
Amér. du Nord	4	<1%	1	3		1		1		3	1	2	
Amér. du Sud	13	1%	1	9	3	6		5	1	7	1	4	2
Asie centrale	105	4%	2	100	3	88	1	84	3	17	1	16	
Asie de l'Est	8	<1%	1	6	1	5	1	3	1	3		3	
Asie du Sud	522	22%	5	511	6	452	2	446	4	70	3	65	2
Caraïbes	8	<1%		7	1	3		2	1	5		5	
Europe de l'Est	94	4%	13	77	4	49	8	53	3	22	5	24	1
Europe de l'Ou.	310	13%	69	234	7	31	31	137	2	52	38	97	5
Moyen-Orient	27	1%	2	24	1	20	1	19		7	1	5	1
Total*	2345	100%	166	2078	101	1356	92	1368	50	739	74	710	51

** Ce total intègre les 1935 patient.e.s reçu.e.s en consultation , les 250 bénéficiaires de la médiation hors-les-murs, et celles et ceux de la permanence téléphonique caractérisé.e.s sur le plan démographique (14% sont dans ce cas, soient 160 personnes)*

CARACTERISTIQUES DES PATIENT.E.S

Le Centre de santé du Comede a accompagné 3 100 personnes en 2022 (dont 2345 ont été caractérisées sur le plan démographique, voir tableau ci-dessus), parmi lesquelles au moins 861 demandeurs d'asile et réfugiés (44% des patient.e.s des consultations), 739 femmes (35% des bénéficiaires de l'ensemble des activités), 166 mineurs <18 ans (8%) et 101 migrantes âgées ≥60 ans (5%). Les patient.e.s du Centre de santé (voir tableau ci-dessous et page suivante) sont jeunes (âge médian 34 ans moyen 35 ans), et récemment arrivé.e.s en France (médiane 1,5 ans, moyenne 3 ans). Les bénéficiaires du Centre de santé déclarent 77 nationalités (voir détail page 8), principalement d'Afrique de l'Ouest (total 29%, Guinée Conakry 11%, Côte d'Ivoire 5%, Liberia 4%), d'Asie du Sud (22%, Bangladesh 15%, Sri Lanka 5%), d'Afrique centrale (15%, Congo RD 11%), d'Europe de l'Ouest (13%, Roumanie 13%), d'Asie centrale et d'Europe de l'Est (4%). Les femmes sont majoritaires parmi les patient.e.s d'Afrique centrale (59%) et les personnes âgées (51%), alors qu'elles sont très minoritaires parmi les exilé.e.s d'Asie du Sud (13%), et les demandeurs d'asile (28%).

Personnes accueillies dans les consultations du Centre de santé

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	en Fra. méd	en Fra. Moy	Maladie grave	Nouv. patients
Total	1935	100%	35%	34 ans	35 ans	1,5 ans	3 ans	31%	50%
Femmes	671	35%	100%	35 ans	36 ans	1,5 ans	2,5 ans	31%	50%
Dem. Asile	664	34%	28%	32 ans	33 ans	10 mois	16 mois	30%	61%
Mineurs<18	107	6%	40%	12 ans	11 ans	8 mois	1 an	10%	73%
Agés≥60	89	5%	51%	66 ans	67 ans	3 ans	7 ans	42%	52%
Afrique O.	627	32%	39%	32 ans	33 ans	2 ans	3,5 ans	36%	43%
Asie du S.	507	26%	13%	34 ans	36 ans	1,5 ans	2 ans	29%	54%
Afrique C.	340	18%	59%	38 ans	40 ans	2 ans	3 ans	39%	46%
Afrique N.	118	6%	25%	32 ans	34 ans	1 ans	3 ans	8%	76%

Personnes accueillies dans les consultations du Centre de santé

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE SELON LA REGION D'ORIGINE

	Ensemble					Hommes				Femmes			
Région d'origine	Total	%	<18 Ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	12	1%		7	5	4		2	2	8		5	3
Afrique centrale	340	16%	17	292	31	139	9	116	14	201	8	176	17
Afrique de l'Est	45	2%	1	44		30		30		15	1	14	
Afrique du Nord	118	6%	12	100	6	89	9	78	2	29	3	22	4
Afr. de l'Ouest	627	30%	34	570	23	381	24	346	11	246	10	224	12
Amér. du Nord	3	<1%		3		1		1		2		2	
Amér. du Sud	11	1%	1	8	2	6		5	1	5	1	3	1
Asie centrale	97	5%	2	92	3	80	1	76	3	17	1	16	
Asie de l'Est	7	<1%		6	1	4		3	1	3		3	
Asie du Sud	507	24%	5	496	6	441	2	435	4	66	3	61	2
Caraïbes	8	<1%		7	1	3		2	1	5		5	
Europe de l'Est	57	3%	9	44	4	38	5	30	3	19	4	14	1
Europe de l'Ou.	79	4%	25	49	5	30	13	15	2	49	12	34	3
Moyen-Orient	24	1%	1	22	1	18	1	17		6		5	1
Total	1935	100%	107	1740	88	1264	64	1156	44	671	43	584	44

Les personnes les plus jeunes sont les demandeurs d'asile (âge médian 32 ans) et les exilé.e.s d'Afrique de l'Ouest (32 ans), les plus âgées sont originaires d'Afrique centrale (38 ans). Ce sont les mineurs et les demandeurs d'asile qui consultent le plus tôt après l'arrivée en France (médiane 8 et 10 mois) et les migrant.e.s âgé.e.s le plus tard (7 ans). Les caractéristiques des principaux groupes vulnérables sont détaillées dans les chapitres Populations et Etat de santé.

Concernant les données épidémiologiques, on observe que, en 2022, moins d'un tiers des patient.e.s du Centre de santé sont atteint.e.s d'une maladie grave (31%, voir tableau page précédente). C'est que la succession des périodes de confinement lors de l'épidémie de Covid (en 2020 et 2021) et de la restriction des locaux disponibles pour le Centre de santé (depuis 2022) a entraîné la réduction des activités de prévention et de dépistage, et notamment de la proposition systématique des des bilans de santé. Si la proportion des personnes malades a un peu progressé en 2022 (le taux était de 27% en 2021), elle n'a pas retrouvé le niveau des années précédentes (42% en 2017). La diminution du dépistage a affecté en particulier les maladies infectieuses, dont la proportion parmi l'ensemble des maladies graves (voir tableau ci-dessous) a chuté par rapport aux années précédentes (19% en 2022, versus 24% en 2017 et 2018).

Dans ce contexte, on observe une augmentation du « poids » relatif des maladies non transmissibles (total 41% de l'ensemble, dont maladies cardio-vasculaires 13%, et diabète 10%) et des troubles psychiques graves (40%), voir aussi page Etat de santé page 83.

Maladies graves dépistées parmi les patient.e.s du CDS

2022	n	%
Maladies chroniques NT	405	41%
Addiction	12	1%
Asthme persistant	23	2%
Diabète	100	10%
Maladies cardio-vasculair.	127	13%
Maladies gynécologiques	25	3%
Maladies thyroïde	9	1%
Maladies infectieuses	183	19%
Anguillulose intestinale	34	3%
Bilharziose/Schistosomose	42	4%
Infection par le VHB	65	7%
Infection par le VHC	9	1%
Infection par le VIH	13	1%
Tuberculose	12	1%
Troubles psychiques	396	40%
Total	984	100%

ACCUEIL SOCIAL, CONSULTATIONS ET PERMANENCE TELEPHONIQUE

Au Comede, la mission d'accueil se double d'une évaluation de la situation sociale des patient.e.s permettant d'adapter les orientations dans le cadre de consultations individualisées. La permanence d'accueil du Centre de santé est assurée en présentiel du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 (à l'exception du jeudi matin où le centre est fermé au public), complétée par une permanence d'accueil téléphonique sur 5 demi-journées. Cette mission réclame à la fois une écoute active, de la patience ainsi qu'une grande disponibilité afin de rassurer des personnes fragilisées par les conditions de leur exil.

En 2022, les accueillant.e.s ont effectué **2 569 consultations** (-23%), dont 44% en langue étrangère (interprète présent 12%, par tél. 19%), pour 1 734 patient.e.s (90% de la file active des consultations). Au terme des entretiens réalisés, 56% des personnes ont été intégré.e.s dans les autres consultations du Centre de santé, 7% ont été orientées sur les permanences téléphoniques du Centre-ressources et sur le Comede Paris, les autres ayant été orientées principalement vers des services de santé, associations et dispositifs d'aide sociale et administrative.

La permanence téléphonique du Centre de santé (voir aussi Centre-ressources page 17 et tableau ci-dessous), a traité **915 appels** (-8%)

Permanence téléphonique

915 appels et 951 orientations en 2022

	Appels	Orientat.
Associations & Comede	11%	82%
Comede CDS		42%
Comede PT & autre		35%
Avocats	1%	<1%
Particuliers	68%	-
Ami, proche	4%	
Famille	6%	
Personne concernée	46%	
Services publics	11%	3%
Ass. et trav. Social	8%	1%
Services de santé	5%	15%
Hôpital et Pass	2%	9%
Médecin Ville et CDS	1%	3%
Total	100%	100%

Centre de vaccination

Au total, **243 vaccinations** ont été effectuées en 2022 (-62%) **pour 124 personnes** (dont 41 femmes et 18 mineur.e.s), dont 96 étaient âgées de 15 à 44 ans. Les **vaccins utilisés** ont été Priorix (rougeole, oreillons, rubéole, 22%), Boostrix tetra / Tetravac (diphtérie, tetanos coqueluche, poliomyélite, 21%), Engerix B (VHB, 20%), Revaxis (DTP, 16%), Comirnaty et Spikevax (Covid, 13%), Vaxigrip (grippe, 5%), Neisvac (méningocoque C, 3%), et vaccins du pneumocoque (1%).

émanant de particuliers (total 68%), puis des services publics (11%) associations (11%) et services de santé (5%). Les orientations sont principalement effectuées en interne (Comede CDS 42%), vers les autres dispositifs du Comede (35%), et les services de santé (15%).

CONSULTATIONS MEDICALES DU JOUR, CONSULTATIONS INFIRMIERES ET VACCINATION

Les consultations médicales « du jour » (sans rendez-vous) interviennent en soutien direct des consultations d'accueil. Elles permettent de répondre aux besoins médicaux ne pouvant attendre les délais de rendez-vous avec les consultations médicales et psychologiques. Les contraintes de locaux (voir supra) ont conduit à une diminution de cette activité en 2022, avec **800 consultations médicales du jour** (-33%) effectuées pour 676 patient.e.s, dont 56% en langue étrangère (18% interprétariat présentiel et 28% par téléphone).

En outre, **105 consultations infirmières** ont été effectuées pour 90 patient.e.s, dédiées aux actions de prévention. En partenariat avec la fondation Essilor et la Pass ophtalmologique de l'hôpital Rotschild, la consultation infirmière propose un dépistage de troubles visuels, au terme duquel 65 personnes ont été orientées vers la Pass en 2022.

Les consultations du jour et consultations infirmières portent notamment sur les activités de **vaccination** (voir ci-dessus), à partir des résultats du bilan médical. En 2022, cette activité a été très impactée par les problèmes de locaux.

CONSULTATIONS MEDICALES DE SUIVI, GYNECOLOGIQUES ET SAGE-FEMME

Au total en 2022, les médecins ont effectué **3 010 consultations** (-24%)**,** dont 48% en langue étrangère (interprète présent 17%, par tel. 23%), pour 1 054 patient.e.s. Ces consultations se répartissent en consultations de bilan et suivi (70%), consultations du jour (27%) et gynécologie santé sexuelle (3%). La consultation médicale permet de proposer le bilan de santé dont les résultats vont déterminer les protocoles de soins et d'accompagnement. D'une durée moyenne de 15 mois, les soins médicaux reposent sur l'écoute et le soutien des patient.e.s exilé.e.s, et favorise l'inscription des personnes dans un réseau de soins et de soutien de proximité, en relais du Comede.

La pratique du **bilan de santé** a été entravée par les difficultés de locaux faisant suite aux périodes de confinements, et en dépit de la reprise d'activité du Centre Edison (partenariat avec la Dases depuis 1984), permettant de réaliser gratuitement les examens complémentaires du bilan clinique. Les résultats du bilan sont remis au/à la patient.e et commentés lors de la consultation suivante. Ils permettent la prévention, le dépistage précoce et les soins de diverses affections graves (voir Epidémiologie page 83). Ce bilan est complété, le cas échéant, par d'autres examens indiqués au terme de l'examen clinique.

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 91). Les consultations conduisent à la délivrance de médicaments par la pharmacie du Comede (63% des patients, voir encadré), dans l'attente de l'ouverture des droits.

Les médecins sont régulièrement confronté.e.s aux demandes de **certificat médical** (voir Accès aux droits page 110), en particulier à l'appui d'une demande d'asile, en matière de droit au séjour pour raison médicale ou encore en vue de faciliter l'accès à un hébergement (voir Accès aux droits page 112).

Pharmacie

Sous la responsabilité d'une pharmacienne bénévole, la pharmacie du Comede fournit une prestation essentielle en matière d'accès aux soins pour tou.te.s les patient.e.s en attente de protection maladie. L'approvisionnement 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 DGS, la DSS, la DGCS, la Cnam, PHI, ainsi que les représentants des associations médicales dont le Comede.

En 2022, la pharmacie a honoré **2 860 prescriptions** correspondant à 1 095 consultations concernant 660 patient.e.s, soit 63% de la file active de médecine. Les molécules les plus utilisées sont les antalgiques (23%), psychotropes (16%), gastro-entérologiques (11%), cardiologiques (9%), dermato-logiques (8%), anti-inflammatoires (6%), antidiabétiques (4%), antibiotiques et antiparasitaires (3%), et antihistaminiques (3%).

Suivi médical

Les activités du Suivi médical sont dédiées à la coordination et à la continuité des soins pour les patient.e.s du Centre de santé. Les médecins y 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. Elles s'enquièrent régulièrement des comptes-rendus de consultation, d'hospitalisation, de centre de lutte anti-tuberculeuse ou d'autres services vers lesquels les patient.e.s du Comede sont orientés. Elles vérifient les résultats des examens complémentaires et bilans de santé, afin d'anticiper et d'organiser les prises en charge à effectuer.

Le Suivi médical occupe un poste d'observation détaillée sur la pathologie et les soins apportés aux exilé.e.s. 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 (voir Epidémiologie page 83).

Les **consultations gynécologiques** permettent d'aborder les questions relatives à la santé sexuelle pour des femmes ayant été confrontées à de multiples violences (voir Etat de santé page 80). En 2022, 96 consultations ont été effectuées pour 52 patientes, dont 46% en langue étrangère (interprétariat présentiel 3%, téléphone 18%). Ces consultations intègrent des actions de prévention, dépistage (frottis cervico-vaginal), contraception et traitements. Enfin, 21 consultations ont été effectuées en début d'année 2022 par une **sage-femme** bénévole.

EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT, MEDIATION SANTE ET ADDICTOLOGIE

En 2022 ont été effectuées 174 consultations d'**ETP** (-37%) pour 78 personnes atteintes de maladie chronique, dont 54% en langue étrangère (42% interprète présentiel, 5% par téléphone). En outre, pour les patient.e.s diabétiques, 42 consultations de podologie ont été réalisées pour 32 personnes. Le nombre moyen de consultations d'ETP et podologie est de 3,4 par personne, avec une durée moyenne de suivi de 20 mois. L'éducation thérapeutique vise à renforcer l'autonomie des patient.e.s en termes d'orientation dans le système de santé et d'accès aux droits, et à améliorer la maîtrise par les patient.e.s de leur traitement en termes de connaissance, de compétences, et d'adaptation en cas d'incident. L'ETP prend notamment en compte les conditions de vie de la personne, son alimentation et les conditions d'accès aux soins.

Plusieurs autres consultations ont été développées en 2022 dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé (voir tableau page 27), parmi lesquelles les consultations de **médiation santé** (31 fois pour 19 personnes, voir page 36) et d'**addictologie** (11 fois pour 8 patient.e.s).

OSTEOPATHIE

En 2022, les ostéopathes ont effectué **91 séances d'ostéopathie** (-66%) pour 47 patient.e.s. L'ostéopathie a pour objectif de permettre à toutes les structures de l'organisme de se mouvoir de façon optimale. L'action de l'ostéopathe consiste à libérer l'ensemble des contraintes qui entravent le libre mouvement des structures anatomiques entre elles. Parmi les exilé.e.s, les traumatismes subis restent présents dans le corps, et le but de l'ostéopathe est de redonner leur mobilité à ces tissus lésés, meurtris, porteurs de l'histoire du/de la patient.e, afin d'en restaurer la fonction. Rendre leur mobilité aux structures anatomiques représente ainsi davantage qu'un simple soulagement de la douleur en restaurant la personne dans son intégrité.

CONSULTATIONS PSYCHOLOGIQUES

En 2022, les psychologues ont effectué **658 entretiens** (-44%), dont 47% en langue étrangère (interprète en présentiel 39%, par téléphone 4%), pour 131 patient.e. Sur l'année, le nombre moyen de consultations était de 5,0 par personne et la durée moyenne de suivi de 22 mois.

Au terme du bilan de santé initial (voir Consultations médicales), les troubles psychiques constituent la principale cause de morbidité chez les exilé.e.s (voir Epidémiologie page 83). La majorité des personnes suivies souffrent de syndromes psychotraumatiques dans lesquels dominent cauchemars et reviviscences, troubles de la mémoire et de la concentration mais aussi douleurs physiques rebelles au traitement antalgique.

Les syndromes psychotraumatiques prennent parfois des formes particulièrement graves dans lesquelles peuvent survenir des épisodes dissociatifs. Certain.e.s patient.e.s traversent des états de détresse psychique intense, associés à des dépressions graves, et témoignent d'idées suicidaires.

Délai d'amélioration de l'état psychique

Les psychologues du Comede indiquent une date d'amélioration de l'état psychique des patient.e.s au cours de la psychothérapie, à partir de plusieurs groupes d'indicateurs : relation aux autres / vie affective, mobilité des pensées et des représentations, perception par le patient, disparition d'autres symptômes fréquents. Si cet indicateur est peu renseigné (220 fois entre 2015 et 2021, soient pour 20% des patient.e.s suivi.e.s), les situations documentées permettent toutefois d'observer un délai médian d'amélioration de 8 mois et un délai moyen de 13 mois par rapport à la première consultation au CDS. Le délai moyen apparaît plus long chez les exilé.e.s originaires d'Afrique centrale et les personnes en situation de détresse sociale. L'augmentation du nombre des données permettra de préciser les éventuelles différences selon le tableau clinique et les caractéristiques des patient.e.s.

Le suivi psychologique recouvre des modes de prise en charge - thérapies d'orientation psychanalytique et/ou thérapies de soutien - adaptés à la situation du/de la patient.e, dans laquelle se nouent les effets du traumatisme psychique et la précarité sociale. Outre les violences subies, l'expérience de l'exil provoque un retentissement psychologique marqué par la séparation d'avec les proches, la découverte d'un environnement nouveau et inconnu. Enfin, la précarité sociale et administrative imposée aux demandeurs d'asile induit fréquemment une souffrance importante, encore majorée pour les personnes « dublinées » par le risque de renvoi dans un autre pays européen sans pouvoir poursuivre les soins entrepris en France.

CONSULTATIONS SOCIALES ET JURIDIQUES

Les assistantes sociales et juridiques ont effectué **1 036 consultations** (-10%), dont 30% en langue étrangère (interprète en présentiel 9%, tel. 14%), pour 318 patient.e.s. Les consultations d'écrivaine publique ont continué de se développer en 2002 (96, +71%). Le nombre moyen de consultations était de 3,3 et la durée moyenne de suivi de 33 mois. L'orientation est proposée par les autres consultant.e.s, ou directement par l'accueil en cas d'urgence, pour des interventions relatives à l'exercice des droits, ainsi que pour des activités de soutien social pour les personnes les plus vulnérables. En complément des consultations d'accueil, les interventions sociales incluent très souvent une aide à la vie quotidienne, directement ou à travers une orientation vers les partenaires publics ou associatifs.

Face à la détérioration des conditions d'hébergement des exilé.e.s (voir page 79), le Comede a développé un partenariat avec la Fondation Abbé Pierre pour défendre le droit à l'hébergement et au logement des exilés (voir encadré page suivante). Les carences des dispositifs publics d'hébergement d'urgence posent des problèmes particulièrement aigus pour les personnes en situation de détresse sociale. Dans ce contexte, l'accompagnement des familles est particulièrement difficile, qu'il s'agisse de la scolarisation des enfants ou de l'inscription dans un dispositif médical pérenne

Evolution de la vulnérabilité sociale au cours du suivi au Comede

Voir résultats d'observation dans le chapitre Etat de santé page 75

Les situations de vulnérabilité sociale des patient.e.s du Centre de santé sont régulièrement évaluées au cours du suivi. Sur une durée médiane de 7 mois entre la première et la dernière évaluation effectuée pour 1 269 patient.e.s entre 2017 et 2022, **la situation s'est améliorée en premier lieu sur le plan de la protection maladie** (+57 points, le taux des personnes dépourvues a baissé de 81% à 24%, voir tableau), et dans une moindre mesure sur le plan des ressources financières (+26, de 80% à 54%), de l'isolement relationnel (+26, de 59% à 33%), de l'accès à l'hébergement (+22, de 56% à 34%) et face aux difficultés de déplacement (+18, de 44% à 26%). L'amélioration est plus faible pour l'accès à l'alimentation (+12, de 29% à 17%), à un document de séjour (+11, de 36% à 25%), et la communication en français (+10, de 43% à 33%). **La part des patient.e.s en situation de détresse sociale a diminué de 30 points (de 47% à 15%).**

	Date médiane	1 pas Com.	2 Héb préc.	3 pas proche	4 diff. dépla.	5 pas séjour	6 pas PMal.	7 pas alim.	8 pas ress.	Dét. soc.
Première évaluat.	*20/11/18*	43%	56%	59%	44%	36%	81%	29%	80%	47%
Dernière évaluat.	*12/11/19*	33%	34%	33%	26%	25%	24%	17%	54%	17%

Le Comede utilise la combinaison des 8 critères de vulnérabilité sociale détaillés ci-dessous. Les personnes qui remplissent au moins 5 de ces 8 critères sont considérées en situation de détresse sociale, et bénéficient d'un accueil prioritaire au Centre de santé.

- *Alimentation. Lors des derniers jours, avez-vous pu manger à votre faim ? Vous êtes-vous privé d'un repas pour des raisons financières ?*
- *Langue. Pas de maîtrise orale suffisante du français ou de l'anglais pour demander son chemin, comprendre les résultats d'un bilan, effectuer une démarche*
- *Hébergement précaire. Y a -t-il des problèmes avec l'hébergement ? selon la personne*
- *Isolement relationnel. N'avoir personne sur qui compter, avec qui partager mes émotions*
- *Difficultés de déplacement, pour des raisons physiques (handicap) ou psychosociales (peur, coût du trajet etc.)*
- *Protection maladie. Absence de dispense d'avance des frais (ni C2S ni AME en cours)*
- *Séjour : pas de droit au séjour.*
- *Ressources financières : inférieures au plafond de la C2S/AME.*

Interventions sociales et juridiques pour l'accès à l'hébergement d'urgence

Au Centre de santé du Comede, les assistantes sociales caractérisent les situations d'urgence de mise à l'abri. En 2022, les 89 personnes concernées étaient pour moitié des femmes (51%, alors qu'elles représentent moins d'un tiers de la file active), jeunes (âge moyen 37 ans, de 22 nationalités, principalement Guinée (24%), Congo RD (17%), Côte d'Ivoire (12%), Bangladesh (12%) et Afghanistan (4%). Parmi les 188 situations caractérisées en 2022, on compte 26 demandes de logement social, 8 requêtes devant le tribunal administratif pour des recours Daho (Droit à l'hébergement opposable), 3 demandes de reconnaissance prioritaire Daho et 5 demandes de reconnaissance prioritaire Dalo (Droit au logement opposable).

(à l'hôpital ou en ambulatoire). Cette absence d'hébergement a également un effet sur l'accompagnement des femmes victimes de violences. Les assistantes sociales mobilisent du temps, leur réseau et parfois le Comede paie des nuitées d'hôtel pour mettre à l'abri des femmes qui pourtant devraient être prises en charge en urgence par le droit commun.

Par ailleurs l'accompagnement social et juridique est contraint par la dématérialisation. Les administrations sont de moins en moins accessibles au public, les démarches doivent se faire via internet. Ce nouveau mode de fonctionnement nécessite un accès à un ordinateur, à un scanner la plupart du temps, à une lecture et une compréhension du français, à une aisance avec la dématérialisation et à une préoccupation constante des délais. Afin de rendre un minimum possible l'autonomie des personnes accompagées, le Comede a développé un partenariat avec Emmaüs Connect afin d'équiper les patient.e.s en carte SIM, recharges et téléphone si besoin.

Enfin le Comede s'est inscrit dans une démarche de lutte contre la précarité menstruelle en permettant à toutes les femmes un accès gratuit à des serviettes hygièniques ou des culottes menstruelles par exemple et fournit par ailleurs des produits d'hygiène aux patient.e.s les plus précaires, dans le cadre d'un partenariat avec l'Agence du don en nature et avec l'association Dons solidaires.

MEDIATION SANTE ET ACTIVITES HORS-LES-MURS

L'équipe du Centre de santé du Comede a mis en place depuis 2021 des activités de médiation santé, qui se déploient notamment « hors-les-murs », essentiellement dans les bidonvilles et squats dans le Nord du Val-de-Marne. Les interventions sont réalisées en petite équipe, avec un.e ou deux médiateur.ice.s en santé, une assistante sociale, un.e médecin généraliste et un.e interprète. Les médiateurs et médiatrices en santé sont des professionnelles de santé dont le rôle consiste à créer une interface entre les populations vulnérables vivant en habitat précaire et en difficulté sur leur parcours de soin, et la diversité des intervenant.e.s en santé. L'objectif est de réduire les inégalités de santé en améliorant l'accès aux droits et aux soins tout en en favorisant l'autonomie des personnes, et de sensibiliser les professionnel.le.s aux difficultés de réalisation des parcours de santé. Pour ces raisons, la médiation en santé s'appuie sur l'« aller-vers », l'identification des difficultés, l'accompagnement, la coordination des soins grâce à une bonne connaissance des publics, l'interprétariat professionnel et des capacités d'écoute et de non jugement.

Sur l'ensemble de l'année 2022, **1 070 entretiens individuels** ont été effectués hors-les-murs au bénéfice de 250 personnes, lors de sorties en équipe pluridisciplinaire sur les terrains. Ces entretiens permettent de proposer un accompagnement dans l'accès aux soins et aux droits comme l'aide à la domiciliation, la demande de protection maladie, l'orientation vers une structure de santé (avec souvent aide à la prise de rendez-vous), ou encore l'explication des documents médicaux et administratifs. Sur l'ensemble de l'année, 46 sorties ont été réalisées pour 2 bidonvilles et 2 squats dans le Val de Marne. Les échanges ont eu lieu en langue étrangère dans les trois quarts

des cas (total 74%, roumain 70%, italien 3%), à l'aide d'un.e interprète professionnel.le (présentiel 55%, par tél. 11%) ou directement par des membres du Comede (5%).

Les besoins identifiés sont principalement des soins médicaux (total 62%, pour des enfants 25%, gynécoloqiques 7%), protection maladie (12%), soins dentaires (6%), soutien social (5%), domiciliation (5%), soins de prévention (5%) et suivi de grossesse (3%). Même si un.e médecin est présente lors de la sortie, nous ne réalisons pas de consultation sur place. Le but de cette activité de médiation est que les personnes rencontrées aient accès aux soins mais aussi qu'elles puissent s'orienter dans un système de santé complexe et connaître leurs droits. Quand les obstacles à l'accès aux soins sont tels que la prise en charge risque d'être trop retardée par rapport à ce que l'état de santé d'un.e patient.e impose, la personne est orientée en priorité sur le Comede. Au total, 30% sont ainsi effectuées vers le Centre de santé (médecine et vaccination 20%, médiation santé 6%, accueil et soutien social 4%), les autres l'étant vers les hôpitaux et Pass (18%), les services de domiciliation (10%), les services sociaux (8%), les CPEF (8%), et la médecine ambulatoire (8%).

Parmi les 250 bénéficiaires de cette action, 61 personnes ont été caractérisées en 2022 sur le plan du sexe et de la nationalité, et par classe d'âge. Il s'agit en majorité de femmes (56%) et d'enfants mineur.e.s (23%), toutes ces personnes étant de nationalité roumaine. Ces personnes se trouvent le plus souvent sans droit au séjour (51%) ou en demande d'asile (22%). Les deux tiers des adultes n'ont pas de droit aun séjour. Parmi ces personnes, 26 ont été accompagnées par le Comede lors de leurs rendez-vous dans différents dispositifs de soins et de prévention, en premier lieu maternités, gynécologie et PMI. Enfin, l'activité de médiation santé s'est également déployée au sein des consultations du Centre de santé, avec 31 consultations en 2022 pour 19 patient.e.s. Elles sont consacrées à faciliter l'accès aux soins, et conduisent à des orientations diverses, en particulier auprès des médecins, services de domiciliation et sécurité sociale.

GESTION ET PERSPECTIVES

Dans un contexte de forte dégradation des conditions d'accueil, d'accès aux soins et aux droits des exilé.e.s, les activités du Centre de santé du Comede constituent une ressource essentielle pour de nombreuses personnes en situation de grande vulnérabilité en Ile-de-France. Dans le contexte de locaux contraints depuis le printemps 2022, avec la fermeture d'une partie du bâtiment et la réalisation de travaux de consolidation, l'activité a pu être partiellement et provisoirement redéployée début 2023 dans le cadre du projet interassociatif « Les Arches citoyennes » situé dans les locaux de l'ancien siège de l'AP-HP, entre Châtelet et l'Hôtel de Ville, en attendant de pouvoir réintégrer l'ensemble des locaux initiaux à l'hôpital de Bicêtre début 2024 ■

L'EQUIPE DU CENTRE DE SANTE *en juillet 2023*

Rose Adu (Agente d'entretien), Antoine Affagard (Médecin consultant), Anne Argaud (Accueillante sociale), Assane Aw (Responsable de l'accueil), Muriel Bamberger (Psychologue référente), Andrea Barros-Leal (Psychologue consultante), Nils Castel (Médiateur santé), Anne-Marie Chemali (Accueillante bénévole), Guy De Gontaut (Accueillant bénévole), Chiara De Pascalis (Médiatrice santé), Perrine Dommange (Infirmière bénévole), Claire Fessard (Médecin référente), Lucie Fouchier (Accueillante sociale), Océane Gaigeot (Médecin référente), Louise Godard (Chargée de l'ostéopathie), Marie-Madeleine Gutle (Pharmacienne bénévole), Alexis Hazera (Podologue), Muriel Ini-Visse (Médecin bénévole), Claire Katembwe (Assistante de direction), Clémence Le Joubioux (Médecin consultante), Elsa Le Pape (Médecin consultante), Olivier Lefebvre (Coordinateur médical), Anne Legoff (Assistante sociale référente), Didier Maille (Coordinateur social et juridique), Bénédicte Maraval (Assistante sociale référente), Maila Marseglia (Coordinatrice santé mentale), Andrée Martins (Accueillante bénévole), Barbara Pellegri-Guegnault (Médecin consultante), Mathilde Petit (Chargée de l'observatoire et de la base de données), Marie Petruzzi (Médecin référente, Coordinatrice Paris), Jose Polo Devoto (Médecin référent), Joseph Rustico (Directeur du Centre de santé), Marion Tambourindeguy (Médecin référente), Lydie Tindo (Médecin consutante), Khalda Vescovacci (Coordinatrice prévention et promotion de la santé), Franck Vignal (Médecin bénévole), Laura Weinich (Médecin référente), Jorge Zwaig (Médecin bénévole), et les ostéopathes bénévoles Ingrid Climaud, Pierre Barral, Alexia Hisseli-Guevel et Nicolas Huet.

Contribution du Centre de santé à l'activité globale du Comede en 2022 :
44% des actes et 37% des bénéficiaires

Le Comede Paris à Championnet

Le Comede développe depuis 2018 des ateliers collectifs pour les personnes exilées dans ses locaux du 18ème arrondissement de Paris, et depuis 2021 des consultations individuelles ainsi que des permanences téléphoniques dédiées aux professionnel.le.s et associations. En 2022, le Comede Paris a dispensé **1 453 consultations, ateliers et entretiens** pour **556 bénéficiaires.** Soutenue principalement par la Mairie de Paris et l'ARS, l'activité a poursuivi son développement (+65% par rapport à l'année précédente), pour une approche globale de la santé des exilé.e.s en complément des activités du Centre de santé à Bicêtre. Si les ateliers (56%) et consultations (21%) constituent les trois quarts de l'activité, la majorité des bénéficiaires du Comede Paris sont accompagné.e.s par les permanences téléphoniques (55%).

En juillet 2023, l'équipe du Comede Paris (voir encadré page 42) est composée de 8 salarié.e.s et 5 bénévoles.

CARACTERISTIQUES DES CONSULTATIONS, ATELIERS ET PERMANENCES TELEPHONIQUES

Sur l'ensemble de l'année, l'équipe du Comede Paris a délivré 311 **consultations** pour une file active de 77 personnes. Cette activité associe des consultations sociales et juridiques (50% du total des consultations, incluant accueil social et écrivaine publique), de prévention et promotion de la santé (19%, éducation thérapeutique et consultation infirmière), médicales (19%, dont près de la moitié sont effectuées en binôme avec une intervenante sociale) et psychologiques (13%). La durée moyenne de suivi est de 11 mois avec en moyenne 4 consultations par personne sur l'année. Près d'un tiers des consultations ont été effectuées en langue étrangère (total 30%, psychologiques 44%), avec le concours d'un.e interprète professionnel.le dans un tiers des cas, principalement par téléphone jusqu'à présent. Parmi les 95 consultations concernées les principales langues utilisées sont l'anglais

Consultations, ateliers et permanences téléphoniques

Total actes	1453	100%	+65%	556	100%

Consultations et ateliers	n	%	22/21	File active n	File active %	Cs / Pers.	Suivi moyenne	Langue étrang.	Interp. prés.	Interp. par tél.
Total consultat.	311	21%	+37%	77	14%	4,0	11 mois	30%	3%	10%
socio-juridiques	154	11%	+56%	43	8%	3,6	14 mois	28%	1%	13%
prévention & ps	60	4%	+28%	17	3%	3,5	7 mois	27%	12%	3%
médicales	58	4%	+61%	19	5%	3,1	12 mois	33%	-	19%
psychologiques	39	3%	+86%	8	1%	4,9	8 mois	44%	3%	-
Total ateliers	808	56%	x3	175	31%	4,6				
pt accueil LGBTQI	513	35%	x14	140	25%	3,7				
activité physique	190	13%	+8%	15	3%	13				
santé bucco-dent.	26	2%	nouv	15	3%	1,7				
ETP & nutrition	24	2%	+9%	16	3%	1,5				
système de santé	22	2%	x2	7	1%	3,1				
Divers	33	2%	-	8	2%	4,1				

Permanences téléphoniques	n	%	22/21	File active n	File active %	Département 75	77	91	92	93	94
Total PT	334	23%	-7%	304	55%	60%	4%	3%	6%	11%	6%
sociale & juridique	189	13%	-14%	175	31%	52%	5%	4%	9%	12%	7%
médicale & psych.	145	10%	+4%	129	23%	70%	4%	1%	2%	11%	4%

(55%), le bangali (29%) et le pular (7%). Les consultations sociales, juridiques et médicales portent en particulier sur les questions d'accès aux soins et de droit de la santé (accompagnement des demandes de carte de séjour pour raison médicale, double demande asile & raison médicale, interventions face aux retards, restrictions et refus de soins, dettes hospitalières). Les consultations dédiées à la prévention intègrent l'ensemble des actions d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique, ou encore la vérification ou l'orientation pour la réalisation du bilan de santé. Les consultations psychologiques ont concerné des des personnes exilées LGBTQI, en complément des activités de groupe.

En 2022, les **ateliers** collectifs ont contribué à plus de la moitié de l'activité du Comede Paris (56%), avec 808 participations concernant 175 bénéficiaires (en moyenne 4,6 participations par personne). Avec 513 participations pour 140 personnes, les 2 groupes de parole dédiés aux personnes LGBTQI (un groupe destiné aux femmes et un groupe destiné aux hommes) ont constitué les deux tiers des activités d'ateliers, et près d'un tiers de l'activité globale du dispositif sur l'année. Animés par 2 psychologues, ces groupes ont rencontré une forte adhésion des bénéficiaires. Egalement animés en binôme, les autres ateliers recouvrent une grande diversité de sujets de prévention et promotion de la santé, principalement consacrés à l'activité physique adaptée (24% de l'activité des ateliers, en partenariat avec Viacti), santé bucco-dentaire (3%), ETP et nutrition (3%), et appréhension du système de santé (3%).

Animées sur 2 demi-journées par semaine, les **permanences téléphoniques** (PT, voir aussi Centre-ressources page 17) ont traité 334 appels en 2022 (PT sociale et juridique 57%, PT médicale 39%) et méls (5% des réponses), au bénéfice de 304 bénéficiaires caractérisé.e.s. Les appels proviennent principalement des départements de Paris (60%), puis de la Seine-Saint-Denis (11%), du Val-de-Marne (6%), des Hauts-de-Seine (6%), de la Seine-et-Marne (4%), et de l'Essonne (3%).

Orientation vers et depuis le Comede Paris

334 appels et 135 personnes accueillies (Cs et ateliers)

2022	PT	*orient.*	Cons.
effectifs	334	*68*	135
Associations	37%	*63%*	93%
Ardhis	-	-	8%
Basiliade	8%	-	-
Cimade	1%	*4%*	2%
Comede	1%	*56%*	31%
Droit d'urgence	3%	-	-
Médecins du monde	1%	-	-
Médecins sans front.	1%	-	12%
Melting Point	-	-	29%
Secours catholique	2%	-	1%
Avocats	3%	*7%*	1%
Particuliers	7%	-	3%
Famille	1%	-	2%
Personne concernée	5%	-	1%
Services publics	43%	*12%*	-
Assistante sociale	12%	*1%*	-
Travailleuse sociale	15%	-	-
CHRS & médicalisé	2%	-	-
Samu social & 115	6%	-	-
Services de santé	16%	*21%*	3%
Hôpital	14%	*10%*	2%
dont AS	12%	*4%*	1%
Médecine de ville	2%	*10%*	1%

Les **orientations** vers le Comede (voir tableau ci-dessus) sont effectuées en premier lieu par les associations (37% des PT et 93% en consultation, notamment Comede, Melting Point, MSF, Basiliade et Ardhis), les services publics (43% PT, en particulier les travailleuses sociales, AS et Samu social) et les services de santé (16% PT, en premier lieu l'hôpital). Au terme de l'appel, une orientation est proposée dans 20% des cas, principalement vers une association (63% des orientations, majoritairement vers les autres dispositifs du Comede), un service de santé (21%), un service public (12%), ou un.e avocat.e.

Les **demandes** documentées dans les permanences téléphoniques (350) portent essentiellement sur les aspects socio-juridiques. Elles se répartissent entre le droit au séjour pour raison médicale (64%), accès aux soins (7%) et autre accompagnement social et juridique (21%). Sur le plan quantitatif, ces données devront être complétées à l'avenir afin de mieux rendre compte de la diversité des sollicitations et des besoins dans le domaine des soins médico-psychologiques.

Personnes accompagnées par le Comede Paris (tous actes)

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE SELON LA REGION D'ORIGINE

2022	Ensemble					Hommes				Femmes			
Région d'origine	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	5	1%		3	2					5		3	2
Afrique centrale	109	20%	10	90	9	37	4	29	4	72	6	61	5
Afrique de l'Est	2	<1%		1	1	2		1	1				
Afrique du Nord	73	13%	3	57	13	35	2	27	6	38	1	30	7
Afr. de l'Ouest	267	48%	35	227	5	162	24	133	5	105	11	94	
Amér. du Sud	5	1%		3	2					5		3	2
Asie centrale	9	2%		9		7		7		2		2	
Asie de l'Est	6	1%		6		2		2		4		4	
Asie du Sud	37	7%	1	31	5	28	1	23	4	9		8	1
Caraïbes	6	1%		6		4		4		2		2	
Europe de l'Est	27	5%	2	21	4	17	1	14	2	10	1	7	2
Europe de l'Ou.	5	1%	1	3	1	2		2		3	1	1	1
Moyen-Orient	5	1%		5		5		5					
Total	556	100%	52	462	42	301	32	247	22	255	20	215	20

CARACTERISTIQUES DES PERSONNES SOUTENUES

Les 1 453 entretiens, consultations et ateliers ont concerné **556 personnes** en 2022, dont 255 femmes (46%, voir tableau ci-dessus), 52 enfants mineurs (9%), 42 migrant.e.s âgé.e.s ≥60 ans (8%), et au moins 29 demandeurs d'asile (6%, outre celles et ceux participant aux ateliers, non documenté.e.s). Ces exilé.e.s sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (48%, par nombre décroissant Guinée, Côte d'Ivoire, Mali et Sénégal, voir page suivante détail des nationalités des personnes accueillies), d'Afrique centrale (20%, Congo RD, Cameroun, Congo), d'Afrique du Nord (13%, Algérie), d'Asie du Sud (7%, Bangladesh) et d'Europe de l'Est (5%, Georgie).

Les exilé.e.s accompagné.e.s par le Comede Paris sont jeunes (âge moyen 34 ans en consultation, 38 ans dans le cadre ds PT, voir tableau ci-dessous) et récemment arrivé.e.s en France (en moyenne depuis 2,5 ans en consultation, 3 ans dans les PT). Ces personnes sont majoritairement atteintes d'une maladie grave et/ou chronique (62% Cs, 80% PT). Près de la moitié des bénéficiaires des PT ont fait une demande d'asile par le passé ou en cours (45%), et il en est de même pour les demandes de titre de séjour pour raison médicale (47%). Les femmes sont plus souvent atteintes de maladie grave. Les exilés d'Afrique de l'Ouest sont plus souvent des hommes, plus jeunes et ont plus souvent fait une demande d'asile et/ou une demande de carte de séjour « étranger malade ».

Personnes accompagnées par le Comede Paris (PT & consultations)

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

2022	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. Grave	ATCD Asile	ATCD Dasem
Cs total	77	14%	32%	33 ans	34 ans	2,5 ans	4 ans	62%	nc	nc
PT total	304	55%	46%	36 ans	38 ans	3 ans	5 ans	80%	45%	47%
PT femmes	141	25%	100%	36 ans	39 ans	3 ans	4 ans	84%	40%	45%
PT Afrique O.	144	26%	42%	33 ans	33 ans	3 ans	3,5 ans	75%	43%	52%

Personnes accueillies dans les consultations et les ateliers à Paris

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE SELON LA REGION D'ORIGINE

2022	Ensemble					Hommes				Femmes			
Région d'origine	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	2	1%			2					2			2
Afrique centrale	67	27%	8	55	4	20	2	17	1	47	6	38	3
Afrique de l'Est	1	<1%		1		1		1					
Afrique du Nord	14	6%		12	2	5		4	1	9		8	1
Afr. de l'Ouest	123	49%	30	89	4	79	20	55	4	44	10	34	
Asie centrale	3	1%		3		2		2		1		1	
Asie de l'Est	2	1%		2		2		2					
Asie du Sud	26	10%	1	22	3	19	1	15	3	7		7	
Caraïbes	4	2%		4		3		3		1		1	
Europe de l'Est	7	3%	1	6		6	1	5		1		1	
Europe de l'Ou.	2	1%		1	1					2		1	1
Moyen-Orient	1	<1%		1		1		1					
Total	252	100%	40	196	16	138	24	105	9	114	16	91	7

32 nationalités : Guinée Conakry 32, Côte d'Ivoire 31, Congo RD 29, Cameroun 18, Mali 17, Bangladesh, Sénégal 16, Congo 13, Algérie 10, Nigeria 9, Tchad 7, Sierra Leone 6, Mauritanie, Georgie, Sri Lanka 5, Haïti, Togo 4, Afghanistan, Bénin, Pakistan 3, Burkina Faso, Ile Maurice, Inde, Maroc, Roumanie, Tibet, Tunisie 2, Angola, Gabon, Guinée Bissau, Irak, Soudan 1

Maladies graves observées parmi les personnes accueillies (Cs)

2022	n	%
Maladies chroniques NT	38	62%
Asthme persistant	4	7%
Diabète	14	23%
Maladies cardio-vasculair.	7	11%
Maladies infectieuses	12	20%
Infection par le VHB	8	13%
Infection par le VIH	3	5%
Troubles psychiques	11	18%
Total	61	100%

Maladies graves déclarées parmi les bénéficiaires des PT

2022	n	%
Maladies chroniques NT	213	62%
Cancer	28	8%
Diabète	35	10%
Drépanocytose maladie	18	5%
Maladies cardio-vasculair.	24	7%
Maladies rares	12	3%
Nephrologie/dialyse	13	4%
Neurologie	17	5%
Maladies infectieuses	84	24%
Infection par le VHB	34	10%
Infection par le VIH	35	10%
Tuberculose	11	3%
Troubles psychiques	48	14%
Total	345	100%

Les maladies graves les plus souvent déclarées parmi les appelant.e.s ou constatées chez les patient.e.s sont les maladies chroniques non transmissibles (62% dans les 2 groupes), principalement le diabète (10% PT et 23% Cs), les maladies cardiovasculaires (7% PT et 11% Cs), les cancers (8% PT), la drépanocytose (5% PT), et les affections neurologiques (5% PT). Les maladies infectieuses représentent 24% des PT (VHB et VIH, 10%) et 20% en consultations (VHB 13%), et les troubles psychiques 18% des consultations et 24% des PT. Ces derniers sont sous-représentés par rapport à la répartition épidémiologique au sein des populations exilées (voir Etat de santé page 83), alors que les cancers, affections nephrologiques et maladies rares sont sur-représentées.

Cette répartition des maladies graves est liée aux activités développées par le dispositif, en particulier la part des permanences téléphoniques (voir Centre-ressources) et des consultations notamment dédiées au droit au séjour pour raison médicale et à l'éducation thérapeutique. Le développement des consultations psychologiques destinées aux personnes LGBTQI devrait voir augmenter, à l'avenir, la part des troubles psychiques.

VIOLENCE DE GENRE ET APPROCHES COLLECTIVES EN SANTE MENTALE

La disposition des locaux et l'accessibilité du Comede Paris permettent d'y organiser prioritairement les ateliers collectifs à la fois pour les exilé.e.s, notamment dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé (voir supra), ainsi que pour les membres de l'équipe du Comede (organisation de sessions de travail) et les partenaires (stages de formations, réunions associatives et institutionnelles). Parmi les ateliers collectifs, deux projets successufs se sont inscrits plus spécifiquement dans le champ de la santé mentale pour des personnes ayant subi des violences de genre : l'atelier de danse pour les femmes, et les groupes de parole pour les personnes LGBTQI.

Actif entre 2014 et 2021, **l'atelier thérapeutique de danse** du Comede était destiné aux femmes exilées, et s'est déroulé dans les locaux du Centquatre Paris (19è). Souvent victimes de violences, ces femmes se trouvent le plus souvent en situation de suspension administrative, sociale et psychique. co-construit par la psychologiue animatrice, la bénévole intervenant en binôme et les participantes, cet atelier permettait de mêler danses traditionnelles, « phrases » dansées inspirées de la danse contemporaine, relaxation et échange. Le dispositif s'inscrit dans un cadre thérapeutique clinique prenant en compte les questions du trauma et de la mémoire traumatique, tout en proposant de travailler à partir de « l'ici et maintenant » pour opérer une ouverture vers un avenir possible. L'appui sur le collectif de femmes est un tissage nécessaire pour soutenir la re-création de liens sociaux.

Entravé par les périodes de confinement durant l'épidémie de Covid, cet atelier du Comede Paris n'a pu reprendre depuis lors faute de participantes. Il a toutefois servi de modèle pour un autre atelier thérapeutique de danse mis en place par le Comede à Saint-Etienne (voir Comede Loire page 45).

La lettre du Comede

Numéro 75

MAUX d'exil

Éditorial

Exilé·es et violences de genre

Laure Feldmann,
Médecin, membre du Conseil d'administration du Comede

Parmi les exilé.es, les personnes LGBTI qui demandent l'asile au motif des persécutions subies dans leur pays d'origine du fait de leur orientation sexuelle ou identité de genre sont particulièrement vulnérables, car cumulant plusieurs facteurs d'exclusions. Elles viennent de pays où la sexualité est fréquemment taboue et les sexualités queer (désigne des personnes qui s'identifient à un genre ou à une orientation sexuelle qui ne correspond pas aux normes sociales) réprimées, criminalisées voire même passibles de la peine de mort.

La stigmatisation que subissent les exilé.es ainsi que le psychotraumatisme qui accompagne parfois le parcours d'exil agissent alors comme des facteurs limitant l'affirmation de soi et la verbalisation du récit de vie de ces exilé.es. En matière de protection, les instances de reconnaissance du statut de réfugié.e étant censées évaluer la « crédibilité de l'orientation sexuelle alléguée par le demandeur », les exilé.es se retrouvent pris.e.s dans une logique de tri qui peut s'ériger en leur détaveur.

De l'irrégularité du séjour aux difficultés à se loger, de la précarité financière aux problématiques d'accès aux soins, les discriminations subies par les exilé.es LGBTI et les travailleur.ses du sexe se révèlent multiples, et pourtant la crainte d'un jugement négatif des soignant.es leur font parfois renoncer aux soins...
Il semble nécessaire de former les soignant.es à un accompagnement personnalisé des exilé.es LGBTI, la neutralité, présumablement hétéronormée, ne pouvant pas prévaloir dans ce domaine là ; indispensable également d'associer dans le parcours de soins les communautés LGBTI, les associations luttant contre les violences endurées par celles-ci ; enfin, d'intégrer la médiation en santé dans le processus de soins, afin de déconstruire les stéréotypes de genre et d'accompagner les patient.es et les soignant.es dans un dialogue et un lien de confiance.

© Canva

Queers en exil, inégalités silencieuses

Le statut migratoire des personnes queers est bien souvent intimement lié à leur orientation sexuelle et/ou de genre. Contraint·es à quitter leur pays en raison des persécutions et des discriminations qui les menacent, les exilé·es queers éprouvent en France d'autres formes d'inégalités. L'accueil et l'accompagnement en matière de santé encore trop souvent empreints d'hétéronormativité représentent des défis importants. Nous devons collectivement repenser nos pratiques afin de cesser les discriminations. C'est justement l'engagement des auteurs et autrices de ce dossier qui nous exposent les enjeux et les solutions vers plus d'inclusivité dans l'accueil et l'accompagnement médico-social des personnes queers.

Sommaire septembre 2023

Instruire l'intime : la demande d'asile au motif de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre p. 2
Adrienne Rodriguez Cruz, cheffe de file du groupe thématique Orientation sexuelle et identité de genre, Ofpra

Une homophobie latente mise en lumière par le vécu des exilés en Outre-Mer p. 4
Frédérique Viaud, responsable programmes régionaux à Sidaction

Construire une offre de santé globale pour les personnes trans : un exemple de démarche communautaire en santé p. 5
Giovanna Rincon, directrice, Simon Jutant, co-directeur d'Acceptess-T

Refuser les violences structurelles invisibles p. 7
Mathilde Klening, psychologue au Comede Paris

Le Comede Paris accueille également depuis 2020 une doctorante en psychopathologie dont les recherches portent sur l'**accompagnement des personnes exilées LGBTQI**. Ces personnes ont fait face à de multiples violences (verbales, physiques, psychologiques), depuis le pays d'origine, pendant le parcours d'exil et qui se poursuivent souvent sur le territoire français. Les obstacles à l'accès aux soins que connaissent les exilé.e.s se doublent de difficultés spécifiques parmi les personnes LGBT. Le Comede Paris a ainsi mis en place un dispositif dédié à l'accès aux soins de santé mentale pour cette population, en identifiant un réseau de partenaires et en allant à la rencontre des personnes concernées. Deux groupes de paroles et un temps de consultation individuel sont proposés à toute personne s'identifiant comme issue d'une minorité sexuelle ou de genre et qui en ferait la demande.

En 2022, 140 personnes participé à ces activités (prinncipalement au sein des groupes, alors que 8 patient.e.s ont également été suivi.e.s en consultation individuelle. Relatée dans le dossiers de Maux d'exil de septembre 2023 (voir encadré supra), cette expérience confirme

l'importance de faciliter l'accès à un.e psychologue pour les personnes qui le souhaitent, à coordonner avec les suivis médical et social existants. La localisation des groupes de parole au centre LGBT de Paris, bien repéré par la population LGBTQI+ en exil, constitue un facteur d'adhésion, permettant également de distinguer les espaces de suivi en individuel et en collectif, tant pour le cadre que pour les thérapeutes). Les groupes sont coanimés par deux psychologues, l'un est destiné aux hommes/gay/HSH, et l'autre aux femmes/lesbiennes/FSF.

Pour faciliter la venue des personnes et leur mise en lien, les groupes sont ouverts pour « y venir à l'envie », autant de fois que l'on souhaite, au rythme auquel on peut. Des groupes virtuels ont été créés sur Whatsapp, utilisés comme vecteurs d'échanges d'information ainsi que comme plateforme de soutien et de mise en lien, avec le téléphone. Dans les groupes, les échanges se font autour de l'expérience des violences (pays, trajet, en France ; sur le plan institutionnel/administratif, racisme, sexisme, homophobie…), ainsi que des difficultés somatiques et psychologiques mais aussi de la demande d'asile et des échéances liées à celle-ci. Y sont également partagées les différentes stratégies pour « survivre au quotidien ».

Les groupes révèlent deux fonctions majeures : d'une part un espace d'échange et de soutien où l'on se sent en sécurité et soutenu.e (« parler, ça rend le problème moins présent ») ; et en tant que dispositif « d'aller vers », le groupe sert aussi de porte d'entrée à l'accès au soin individuel, médico-psycho-social au sein du dispositif du Comede Paris.

GESTION ET PERSPECTIVES

Le Comede Paris développe l'ensemble des activités de l'association sur la Ville et la région, à la fois sur le plan de l'accueil, du soin et de l'accompagnement, en individuel et en collectif, et en matière de centre-ressources pour les professionnel.le.s, notamment avec les permanences téléphoniques et les formations. Pour l'avenir, la pérennité et le développement de ces activités nécessitent des ressources supplémentaires sur le plan financier et RH, mais également d'aménagement des locaux afin de pouvoir augmenter les possibilités de consultation individuelle dans les conditions de confidentialité requises.

Parmi les priorités à venir, le Comede Paris doit poursuivre la diversification de son offre de soins et d'accompagnement pludisciplinaire, à la fois au sein du dispositif et avec son réseau de partenaires, un partenariat opérationnel étant notamment entrepris avec la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de Paris 20ème. Les activités s'adressant à des publics spécifiques, notamment pour les femmes victimes de violence ou les personnes LGBTQI, doivent également être consolidées et développées ■

L'EQUIPE DU COMEDE PARIS *en juillet 2023*

Karine Crochet (Coordinatrice Paris), Perrine Dommange (Infirmière bénévole), Lucie Fouchier (Accueillante sociale), Danièle Fuchs (Juriste bénévole), Mathilde Kiening (Psychologue consultante), Elsa Le Pape (Médecin consultante), Rebekka Lichtsteiner (Assistante sociale consultante), Andrée Martins (Accueillante bénévole), Patrick Mony (Juriste consultant), Marie Petruzzi (Coordinatrice Paris), Sarah Schulmann (Psychologue bénévole), Marion Tambourindeguy (Médecin référente), Monique Valentino (Médecin bénévole), Khalda Vescovacci (Coordinatrice prévention et promotion de la santé) et Zornitza Zlatanova (Psychologue référente).

Contribution du Comede Paris à l'activité globale du Comede en 2022 :
7% des actes et 7% des bénéficiaires

Activités du Comede au Centre MSF à Pantin

Depuis 2017, dans le cadre d'un partenariat avec Médecins sans frontières, le Comede prend en charge la santé mentale des Mineurs non accompagnés (MNA) reçus au centre d'accueil de jour de Pantin géré par MSF. Ce centre accueille des mineurs étrangers non reconnus mineurs par les conseils départementaux, et propose un accompagnement dans les démarches juridiques, sociales et de santé, avec recours possible à une psychothérapie. Les consultations y sont effectuées par des psychologues des deux associations.

L'absence de reconnaissance de leur minorité prive ces mineurs de la protection de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et les empêchent d'être inscrits dans les dispositifs d'aide, de soin et de scolarisation. Ils vivent souvent dans la rue, bénéficiant d'hébergement ponctuel. Leur accès aux soins est mis à mal par leur statut juridique indéfini : se déclarant mineurs, il leur est difficile d'accéder à une prise en charge sans autorisation parentale ou administrative ; non reconnus comme mineurs, ils ne bénéficient pas de l'accompagnement de l'ASE vers les structures de soin. Faute de protection par les services de l'ASE et dans l'attente des résultats des recours juridiques, les besoins fondamentaux sont au premier plan, particulièrement en matière d'hébergement où la solidarité des collectifs citoyens vient en partie suppléer les défaillances de l'Etat.

Médecins sans frontières, www.msf.fr

Médecins Sans Frontières est une association médicale humanitaire internationale. Depuis 1971, MSF apporte une assistance médicale à des populations dont la vie ou la santé sont menacées, en France ou à l'étranger : principalement en cas de conflits armés, mais aussi d'épidémies, de pandémies, de catastrophes naturelles ou encore d'exclusion des soins. Les équipes de MSF agissent dans le respect de l'éthique médicale et des principes de l'action humanitaire, sans discrimination et en portant la priorité vers les personnes en danger.

CONSULTATIONS ET PATIENT.E.S

En 2022, les psychologues du Comede et de MSF ont délivré **2 015 consultations** de santé mentale pour **186 patient.e.s,** soient 41% des 552 jeunes inclus au centre. Chaque patient.e a ainsi bénéficié en moyenne de 11 consultations sur la période. Les orientations vers le pôle santé mentale ont été effectuées principalement par les infirmières (63%) et l'équipe d'accueil (18%). Prés de la moitié des consultations ont eu lieu à l'aide d'un.e interprète professionnel.le, principalement en soninke, bambara, dioula, wolof, pular, arabe, lingala, kryo, soussou, bengali et pachtou, alors que l'anglais et le portugais ont également été utilisés directement par les psychologues. L'activité a été complétée par des groupes de parole, avec 72 participations des jeunes en 2022.

Les 186 mineur.e.s suivi.e.s en psychothérapie étaient très majoritairement des garçons (84%), même si la proportion de jeunes filles augmente au cours des dernières années (30 en 2022, soient 16%). Ces jeunes étaient principalement originaires de Côte d'Ivoire (37%), de Guinée (19%), du Cameroun (13%), du Mali (10%), du Congo RD (7%), et de Sierra Leone (4%). Leur parcours d'exil les a conduit.e.s majoritairement à travers le Maroc et l'Espagne (42%), ainsi que la Lybie et l'Italie (30%).

Les principaux diagnostics enregistrés ont été pour plus de la moitié des syndromes psychotraumatiques et traumas complexes (56%), puis des troubles de l'ajustement (24%) et des troubles dépressifs (6%). Les symptômes dont ils et elles souffrent sont en premier lieu la tristesse (88%), des insomnies (79%), des épisodes de reviviscence traumatique (64%), de l'anxiété (64%), puis des troubles de la concentration (36%), plaintes somatiques (29%), instabilité émotionnelle (27%), hypervigilance (23%), idées suicidaires (21%), troubles de la mémoire (15%), irritabilité (13%) et conduites à risque (9%). Sur l'ensemble de

l'année, 120 orientations ont été effectuées vers des dispositifs de santé mentale, pour évaluation psychiatrique et suivi (CPOA, Ciapa, Capsy, Pass Hôtel Dieu, Pass Mondor, Urgences psychiatriques Hôpital Avicenne), suivi psychothérapeutique (Maison des femmes 93, CMS Boursault), prise en charge spécialisée (maternité Port Royal, hôpital Avicenne, Csapa, La corde Raide), ainsi qu'en milieu associatif, vers les lieux de vie des jeunes ou encore les médecins traitants. Neuf hospitalisations ont eu lieu en service de psychiatrie.

FACTEURS DE RISQUE ET TROUBLES PSYCHIQUES

Le parcours d'exil de ces jeunes mineurs comporte des risques pour la santé mentale depuis le pays d'origine jusqu'au pays d'accueil. Dans le pays d'origine, plus de la moitié des jeunes décrivent une famille désorganisée (60%), le décès d'un.e proche (52%), près de la moitié des conflits familiaux (46%), et un quart des conflits avec d'autres personnes (22%). Un jeune sur cinq est originaire d'une zone de guerre ou de conflit (18%), et 1 sur 4 a été blessé (24%). Un jeune sur 10 a subi des violences sexuelles. Les enfants des rues sont relativement peu nombreux (4%).

Pendant le trajet vers l'Europe et la France, 84% ont affronté la traversée de la Méditerrannée dans une embarcation de fortune, et 18% ont survécu à un naufrage. La plupart ont été témoins de violence (63%), 23% ont perdu leurs soutiens durant le trajet, 16% ont traversé des zones de guerre, 16% ont été prisonniers ou kidnappés, 16% ont subi des tortures ou traitement inhumains, 11% ont perdu un proche, et 4% sont des victimes de traite des êtres humains. En France, 65% ont connu des périodes sans aucun hébergement, « dans la rue » et 48% ont connu des difficutés d'accès à l'alimentation. Quatorze pour cent de ces jeunes ont fait une demande d'asile. Sur le plan clinique, on observe qu'un nombre important des jeunes bénéficient d'un suivi psychologique sans pour autant présenter un tableau clinique relevant du psychotraumatisme ou de la dépression. Ils et elles éprouvent une détresse massive et réactionnelle à la précarité de leur vie en France, qui se manifeste par une humeur triste, de l'anxiété, des troubles du sommeil (insomnies), des troubles de la concentration, des mouvements de retrait social, un sentiment d'impossibilité à faire face, à faire des projets ou à tenir dans la situation actuelle. Elle peut également se traduire par des idées suicidaires. Les jeunes qui souffrent de ces troubles connaissent souvent une première phase au cours de laquelle l'anxiété est majeure. S'ensuit une seconde phase pendant laquelle l'aspect dépressif prédomine. Les désinvestissements apparaissent, ainsi que la tendance à l'isolement et le retrait social. C'est pendant cette seconde phase que les idées suicidaires peuvent émerger ■

Présenté en conférence de presse fin 2021, le rapport *La santé mentale des mineurs non accompagnés – Effets des ruptures, de la violence et de l'exclusion*, qui alertait sur les conséquences de l'exil et de la politique de non-accueil de la France sur la santé mentale d'un nombre important de MNA non pris en charge par l'ASE, a fait l'objet de plusieurs conférences dédiés aux intervenant.e.s de terrain en 2022 et 2023.

LES INTERVENANTES DU COMEDE A MSF PANTIN
en juillet 2023

Muriel Bamberger (Psychologue référente), Andrea Barros-Leal (Psychologue consultante) et Malia Marseglia (Coordinatrice du pôle santé mentale).

Le Comede Loire/Aura à Saint-Etienne

Fondé en 2012 en tant que membre associé du Comede et intégré à l'association en 2019, le Comede Loire développe bénévolement depuis 2017 des consultations de santé mentale pour les personnes exilées à Saint-Etienne, et depuis 2019 un atelier de danse destiné aux femmes. Le soutien de l'ARS et de la DDCS Loire et de France Relance a permis le renfort de plusieurs salariées en 2022 et l'installation d'un local du Comede au centre de Saint-Etienne. En outre, les permanences téléphoniques nationales du Comede, notamment effectuées depuis Grenoble et Lyon, consacrent une partie de leur activité à l'accompagnement de bénéficiaires résidant dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

En 2022, l'équipe du Comede a dispensé **1282 consultations, ateliers et entretiens** pour **417 bénéficiaires** résidant dans la région, dont les patient.e.s du Comede Loire accueilli.e.s à la Maison des associations puis au Comede, l'activité ayant presque doublé par rapport à l'année précédente (+86%). Si les consultations constituent la plus grande part de l'activité (72%), plus de la moitié des bénéficiaires du Comede en région Aura sont accompagné.e.s par les permanences téléphoniques (61%). En juillet 2023, l'équipe du Comede Loire (voir encadré page 48) est composée de 5 salariées et 2 bénévoles.

CONSULTATIONS, ATELIERS ET ET PERMANENCES TELEPHONIQUES, DONNEES QUANTITATIVES

En 2022, 919 **consultations** ont été effectuées (+65% par rapport à l'année précédente) au bénéfice de 140 patient.e.s. Il s'agit principalement de consultations de santé mentale, avec 613 consultations psychologiques (67% du total des consultations), 192 consultations psychiatriques (21%, effectuées le plus souvent en binôme), ainsi que 110 consultations d'accueil social (12%). La durée moyenne de suivi est de 6 mois, avec en moyenne 6,7 consultations par personne sur l'année. Un quart des consultations (26%) ont eu lieu en langue étrangère, avec le concours d'un.e interprète professionnel.le dans 88% des cas (23% au total, 1% en présentiel et 22% par téléphone). Parmi les 243 consultations en langue étrangère, les principales langues utilisées sont l'albanais et le dari (16%), l'anglais (15%), l'ukrainien (11%), l'amharique (7%), le pachtou, l'arménien et l'espagnol (5%), l'arabe (4%) et le portugais (3%).

Animées en binôme, les activités **d'ateliers** collectifs ont également pu reprendre en 2022, après les difficultés liées aux périodes de confinement lors de la pandémie de Covid. Au total, 109 participations ont été enregistrées

Consultations, atelier danse et permanences téléphoniques

Total actes	1282	100%	+86%	417	100%

Consultations et atelier	n	%	22/21	File active n	File active %	Cs / Pers.	Suivi moyenne	Langue étrang.	Interp. prés.	Interp. par tél.
Total consultat.	919	72%	+65%	140	34%	6,7	6 mois	26%	1%	22%
psychologiques	613	48%	+84%	97	11%	6,3	6 mois	31%	2%	25%
psychiatriques	192	15%	-14%	53	6%	3,6	6 mois	9%	-	4%
accueil social	110	9%	nouv	54	6%	2,0	6 mois	33%	1%	31%
Ateliers collectifs	109	9%	x12	24	3%	4,5				

Permanences téléphoniques	n	%	22/21	File active n	File active %	Département 07	38	42	63	69	73
Total PT Aura	254	20%	+94%	253	61%	2%	34%	14%	3%	38%	2%
sociale & juridique	145	11%	x2	128	31%	3%	21%	16%	4%	49%	1%
médicale & psych.	109	9%	+56%	125	30%	2%	50%	12%	2%	26%	3%

pour 24 bénéficiaires, en premier lieu dans le cadre de l'atelier thérapeutique de danse (109 participations). Conçu sur le modèle de celui du Comede Paris (voir page 41), cet atelier accueille des femmes orientées pour moitié par les consultations du Comede, ainsi que par le Cada de l'Entraide Pierre Valdo, l'EMPP et le CHRS de l'Acars. En outre, fin 2022 a été animée une première séance de groupe de parole consacré aux questions de vie affective et santé sexuelle, pour 10 mineurs non accompagnés.

Les patient.e.s sont adressé.e.s vers le Comede Loire par des associations (total 38%, voir tableau ci-contre), des services publics (36%, Cada et dispositifs d'hébergement pour les demandeurs d'asile 14%, Aide sociale à l'enfance 8%, Pada 7%, travailleurs sociaux 7%), puis les services de santé (14%, hôpital et Pass 11%). Au terme des consultations, seules 24 orientations ont été caractérisées en 2022, vers les services de santé (58%, médecine de ville 38%, hôpital 13%) et les associations (42% dont la moitié vers les autres dispositifs du Comede).

S'il n'existe pas encore, en 2022, de **permanences téléphoniques** dédiées aux professionnel.le.s pour la région Aura, comme c'est le cas dans les autres régions où intervient le Comede, on peut constater que 9% des appels des permanences téléphoniques nationales ont été sollicitées par des personnes résidant ou exerçant en Auvergne-Rhône-Alpes. Cette activité correspond à 254 appels sur l'année, soit le double de l'année précédente (+94%), partagées en les permanences sociales & juridiques (57%) et médicale & psychologique (43%).

Les appels proviennent en particulier du Rhône (total 38%, PT SJ 49%), de l'Isère (34%, PT MP 50%) et de la Loire (14%), ce qui correspond aux trois départements où interviennent des membres du Comede dans la région : l'équipe du Comede Loire à Saint-Etienne, une juriste salariée assurant la PT sociale & juridique depuis Lyon et des médecins bénévoles

Orientation vers et depuis le Comede Loire

140 patient.e.s et 24 orientations (Consultations)

2022	admission	orientation
Associations	38%%	*42%*
Cimade	2%	-
Comede	3%	*21%*
Renaître	2%	-
Collectifs	2%	-
Services publics	36%	-
ASE	8%	-
Assistante sociale	3%	-
Travailleur social	7%	-
Cada et héb. asile	14%	-
Pada	7%	-
Services de santé	14%	*58%*
CPEF	-	*8%*
EMPP	2%	-
Hôpital dont Pass	11%	*13%*
Médecine de ville	-	*38%*

assurant la PT médicale & psychologique depuis Grenoble, ce qui témoigne d'une dynamique de réseau identifié autour de l'accompagnement des personnes exilées (voir encadré ci-dessous). Les demandes documentées dans les permanences téléphoniques pour la région Aura (296) portent essentiellement sur les aspects socio-juridiques. Elles se répartissent entre le droit au séjour pour raison médicale (57%), accès aux soins (12%) et autre accompagnement social et juridique (22%). Sur le plan quantitatif, ces données devront être complétées à l'avenir afin de mieux rendre compte de la diversité des sollicitations et des besoins dans le domaine de l'accompagnement médico-psychologique.

Activité interassociative à Grenoble

Trois médecins bénévoles du Comede, résidant à Grenoble et en Isère, développent des activités d'accompagnement des migrant.e.s, de soutien aux professionnel.le.s et de plaidoyer pour la santé et l'accès aux soins des exilé.e.s :

- contribution aux permanences téléphoniques médicales & psychologiques nationales ;
- animation des réunions mensuelles d'un atelier de mutualisation sur le droit au séjour pour soins, le *dispositif pluridisciplinaire de concertation interassociative et interinstitutionnelle sur des situations complexes ;*
- participation au collectif interassociatif *Migrants en Isère*, dédié au plaidoyer pour l'accès aux droit et aux soins.

Personnes accompagnées par le Comede en région Auvergne-Rhône-Alpes (tous actes)

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE SELON LA REGION D'ORIGINE

2022	Ensemble					Hommes				Femmes			
Région d'origine	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 Ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	8	2%		7	1	1		1		7		6	1
Afrique centrale	91	22%	14	73	4	45	8	35	2	46	6	38	2
Afrique de l'Est	3	1%		3		1		1		2		2	
Afrique du Nord	75	18%	7	57	11	49	7	35	7	26		22	4
Afr. de l'Ouest	127	30%	26	95	6	89	24	64	1	38	2	31	5
Amér. du Sud	4	1%		4		2		2		2		2	
Asie centrale	14	3%		14		7		7		7		7	
Asie du Sud	9	2%	1	8		7	1	6		2		2	
Europe de l'Est	80	19%	12	64	4	31	6	22	3	16	6	42	1
Europe de l'Ou.	3	1%	1	2		1		1		35	1	1	
Moyen-Orient	3	1%	1	2		1		1		2	1	1	
Total	417	100%	62	229	26	234	46	173	13	183	16	154	13

CARACTERISTIQUES DES PERSONNES SOUTENUES

Les 688 consultations, ateliers et entretiens ont concerné **417 personnes** en 2022, dont 183 femmes (44%, voir tableau ci-dessus), 70 demandeurs d'asile (17%), 62 enfants mineurs (15%), et 26 migrant.e.s âgé.e.s ≥60 ans (6%). Ces exilé.e.s sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (30%, par nombre décroissant Guinée, Côte d'Ivoire, Nigeria, Mali, voir page suivante détail des nationalités des personnes accueillies), d'Afrique centrale (22%, Congo RD, Congo, Cameroun), d'Europe de l'Est (19%, Albanie, Tchétchénie, Ukraine) et d'Asie centrale (3%, Afghanistan).

Les exilé.e.s accompagné.e.s par le Comede en région Auvergne-Rhône-Alpes sont jeunes (âge moyen 36 ans dans le cadre des PT, voir tableau ci-dessous), davantage encore pour les patient.e.s du Comede Loire (27 ans), et récemment arrivé.e.s en France (en moyenne depuis 2 ans en consultation, 3 ans dans les PT). Les mineurs sont arrivés en France encore plus récemment (médiane 7 mois lors des consultations au Comede Loire). La proportion de femmes est plus faible parmi les personnes d'Afrique subsaharienne, et de même la proportion de jeunes filles parmi les mineurs accueillis au Comede Loire.

Ces personnes sont majoritairement atteintes d'une maladie grave et/ou chronique (72% Cs, 70% PT), davantage encore parmi les patient.e.s d'Afrique de l'Ouest. Près de la moitié des bénéficiaires des PT ont fait une demande d'asile par le passé ou en cours (45%), et un quart ont fait une demande de titre de séjour pour raison médicale (47%).

Personnes accompagnées par le Comede Paris (Consultations & PT)

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

2022	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD Asile	ATCD Dasem
Cs total	140	34%	44%	26 ans	27 ans	1,5 an	2 ans	72%	nc	nc
Cs Femmes	62	15%	100%	27 ans	28 ans	2 ans	3 ans	73%	nc	nc
Cs Mineurs	33	8%	30%	16 ans	14 ans	7 mois	1,5 an	76%	nc	nc
Cs Afrique O.	58	14%	31%	21 ans	24 ans	1,5 an	2 ans	86%	nc	nc
Cs Afrique C.	33	8%	24%	26 ans	26 ans	1 an	1,5 an	55%	nc	nc
PT total	253	61%	42%	34 ans	36 ans	2 ans	3 ans	70%	45%	26%

Personnes accueillies dans les consultations et les ateliers à Saint-Etienne

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE SELON LA REGION D'ORIGINE

2022	Ensemble					Hommes				Femmes			
Région d'origine	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	5	3%		5						5		5	
Afrique centrale	40	24%	10	30		14	5	9		26	5	21	
Afrique de l'Est	1	1%		1						1		1	
Afrique du Nord	10	6%	2	8		6	2	4		4		4	
Afr. de l'Ouest	66	40%	23	42	1	51	22	29		15	1	13	1
Amér. du Sud	2	1%		2		1		1		1		1	
Asie centrale	9	5%		9		5		5		4		4	
Asie du Sud	3	2%	1	2		2	1	1		1		1	
Europe de l'Est	25	15%	8	17		9	6	3		16	2	14	
Europe de l'Ou.	2	1%	1	1						2	1	1	
Moyen-Orient	1	1%	1							1	1		
Total	164	100%	46	117	1	88	36	52	0	76	10	65	1

37 nationalités : Guinée Conakry 27, Albanie, Côte d'Ivoire 14, Congo RD 12, Afghanistan, Congo 10, Cameroun, Nigeria 8, Mali 7, Angola 6, Algérie, Tchétchénie 5, Tunisie 4, Comores, Sénégal, Ukraine 3, Georgie, Liberia, Mozambique, Tchad, 2, Arménie, Bengladesh, Burundi, Colombie, Ethiopie, France, Gambie, Guinée Bissau, Maroc, Nepal, Niger, Nigeria, Pakistan, Roumanie, Syrie, Togo, Venezuela 1

Maladies graves observées parmi les personnes accueillies (Cs)

2022	n	%
Maladies chroniques NT	13	11%
Maladies infectieuses	1	1%
Troubles psychiques	104	88%
Syndrome psychotraumat.	34	29%
Trauma complexe	14	12%
Dépression	19	16%
Troubles anxieux	33	28%
Total	118	100%

Maladies graves déclarées parmi les bénéficiaires des PT

2022	n	%
Maladies chroniques	113	62%
Cancer	21	11%
Diabète	15	8%
Drépanocytose	6	3%
Maladies cardio-vasculair.	10	5%
Maladies rares	6	8%
Neurologie	9	5%
Maladies infectieuses	29	16%
Infection par le VHB	11	6%
Infection par le VIH	8	4%
Troubles psychiques	41	22%
Total	183	100%

La répartition des maladies graves diffère significativement selon les activités (voir tableaux ci-contre). L'orientation vers le Comede Loire étant avant tout motivée par un recours aux soins de santé mentale, les patient.e.s du Comede Loire souffrent très majoritairement de troubles psychiques (88%), qui sont pour moitié des syndromes psychotraumatiques et trauma complexes, et pour un tiers des troubles anxieux, alors qu'une personne sur cinq souffre de dépression. Ces données soulignent l'importance à l'avenir, pour le Comede Loire, de développer des consultations de médecine générale permettant notamment la proposition et la réalisation de bilans de santé pour l'ensemble des patient.e.s, afin de mieux dépister les autres affections.

Les bénéficiaires des permanences téléphoniques déclarent en majorité des maladies chroniques non transmissibles (62%, en particulier cancer, diabète, maladies rares, maladies cardio-vacsulaires et affections neurologiques), moins d'un quart des troubles psychiques (22%) et une personne sur 6 des maladies infectieuses (16%). On observe ainsi la surreprésentation des cancers, maladies rares et maladies neurologiques (voir Etat de santé page 83).

ASPECTS CLINIQUES, GESTION ET PERSPECTIVES

Lors de la plus grande partie de l'année 2022, l'accueil et les consultations du Comede ont encore eu lieu à la Maison des associations. La location et l'installation d'un local propre à l'association ont permis de prendre le relais à partir de novembre, et d'y accueillir désormais patient.e.s et partenaires.

Pour les patient.e.s du Comede Loire, les premières consultations sont consacrées à l'évaluation de la situation et de la demande, ce qui permet de proposer un suivi adapté ou, le cas échéant, les orientations vers les structures appropriées. Des consultations individuelles psychothérapeutiques, des suivis infirmiers ainsi que des suivis psychiatriques en binôme peuvent être proposés. Lorsqu'une indication est établie, un adressage vers l'atelier de danse est possible, pour les femmes exilées qui vivent dans une grande solitude, les violences qu'elles ont subies étant fréquemment associées à la difficulté d'être en lien et d'aller à la rencontre de l'autre. Cet atelier groupal intègre un premier temps d'accueil et la séance se poursuit par un moment de danse libre, puis en alternance des propositions de jeux dansants, l'exploration des différentes qualités de mouvement et un travail de composition à partir de leurs apports personnels.

Les Mineurs non accompagnés (MNA) constituent un autre public particulièrement vulnérable. Quel que soit le motif du départ (difficultés ou violences familiales, conditions de vie ou sociales instables, conflits), la plupart d'entre eux/elles présentent des antécédents de violences physiques et psychiques tout le long de leur parcours migratoire (chantage et pression spoliatrice sur leur famille, séquestration, humiliations), ainsi que des ruptures, des pertes, des deuils et d'autres psychotraumatismes. Ils et elles ont souvent expérimenté la disparition ou la mort d'un.e proche. La culpabilité d'avoir survécu alors que le compagnon a disparu hante certains, et peut se manifester après coup de manière inopinée, entravant les apprentissages ou le processus d'adaptation et socialisation dans le pays hôte. Les difficultés ne sont pas circonscrites aux phases pré-migratoire et migratoire, car ces jeunes sont confrontés à des conditions de vie extrêmement précaires lors de leur arrivée, ainsi qu'à un risque accru d'exposition aux violences et à la traite des êtres humains, notamment lors qu'ils ne sont pas pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) quand leur minorité n'a pas été reconnue.

Face à ces situations de vulnérabilité multiple, le Comede doit pouvoir mobiliser des ressources supplémentaire pour accueillir davantage de patient.e.s et développer la pluridisciplinarité des soins notamment dans ses dimensions médicales, sociales et juridiques. Concernant les activités régionales de Centre-ressources, avec le soutien de ressources financières régionales, il est nécessaire de pouvoir compléter les permanences téléphoniques nationales, ouvertes à l'ensemble des usager.e.s, par des permanences régionales dédiées aux professionnel.le.s, afin de leur faciliter l'accès aux services de l'association.

Enfin, l'équipe du Comede Loire participe à l'animation du réseau d'intervenant.e.s pour la santé des exilé.e.s à Saint-Etienne, le Comede étant notamment membre du collectif ligérien *Pour que personne ne dorme à la rue*, qui rassemble 60 associations et s'appuie sur un réseau de 2000 citoyens solidaires pour l'accueil des migrants ■

L'EQUIPE DU COMEDE LOIRE *en juillet 2023*

Laetitia Badoil (Accueillante sociale), Dalila Haddadi-Collet (Coordinatrice Loire), Agnès Monchovet-Godard (Médecin bénévole), Céline Rabourdin (Juriste consultante), Louise Roux (Psychologue consultante), Séverine Second (Psychologue consultante), Pascal Zimmermann (Infirmier psychiatrique bénévole), et les répondant.e.s de la permanence téléphonique nationale pour la région Aura.

Contribution du Comede Loire/Aura à l'activité globale du Comede en 2022
6% des actes et 5% des bénéficiaires

Le Comede Paca à Marseille

Le Comede développe depuis 2012 des activités de centre-ressources en région Paca et depuis 2018 des activités d'accueil, de soins et d'accompagnement des exilé.e.s dans ses locaux situés dans le 1er arrondissement de Marseille. En 2022, le Comede Paca a dispensé **3 258 consultations, ateliers et entretiens** pour une file active de **1 195 personnes** résidant dans la région (la permanence téléphonique nationale contribue à 5% de l'activité). Soutenue au niveau régional par l'ARS, la DRDFE et la Fondation de France, ainsi que par des subventions nationales, l'augmentation de l'activité (+27% par rapport à 2021) a reposé sur le développement des consultations (total +51%, avec notamment le renfort d'une seconde médecin salariée), et sur la progression de l'activité des permanences téléphoniques (+15%). L'augmentation d'activité du Centre de soins a nécessité d'importants travaux d'aménagement des locaux, pour les consultations et l'accueil des patient.e.s. En juillet 2023, l'équipe du Comede Paca (voir encadré page 55) est composée de 7 salarié.e.s et 7 bénévoles, outre les stagiaires.

CONSULTATIONS, ATELIERS ET PERMANENCES TELEPHONIQUES, DONNEES QUANTITATIVES

Dans son centre d'accueil et de soins, l'équipe du Comede Paca a délivré 2 214 **consultations** pour une file active de 388 personnes (256 en 2021). L'activité associe des consultations médicales (20% du total des consultations), psychologiques (28%), d'accueil social (12%), et de suivi social et juridique (37%). La durée moyenne de suivi est de 13 mois (socio-juridique 17 mois, médical 8 mois), avec en moyenne 5,7 consultations par personne sur l'année. Les deux tiers des consultations ont eu lieu en langue étrangère (total 68%, médical 74%), avec le concours d'un.e interprète professionnel.le dans plus d'un tiers des cas (dans les trois quarts des cas en psychothérapie). Parmi les 1 505 consultations en langue étrangère, les principales langues utilisées sont l'anglais (63%), le dari (6%), l'arabe (6%), le géorgien (5%), l'arménien (3%), l'albanais, le diola, le kurde, le russe et le soussou (2%), le bambara, le malinke, le mongol, le pashto, le portugais et le pular (1%).

Consultations, ateliers et permanences téléphoniques

Total actes	3258	100%	+27%	1 195	100%

Consultations et ateliers	n	%	22/21	File active n	File active %	Cs / Pers.	Suivi moyenne	Langue étrang.	Interp. prés.	Interp. par tél.
Total consultat.	2214	68%	+51%	388	32%	5,7	13 mois	68%	15%	13%
socio-juridiques	826	25%	+75%	210	18%	3,9	17 mois	61%	2%	17%
psychologiques	618	19%	+20%	86	7%	5,5	11 mois	71%	46%	7%
médicales	434	13%	x6	177	15%	2,4	8 mois	74%	5%	17%
accueil social	272	8%	-27%	192	16%	2,5	9 mois	74%	3%	11%
déplacements	64	2%	x2	43	4%	1,5				
Total ateliers	24	1%	-88%	11	1%	2,2				

Permanences téléphoniques	n	%	22/21	File active n	File active %	Département 04	05	06	13	83	84
Total PT	1044	32%	+15%	807	68%	9	17	23	876	30	30
PT régionale	874	27%	+12%	637	53%	6	14	14	743	15	23
sociale & juridique	575	18%	-13%	356	30%	4	7	11	493	13	22
accueil	230	7%	x4	217	18%	1	6	2	192		1
médicale & psych.	69	2%	+11%	64	6%	1			17	2	
PT nationale	170	5%	+40%	159	14%	3	3	9	133	15	7

La priorité ayant été donnée aux consultations individuelles, l'activité des **ateliers** collectifs a été réduite en 2022 (24 participations enregistrées pour 11 personnes), avec 4 séances de *Causerie* pour des femmes exilées en partenariat avec le Planning familial, et 2 ateliers consacrés à une information sur les démarches d'accès aux droits nécessaires à la continuité des soins.

Les **permanences téléphoniques** (PT, voir aussi Centre-ressources page 17) ont traité 1 044 appels et méls (2% des réponses), principalement depuis les permanences régionales (total 84%, socio-juridique 55%, accueil 22%, médico-psychologique 7%, et 16% permanences nationales), au bénéfice de 807 bénéficiaires caractérisé.e.s. Seize pour cent des sollicitations sont traitées en dehors des heures des permanences téléphoniques, et 27% des appels nécessitent un travail poursuivi après la première réponse. Les appels proviennent majoritairement des Bouches-du-Rhône (84%), les 168 autres appels émanant principalement du Var (3% du total), du Vaucluse (3%), des Alpes-Maritimes (2%) et des Hautes-Alpes (2%). NB : le recrutement de la seconde médecin salariée en fin d'année permettra de développer la permanence médico-psychologique.

Les **orientations** vers le Comede (voir tableau ci-contre) sont effectuées en premier lieu par les associations (20% des PT et 36% en consultation, notamment Cimade, Médecins du monde et Points d'appui), les services de santé (27% PT, 14% Cs, en particulier l'hôpital), et les services publics (24% PT, 13% Cs, notamment les Cada et les CHRS). Au terme de l'appel, une orientation est proposée dans 32% des cas, principalement vers une association (68% des orientations, en premier lieu Comede), un service de santé (16%), un.e avocat.e (9%) ou un service public (8%).

Les **demandes** documentées dans les permanences téléphoniques portent essentiellement sur les aspects socio-juridiques. Elles se répartissent entre le droit au séjour pour raison médicale (45%, incluant les situations de parents d'enfants mineurs malades), accès aux soins (23%) et autre accompagnement social et juridique (33%). Sur le plan quantitatif, ces données devront être complétées à l'avenir afin de mieux rendre compte de la diversité des sollicitations et des besoins dans le domaine des soins médico-psychologiques, notamment avec le renfort de la permanence correspondante depuis fin 2022. Les aspects qualitatifs de la prise en charge sont développés page 53.

Orientation vers et depuis le Comede Paca

874 appels (PT) et 388 personnes accueillies (CS)

2022	PT	*orient.*	CS
effectifs	874	*279*	388
Associations	20%	*68%*	36%
Aides	1%	*<1%*	
Cade		*3%*	
Cimade	2%	*2%*	3%
Comede	<1%	*49%*	<1%
Médecins du Monde	1%	*1%*	3%
Points d'appui	4%	*2%*	
Avocats et tribunaux	5%	*9%*	11%
Collectifs	2%	*<1%*	3%
Particuliers	21%		21%
Ami, proche	3%		16%
Famille	4%		2%
Personne concernée	12%		
Services publics	24%	*8%*	13%
AS & travail. Social	7%	*3%*	1%
Cada & héb. asile	8%	*<1%*	1%
CHRS & médicalisé	6%		2%
Préfecture & Ofii		*3%*	<1%
Sécurité sociale		*1%*	
Services de santé	27%	*16%*	14%
ACT	1%	*<1%*	
CMP & Cs psy	2%	*3%*	1%
Hôpital	23%	*7%*	6%
dont AS	17%	*2%*	<1%
dont PASS	1%	*4%*	1%
Médecine ville	<1%	*4%*	4%

Type des demandes

2022	PT
effectifs	1044
Droit au séjour raison médicale	45%
Accès aux soins et prot. malad.	23%
dont soins de santé mentale	5%
Autre information et soutien	33%
Demande d'asile	1%
Médico-psychologique	2%
Séjour autre	15%
Social autre	14%

Personnes accompagnées par le Comede Paca (tous actes)

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE SELON LA REGION D'ORIGINE

2022	Ensemble					Hommes				Femmes			
Région d'origine	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	30	3%	3	23	4	8		7	1	22	3	16	3
Afrique centrale	34	3%	2	31	1	16	1	14	1	18	1	17	
Afrique de l'Est	16	2%		15	1	12		12		4		3	1
Afrique du Nord	260	25%	25	207	28	159	16	125	18	101	9	82	10
Afr. de l'Ouest	423	41%	35	383	5	281	28	251	2	142	7	132	3
Amér. du Nord	3	<1%		3						3		3	
Amér. du Sud	15	1%		13	2	7		7		8		6	2
Asie centrale	21	2%	5	16		16	5	11		5		5	
Asie de l'Est	5	<1%		5		2		2		3		3	
Asie du Sud	6	1%	1	4	1	4	1	3		2		1	1
Caraïbes	3	<1%	2	1		2	2			1		1	
Europe de l'Est	156	15%	12	129	15	81	5	70	6	75	7	59	9
Europe de l'Ou.	44	4%		36	8	25		20	5	19		16	3
Moyen-Orient	19	2%	1	14	4	9		8	1	10	1	6	3
Apatride	1	<1%		1						1		1	
Total	1036	100%	86	881	69	622	58	530	34	414	28	351	35

CARACTERISTIQUES DES PERSONNES SOUTENUES

Les 3 112 entretiens, consultations et ateliers effectuées par l'équipe du Comede Paca ont concerné **1 036 personnes** en 2022, dont 414 femmes (40%, voir tableau ci-dessus), 142 demandeurs d'asile et BPI (14%), 86 enfants mineurs (8%) et 69 migrant.e.s âgé.e.s ≥60 ans (7%). Ces exilé.e.s sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (41%), d'Afrique du Nord (25%) et d'Europe de l'Est (15%). Parmi les personnes accueillies (voir page suivante détail des 40 nationalités représentées), on observe une surreprésentation des migrant.e.s originaires d'Afrique de l'Ouest.

Les exilé.e.s accompagné.e.s par le Comede Paca sont jeunes (âge moyen 36 ans dans les PT, et 34 ans en consultation, voir tableau ci-dessous) et récemment arrivé.e.s en France (en moyenne depuis 3 ans). Les personnes accueillies au centre de soins sont majoritairement atteintes d'une maladie grave et/ou chronique (69%). Près de la moitié des bénéficiaires des PT ont fait une demande d'asile par le passé ou en cours (43%) et plus qu'un quart ont effectué une demande de titre de séjour pour raison médicale (28%). Les personnes d'Afrique de l'Ouest sont plus jeunes, et les femmes plus nombreuses parmi les exilé.e.s d'Europe de l'Est et d'Afrique du Nord.

Personnes accompagnées par le Comede Paca (PT & consultations)

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra Moy	Malad. grave	ATCD Asile	ATCD Dasem
Dispositif										
PT régional.	637	61%	46%	34 ans	36 ans	2 ans	3 ans	14%	43%	28%
Consultation	388	37%	29%	33 ans	34 ans	3 ans	4 ans	69%	nc	nc
Groupes vulnérables et régions d'origine										
PT Femmes	286	28%	100%	35 ans	37 ans	2 ans	3 ans	13%	42%	27%
Cs AFO	227	22%	24%	30 ans	30 ans	4 ans	4 ans	67%	nc	nc
PT AFN	191	18%	42%	35 ans	37 ans	2 ans	4 ans	12%	5%	38%
PT EUE	105	10%	50%	40 ans	39 ans	2 ans	3 ans	7%	70%	30%

Personnes accueillies dans les consultations en région Paca

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE SELON LA REGION D'ORIGINE

2022	Ensemble					Hommes				Femmes			
Région d'origine	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	3	1%	0	3	0	0				3		3	
Afrique centrale	8	2%	1	7	0	4	1	3		4		4	
Afrique de l'Est	4	1%	0	4	0	3		3		1		1	
Afrique du Nord	65	17%	9	48	8	47	7	34	6	18	2	14	2
Afr. de l'Ouest	227	59%	28	198	1	173	23	149	1	54	5	49	
Amérique Sud	4	1%	0	3	1	0				4		3	1
Asie centrale	14	4%	4	10	0	12	4	8		2		2	
Asie du Sud	2	1%	1	1	0	2	1	1		0			
Europe de l'Est	52	13%	5	43	4	29	2	25	2	23	3	18	2
Europe Ouest	2	1%	0	1	1	1			1	1		1	
Moyen-Orient	6	2%	0	3	3	4		3	1	2			2
Apatride	1	0%	0	1	0	0				1		1	
Total	388	100%	48	322	18	275	38	226	11	113	10	96	7

40 nationalités : Nigeria 115, Algérie 55, Guinée Conakry 28, Georgie 24, Ghana 18, Côte d'Ivoire 16, Sierra Leone 13, Gambie 11, Afghanistan, Albanie, Arménie, Sénégal 10, Mali, Tunisie 7, Niger 5, Mongolie, Turquie 4, Comores, Guinée Bissau, Maroc, Soudan, Syrie 3, Angola, Brésil, Cameroun, Congo RD, Gabon, Kosovo, Pakistan, Roumanie 2, Apatride, Benin, Bielorussie, Colombie, Egypte, Ethiopie, Irak, Liban, Ukraine, Venezuela 1

Maladies graves observées parmi les personnes accueillies

2022	n	%
Maladies chroniques NT	209	52%
Cancer	15	4%
Diabète	31	8%
Maladies cardio-vasculair.	41	10%
Maladies rares	6	1%
Neurologie	23	6%
Maladies infectieuses	43	11%
Infection par le VHB	28	7%
Infection par le VHC	5	1%
Troubles psychiques	151	37%
Total	403	100%

Maladies graves déclarées parmi les bénéficiaires des PT

2022	n	%
Maladies chroniques	32	36%
Cancer	7	8%
Drépanocytose	5	6%
Maladies infectieuses	39	44%
Infection par le VHB	10	11%
Infection par le VHC	5	6%
Infection par le VIH	25	28%
Troubles psychiques	18	20%
Total	89	100%

Les données épidémiologiques permettent de mettre en évidence certains problèmes de santé graves et fréquents parmi les patient.e.s et les appelant.e.s, sans toutefois pouvoir connaître la prévalence des principales maladies en raison des limites à la proposition systématique d'un bilan de santé à l'ensemble des patient.e.s reçu.e.s en consultation, faute d'un dispositif équivalent à celui du Comede en IDF (page 32).

La répartition des principales maladies recensées diffère nettement entre le centre de soins et les permanences téléphoniques, pour lesquels le recensement est très partiel. En consultation, on observe la prépondérance des maladies chroniques non transmissibles (total 52%, maladies cardiovasculaires 10%, diabète 8%, affections neurologiques 6%) et des troubles psychiques graves (37%). Concernant les maladies déclarées parmi les bénéficiaires des permanences téléphoniques, les maladies infectieuses apparaissent au premier plan (total 44%, infection par le VIH 28%, infection chronique par le VHB 11%), alors que les principales maladies chroniques sont les cancers (8%) et la drépanocytose maladie (6%). Les autres maladies chroniques et les troubles psychiques apparaissent sous-représentés.

ASPECTS QUALITATIFS DE L'ACCUEIL ET DES CONSULTATIONS

En 2022, le centre de soins a renforcé son dispositif d'accueil avec interprétariat professionnel (permanence d'accueil sans rdv, délai raccourci et systématisation d'une 1ère consultation d'évaluation sociale et médico-psychologique) afin de faciliter son accessibilité aux personnes exilées dans une langue qu'elles comprennent et l'évaluation des besoins de soins et d'orientation effective pour l'accès aux soins. L'accueil et les consultations sur rendez-vous sont ouvertes tous les jours sauf le jeudi. Cet élargissement des modalités de l'accueil inconditionnel a eu un impact significatif sur la file active du centre de soins (+51%).

Le développement des consultations médicales a été orienté à la fois sur le plan de la prévention et du dépistage (vérification de la réalisation des bilans de santé recommandés, voir Etat de santé page 83), ainsi que de la délivrance et de la coordination des soins, notamment face aux risques de rupture de soins pour les personnes atteintes de maladie grave. Un partenariat a été mis en place avec une pharmacie afin d'assurer la continuité des traitements indispensables, dans les situations d'attente de protection maladie. La situation spécifique des patient.e.s reçu.e.s au centre de soins (recours à l'interprétariat, troubles psychiques importants, retards de diagnostic et de prise en charge, absence/rupture de protection maladie, parcours de violences, vulnérabilité sociale et administrative, etc.) nécessite une prise en charge médicale, psychologique, sociale et juridique de moyen terme afin de pouvoir consolider le lien thérapeutique et assurer une orientation adaptée vers les services de soins de droit commun. Autant que possible, le Comede essaie de ne pas surcharger les structures hospitalières type Pass (absence de besoin d'un plateau technique en urgence) et de favoriser l'accès aux soins de ville. Des consultations médicales dédiées aux femmes éloignées du soin et souvent victimes de violences ont été priorisées en lien avec le réseau. Le renfort d'une seconde médecin salariée à partir de novembre 2022 a également permis de systématiser progressivement les rendez-vous en médecine générale (bilans de santé et dépistages, coordination des soins) pour les mineurs et jeunes majeurs isolés reçus dans les consultations psychologiques dédiées, notamment pour les jeunes femmes « déminorisées » ayant connu des parcours de violences et sans prise en charge médicale. Le renforcement des consultations psychologiques a été orienté sur les personnes en demande d'asile et les mineurs non accompagnés. L'augmentation du nombre de jeunes femmes « déminorisées » reçues en consultations psychologiques et ayant connu des parcours de violences a aussi conduit à la mise en place d'un groupe de parole thérapeutique en 2023.

Enfin, l'accompagnement social et juridique des patient.e.s du centre de soins a également connu une forte augmentation, en lien avec la complexification des démarches d'ouverture et de maintien des droits à une protection maladie, les ruptures d'hébergement pour des personnes atteintes souvent de pathologies graves, et les difficultés des autres démarches d'accès aux droits liés à l'état de santé notamment pour la reconnaissance et le maintien du droit au séjour. Des accompagnements extérieurs (CCAS, centre des impôts, banques, préfectures, etc.) sont de plus en plus nécessaires pour assurer la continuité des droits aux soins auprès de la CPAM (exigences de domiciliation, de RIB, d'avis d'impôt, etc.).

Contribution du Comede en Paca à l'activité globale du Comede en 2022
14% des actes et 14% des bénéficiaires

L'EQUIPE DU COMEDE PACA *en juillet 2023*

Sabine Allier (*Accueillante sociale*), Cécile Chaussignand (*Accueillante bénévole*), Lena Conti (*Accueillante bénévole*), Benjamin Demagny (*Coordinateur Comede Paca, Juriste*), Aurélie Destouches (*Assistante sociale référente*), Marie Jacob *(Psychologue clinicienne référente),* Neila Khodja Nabitz (*Accueillante bénévole*), Cy Lecerf Maulpoix (*Accueillant bénévole*), Alice Lefilleul (*Accueillante bénévole*), Lucie Lombes (*Médecin consultante*), Magali Perl *(Psychologue clinicienne référente),* Caroline Pfister (*Accueillante bénévole*), Damien Simonin (*Accueillant bénévole*) et Alice Talbot (*Médecin consultante*).

CENTRE-RESSOURCES, FORMATION ET RESEAU

Les activités de formation se sont poursuivies en 2022, avec **40 demi-journées de formation** sur la région, incluant des ateliers de mutualisation et ateliers dédiés aux cas complexes, pour une moyenne de 14 stagiaires par demi-journée. Une part importante de cette activité de formation s'inscrit dans le cadre du partenariat avec l'association Espace, auprès des acteurs de première ligne dans l'accès aux soins et aux droits sociaux (17 demi-journées réalisées à Avignon, Istres, Manosque, Marseille, Nice, Orange et Toulon). Depuis 2022, une nouvelle formation pluridisciplinaire sur la santé des femmes exilées a été mise en place et l'implication des médecins et psychologues dans les différentes formations du Comede s'est élargie. Les membres du Comede Paca ont également assuré plusieurs interventions publiques dans la région (colloque SPILF SFLS, DIU Psychotrauma, précarité et migrations, Mucem La nuit des idées, séminaire EHESS, voir Centre-ressources national page 24). Le Comede contribue par ailleurs aux travaux de plusieurs groupes de mutualisation d'expériences, d'expertise et de plaidoyer à Marseille (Psy/exil, Santé MNA, Observatoire hébergement, etc.), mais également au niveau national au sein de l'ODSE (collectifs associatifs page 24). Enfin, l'équipe du Comede Paca participe activement aux publications de l'association et à la diffusion de fiches pratiques, notamment sur les réformes (2019-2022) en matière d'accès à une protection maladie (Publications page 26).

Les liens avec les acteurs de santé de la région Paca se sont poursuivis, pour l'orientation et la coordination des soins et par l'accompagnement commun de patient.e.s dans leurs démarches d'ouverture et de maintien de droits à une

Formation professionnelle et ateliers cas complexes

40 demi-journées effectuées et 24 formations dans 8 villes pour 551 stagiaires*demi-journée
En moyenne 14 stagiaires par demi-journée. Nombre d'intervenant.e.s 8 au total.

Ville 8	Cadre 24	Intitulé/Contenu	Intervenants x demi-journée	Dem-jour. 40	Stagi. x DJ 551
AVIGNON 84	CD84 /Espace	Accès aux droits sociaux des étrangers	Demagny B.	2	14
AVIGNON 84	CH Avignon	Accès aux droits santé des étrangers	Demagny B.	2	17
v DIGNE 04	Praps	Atelier Pass Paca	Demagny B.	1	6
ISTRES 13	Espace/Comede	Accès aux droits sociaux cit. non UE	Demagny B.	2	9
MANOSQUE 04	Espace/Comede	Accès aux droits sociaux cit. non UE	Demagny B.	2	13
MARSEILLE 13	APHM	Droits de la santé citoyens non UE	Demagny B.	4	15
MARSEILLE 13	APHM	Droits de la santé citoyens UE	Demagny B.	2	18
MARSEILLE 13	APHM	Droits de la santé des étrangers	Demagny B., Destouches A.	4	16
v MARSEILLE 13	ARS Pass	Atelier accès aux droits	Demagny B.	1	5
MARSEILLE 13	Barreau	Psychotrauma des MNA	Jacob M., Perl M.	1	15
MARSEILLE 13	Centre géronto.	Accès aux droits & soins pers. âgées	Demagny B.	1	11
MARSEILLE 13	Centre hosp. Vavert	Atelier cas complexes	Demagny B.	1	6
MARSEILLE 13	Centre hosp. Vavert	Atelier cas complexes	Demagny B.	1	8
v MPT/MARS. 13	Cicade/Comede	Santé accès aux soins femmes exilées	Petruzzi M., Crochet K.	2	24
v MARSEILLE 13	Cimade	Droit d'asile et double demande	Destouches A.	1	14
v PAR/MARS. 13	Direction Asile	Santé des exilé.e.s et précarité	Demagny B., Lefebvre O.	1	37
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Accès aux droits sociaux citoyens UE	Demagny B.	2	11
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Droit d'asile et double demande	Destouches A.	1	11
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Droits de la santé demandeurs d'asile	Destouches A.	1	7
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Droits de la santé des étrangers	Destouches A., Lombes L.	2	12
NICE 06	Espace/Comede	Accès aux droits liés à l'état de santé	Demagny B.	2	15
ORANGE 84	Espace/Comede	Accès aux droits sociaux des étrangers	Demagny B.	1	16
TOULON 83	Espace/Comede	Accès droits sociaux citoyens non UE	Demagny B.	2	10
v TOULON 83	ARS Pass	Atelier accès aux droits	Demagny B.	1	5

protection maladie, d'admission au séjour pour raison médicale et d'autres droits liés à l'état de santé en particulier avec les Pass hospitalières et de ville, les services de santé mentale (CMP, équipes mobiles et hôpitaux), les médecins dont les psychiatres de ville, ou encore les professionnel.le.s d'établissements privés de santé, souvent peu dotés en travailleurs sociaux.

La collaboration a également continué avec les structures d'accueil et d'hébergement des étrangers (ACT, Cada/Huda, CHRS, Caarud/Csapa, LHSS, etc.).

GESTION ET PERSPECTIVES

Outre le soutien de l'ARS et de la DRDFE Paca, les activités de Centre-ressources auprès des professionnel.le.s bénéficient de co-financements nationaux (principalement Direction générale de la santé, Santé Publique France, Direction de l'accueil des étrangers et de la nationalité, Direction de l'asile, CGET et Fami Intégration, voir page 13).

Le développement des actions de prévention et de promotion de la santé, et de l'accès aux soins et aux droits des migrants/étrangers doit être poursuivi, notamment auprès de publics particulièrement vulnérables : femmes isolées et/ou victimes de violence et/ou de traite, demandeurs d'asile, migrant.e.s âgé.e.s, mineurs non accompagnés (MNA), travailleurs et retraités agricoles, personnes sans domicile stable ou encore citoyens de l'Union européenne en situation précaire.

Ainsi en 2023, l'association a continué de développer les consultations médicales et psychologiques à Marseille (60% du total des Cs du centre de soins), y compris les bilans de santé et de dépistage dont celui des psycho traumatismes liés au parcours migratoire en particulier chez les MNA. Au titre de son centre ressources, elle a renforcé en 2023 la participation des médecins et des psychologues aux formations organisées en région PACA (thématiques : Santé des personnes en demande d'asile, Santé des femmes exilées, Accès aux soins et psychotrauma des MNA) et a également ouvert une nouvelle permanence téléphonique « tout public » pour l'accès aux soins et aux droits destinée aux personnes résidant en région PACA mais n'étant pas en mesure de consulter au centre de soins à Marseille.

Enfin, l'association doit également poursuivre le développement de ses actions régionales d'observatoire et de plaidoyer pour la santé des exilés et le droit à la santé des étrangers, portées par les salarié.e.s, bénévoles et membres du Comede en partenariat avec les acteurs associatifs, professionnels et institutionnels. Elle s'attache notamment en région Paca au développement des actions répondant aux besoins spécifiques des femmes exilées, à soutenir la mise en place d'un parcours santé pour les MNA notamment dans la phase d'accueil et d'évaluation (Guide ministériel des bonnes pratiques pour une première évaluation des besoins en santé), et à la promotion de l'interprétariat et de la médiation en santé ■

Le Comede Guyane à Cayenne

Le Comede développe depuis 2005 en Guyane des activités de formation destinées à promouvoir l'accès aux droits et aux soins des personnes exilées, et a mis en place en 2018 une permanence téléphonique régionale destinée aux professionnel.le.s et associations, avec le soutien de l'ARS et de Sidaction. Le renforcement du soutien de l'ARS a permis l'ouverture en 2021, au centre-ville de Cayenne, d'un centre d'accueil, de soins et d'accompagnement pluridisciplinaire, orienté en particulier sur les soins de santé mentale et les questions de droits à la santé.

En 2022, l'équipe du Comede a dispensé **1873 consultations et entretiens** pour **522 bénéficiaires**, dont 458 patient.e.s du centre de soins. Les consultations constituent 96% de l'activité d'accompagnement, correspondant à 88% des bénéficiaires (12% pour la permanence téléphonique). Cette augmentation d'activité globale (total actes x6) a reposé sur une approche pluridisciplinaire équilibrée entre les différents pôles. En outre, les activités de partenariat, de formation et d'information des actrices et acteurs du médico-social se sont poursuivies tout au long de l'année. En juillet 2023, l'équipe du Comede Guyane (voir encadré page 61) est composée de 7 salarié.e.s et 1 bénévole, et renforcée par des membres du Centre-ressources national pour les actions de formation.

CARACTERISTIQUES DES CONSULTATIONS ET DES PERMANENCES TELEPHONIQUES

Pour cette première année entière d'activité, l'équipe du Comede Guyane a délivré 1 803 **consultations** pour une file active de 458 personnes. L'activité s'est répartie entre les consultations d'accueil (28%), médicales (27%), psychologiques (25%) et sociales & juridiques (16%) ; ceci dans la limite des ressources professionnelles disponibles dans un contexte de demandes très importantes, à la fois de la part des professionnel.le.s et de la part des personnes concernées ou de leurs proches.

La durée moyenne de suivi a été de 3 mois (4 mois pour le pôle social & juridique) avec en moyenne 3,9 consultations par personne (6,0 en psychothérapie), et des disparités très importantes, près de la moitié des consultations ayant concerné 10% des patient.e.s. Plus de la moitié des entretiens ont été conduits en langue étrangère (55% au total, 60% à l'accueil), directement par les membres du Comede (29%, soit la moitié des consultations en langue étrangère), ou à l'aide d'un interprète professionnel en présentiel (12%,), ou par téléphone (12%), les principales langues utilisées étant l'espagnol (32%), le créole haïtien (28%), l'anglais (15%), le portugais (13%) et l'arabe (11%).

Consultations et permanence téléphonique

Total actes	1873	100%	x6	522	100%

Consultations	n	%	22/21	File active n	File active %	Cs / Pers.	Suivi moyenne	Langue étrang.	Interp. prés.	Interp. par tél.
Total consultat.	1803	96%	x8	458	88%	3,9	3 mois	55%	12%	12%
accueil	532	28%	x20	380	73%	1,4	1,5 mois	60%	2%	6%
médicales	504	27%	x17	194	37%	2,6	3 mois	54%	9%	13%
psychologiques	459	25%	x4	91	17%	6,0	3 mois	53%	24%	17%
sociales & juridiq.	304	16%	x8	109	21%	2,8	5 mois	50%	16%	15%

Permanences téléphoniques	n	%	22/21	File active n	File active %	Commune 300	310	313	317	320	351
Total PT	70	4%	-5%	64	12%	54%	6%	14%	3%	14%	6%

Avec la mise en place et le développement du centre de soins, les activités de **permanence téléphonique** sont restées limitées, 70 appels ou méls ayant été enregistrés (-5%) au bénéfice de 64 personnes. Les appels proviennent principalement des communes de Cayenne (59%), Roura (12%), Matoury (8%) et Saint-Laurent (4%).

Les **orientations** vers le Comede (voir tableau ci-contre) sont effectuées en premier lieu par les associations (48% des PT et 25% en consultation, notamment MDM et l'Arbre fromager), les particuliers (54% CS), les services de santé (18% PT, 15% CS, en premier lieu l'hôpital), et les services publics (10% PT, 7% CS). Les consultations orientent vers les associations (37%, Comede 17%, aide alimentaire 5%), les services publics (31%, préfecture 10%) et les services de santé (29%).

Orientation vers et depuis le Comede Guyane

70 appels et 458 patient.e.s accueilli.e.s (consultations)

2022	PT	Cons.	*orient.*
effectifs	70	458	*1389*
Associations	48%	25%	*37%*
Agav	-	2%	*<1%*
Aide alimentaire	-	-	*5%*
Arbre fromager	3%	6%	*1%*
Cimade	<1%	1%	*2%*
Comede	-	-	*17%*
Médecins du Monde	15%	10%	*1%*
Avocats & tribunaux	-	1%	*1%*
Particuliers	22%	54%	*<1%*
Personne concernée	13%	1%	-
Services publics	10%	7%	*31%*
AS & travail. Social	3%	1%	*4%*
Croix-rouge	3%	5%	*3%*
Mairie, CCAS	2%	-	*5%*
Préfecture	-	-	*4%*
Sécurité sociale	-	-	*10%*
Services de santé	18%	14%	*29%*
EMPP	1%	2%	*1%*
Hôpital & Pass	12%	11%	*8%*
Médecine ville	-	1%	*6%*

Personnes accompagnées par le Comede en Guyane (tous actes)

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE SELON LA REGION D'ORIGINE

2021	Ensemble					Hommes				Femmes*			
Région d'origine	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	1	<1%	1							1	1		
Afrique centrale	8	2%	1	7		6	1	5		2		2	
Afrique du Nord	12	2%		12		10		10		2		2	
Afr. de l'Ouest	23	4%	1	22		19		19		4	1	3	
Amér. du Sud	127	24%	14	101	12	54	3	43	8	73	11	58	4
Asie centrale	4	1%	1	3		2	1	1		2		2	
Asie de l'Est	1	<1%		1						1		1	
Caraïbes	312	60%	24	272	16	124	13	105	6	188	11	167	10
Europe Ouest	5	1%		3	2	4		2	2	1		1	
Moyen-Orient	28	5%	6	22		23	6	17		5		5	
Apatride	1	<1%	1							1	1		
Total	522	100%	48	444	30	242	24	202	16	280	24	242	14

** et 5 personnes dont le sexe n'était pas renseigné*

CARACTERISTIQUES DES PERSONNES SOUTENUES

Les 1 873 consultations et entretiens téléphoniques ont concerné **522 personnes** en 2022, dont 275 femmes (53%, voir tableau ci-dessus), 117 demandeurs d'asile & BPI (22%), 48 enfants mineur.e.s (9%) et 30 migrant.e.s âgé.e.s ≥60 ans (6%). Ces exilé.e.s sont principalement originaires des Caraïbes (60%, en premier lieu Haïti, puis Cuba et République dominicaine), d'Amérique du Sud (24%, Brésil, Venezuela, Colombie, Pérou), ainsi que du Moyen-Orient (5%, Syrie) et d'Afrique de l'Ouest (4%, Guinée Bissau) ; l'ensemble des nationalités des personnes accueillies au Centre de soins est détaillé page suivante. Les bénéficiaires du Comede sont jeunes (âge médian 36 ans Cs et PT) et récemment arrivées sur le territoire français (médiane 3 ans). La proportion des femmes est plus importante

Personnes accompagnées par le Comede en Guyane (Consultations & PT)

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

	n /total	% /total	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD Asile	ATCD Dasem
Dispositif										
Consultation	458	88%	53%	36 ans	37 ans	3 ans	5 ans	40%	nc	nc
PT	64	12%	47%	36 ans	38 ans	3 ans	6 ans	13%	20%	6%
Groupes vulnérables et régions d'origine										
Cs Femmes	245	47%	100%	36 ans	37 ans	4 ans	5 ans	38%	nc	nc
Cs Caraïbes	278	53%	62%	36 ans	36 ans	3 ans	4 ans	41%	nc	nc
Cs AMSud	100	19%	56%	41 ans	41 ans	4 ans	9 ans	38%	nc	nc

Personnes accueillies dans les consultations à Cayenne

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE SELON LA REGION D'ORIGINE

2022	Ensemble					Hommes				Femmes			
Région d'origine	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	1	<1%	1							1	1		
Afrique centrale	7	2%	1	6		5	1	4		2		2	
Afrique du Nord	11	2%		11		9		9		2		2	
Afr. de l'Ouest	23	5%	1	22		19		19		4	1	3	
Amér. du Sud	100	22%	10	80	10	42	3	32	7	58	7	48	3
Asie centrale	4	<1%	1	3		2	1	1		2		2	
Asie de l'Est	1	<1%		1						1		1	
Caraïbes	278	61%	22	241	15	105	12	87	6	173	10	154	9
Europe Ouest	4	1%		3	1	3		2	1	1		1	
Moyen-Orient	28	6%	6	22		23	6	17		5		5	
Apatride	1	<1%	1							1	1		
Total	458	100%	42	390	26	208	23	171	14	250	19	219	12

31 nationalités : Haïti 219, Brésil 58, Cuba 30, Rép. dominicaine 28, Syrie 24, Guinée Bissau 17, Venezuela 13, Colombie 11, Perou 10, Guyana, Maroc 6, Afghanistan, Congo RD 4, France, Nigeria, Tunisie 3, Burundi, Surinam, Togo, Yemen 2, Algérie, Apatride, Autriche, Cameroun, Gambie, Iran, Koweit, Laos, Madgascar, Sahara Occidental, Trinité-et-Tobago 1

parmi les exilé.e.s d'Amérique du Sud (56%) et des Caraïbes (62%). Les personnes originaires d'Amérique du Sud sont plus âgées en moyenne, et résident en France depuis plus longtemps que les autres. Près de la moitié des patient.e.s du centre de soins sont atteintes d'au moins une maladie grave (40% Cs).

Parmi les 327 maladies graves recensées en consultation (voir ci-contre), on observe une sur-représentation des maladies non transmissibles (total 75%, maladies cardovasculaires 18%), ainsi qu'une sous représentation des troubles psychiques (17%, la moitié des patient.e..s suivis en psychothérapie n'ayant pas été renseigné.e.s sur ce plan), et des maladies infectieuses (8%, en partie sous-dépistées faute d'accès à un bilan de santé systématisé).

Maladies graves observées parmi les personnes accueillies

2022	n	%
Maladies chroniques NT	245	75%
Maladies cardiovasculaires	59	18%
Diabète	20	6%
Neurologique	18	6%
Maladies infectieuses	27	8%
Infection par le VIH	10	3%
Troubles psychiques	55	17%
Total	327	100%

Enfin, s'agissant des maladies graves déclarées dans le cadre de la permanence téléphonique régionale, il n'est fait mention en 2022 que de l'infection à VIH, ceci concernant 8 personnes.

CENTRE-RESSOURCES, FORMATION ET RESEAU

Après deux années marquées par la pandémie de Covid et notamment après les restrictions imposées aux différents services, les activités d'information et de formation des professionnel.le.s et des associations ont retrouvé en 2022 leur niveau antérieur, en complémentarité du processus d'ouverture et de développement du centre de soin. Au cours de l'année, les membres du Comede ont effectué 11 demi-journées de formation (pour le Centre hospitalier de Cayenne, l'Equipe mobile psychiatrie précarité et l'Arbre fromager, voir encadré), 6 séances d'enseignement universitaire (dans le cadre du D.U. sur la médiation en santé à l'Université de Guyane dont le Comede est co-responsable pédagogique) et 11 interventions publiques. En outre, les membres du Comede ont participé à 5 groupes d'expertise et/ou de plaidoyer (voir détail page 24). Paru en décembre 2022, le dossier n°73 de Maux d'exil, la revue du Comede, est consacrée aux Défis pour la santé en Guyane voir encadré page suivante).

Le Comede est notamment investi en tant que co-animateur du Comité de veille pour l'accès aux droits et aux soins piloté par l'ARS Guyane. En relation directe avec les référentes de territoire, la coordinatrice du Comede Guyane organise les réunions de chaque secteur, (Est, Haut et Bas Maroni, et le centre guyanais), pour faire remonter les difficultés particulières rencontrées dans les parcours d'accès aux droits et aux soins à partir de situations traceuses identifiées avec les professionnel.le.s.

Par ailleurs, le partenariat été entrepris en 2020 avec l'EMPP du Centre hospitalier de Cayenne s'est poursuivi en 2022, avec la consultation d'un.e psychiatre une demi-journée par semaine pour des personnes exilées orientées par les partenaires de l'association.

Formation professionnelle en 2022

Ville 20	Cadre 58	Intitulé/Contenu	Intervenants x demi-journée	Dem-jour. 125	Stagi. x DJ 1981
CAYENNE 973	Arbre form. & SOS	Accès aux droits et aux soins	Abrias C	4	6
CAYENNE 973	CHC	Accès aux droits et aux soins	Maille D., Abrias C	6	11
CAYENNE 973	EMPP	Accès aux droits et aux soins	Abrias C	1	5

Enseignement en 2022

- Cayenne, DFR Santé, DU Médiation en santé, *Asile et droit au séjour pour les étrangers malades*, Abrias C.
- Cayenne, DFR Santé, DU Médiation en santé, *Parcours de santé des usagers*, Abrias C.
- Cayenne, DFR Santé, DU Médiation en santé, *Préparation oral de stage*, Abrias C.
- Cayenne, DFR Santé, DU Médiation en santé, *Protection sociale et protection maladie*, Abrias C.
- Cayenne, DFR Santé, DU Médiation en santé, *Renoncement aux soins et discriminations*, Abrias C.
- Cayenne, DFR Santé, DU Médiation en santé, *Rôle et limites de la fonction de médiation*, Ferreira De Sa L.

Interventions publiques en 2022

- Cayenne, CHC équipe enquêtrices Parcours d'Haïti, *Santé des exilé.e.s,* Ory B., Abrias C.
- Cayenne, CHC équipe enquêtrices Parcours d'Haïti, *Sensibilisation à la santé mentale,* Ory B.
- Cayenne, CHC Pass, *Accès aux droits et aux soins des migrant.e.s,* Abrias C.
- Cayenne, Journée mondiale de lutte contre le sida, *Santé des exilé.e.s*, Lefebvre Deuse G., Ferreira De Sa L., Ndamite A.-S.
- Cayenne, Marché, Guichet unique de rue, *Santé et accès aux soins*, Lefebvre Deuse G., *2 interventions*
- Cayenne, Marché, Guichet unique de rue, *Santé et accès aux soins*, Lefebvre Deuse G. Ferreira De Sa, *3 interventions*
- Cayenne, Radio Guyane, *Les personnes vivant avec le VIH en Guyane*, Lefebvre Deuse G., Abrias C.
- Cayenne, Université des PVVIH de Aides, Soins et accompagnement des exilé.e.s, Abrias C., Lefebvre Deuse G.

GESTION ET PERSPECTIVES

Les actions du Comede en Guyane sont soutenues par l'Agence régionale de santé (ARS Guyane), Sidaction, la Direction générale Cohésion et population (DGCopop) et le ministère des Outre-mer, ainsi que dans le cadre de financements nationaux (principalement Direction générale de la santé, Santé Publique France, Direction de l'intégration et de l'accès à la nationalité, et Direction de l'asile, voir page 13). Après une année de fort développement des consultations pluridisciplinaires, la période à venir devra être consacrée en priorité :

- à la consolidation et à la stabilisation des activités du Centre de soins et d'accompagnement ;
- à la mise en place d'une activité de clinique mobile bénéficiant aux personnes exilées ne pouvant accéder au Centre de soins du Comede en raison de leur éloignement et de leur situation de vulnérabilité ;
- ainsi qu'à la pérennisation des activités du Centre-ressources, notamment via le redéploiement des permanences téléphoniques dédiées aux professionnel.le.s et associations.

Compte-tenu de l'ampleur des besoins en matière de santé des migrants et d'accès aux soins des étrangers en Guyane, le Comede doit pouvoir compter sur des ressources supplémentaires, tant dans le domaine de l'accueil et des soins, qu'en matière d'information et formation des actrices et acteurs sur le territoire ■

La lettre du Comede

Numéro 73

MAUX d'exil

Éditorial

À contre sens

Johanna Pavie,
Membre du Conseil d'administration du Comede

Si le système de soins français est en tension, en Guyane, l'éloignement géographique renforce un peu plus les difficultés d'accès aux soins. Au désert médical s'ajoutent l'absence de certaines spécialités, et la difficulté pour les populations les plus vulnérables d'accéder aux soins « hors département » du fait du coût et des démarches administratives. Par ailleurs, le roulement des professionnel.le.s de santé, souvent non-guyanais, rend difficile l'implantation des dispositifs pensés pour répondre à ces problématiques, tels les CPTS ou les MSP. Face à ce contexte sanitaire tendu, les besoins en santé sont forts tant en population générale que spécifiques (voir les études SMPG, Parcours). Les acteurs de santé du territoire, institutionnels, associatifs, ou les collectivités territoriales, travaillent en synergie pour proposer des projets innovants et adaptés aux besoins des populations les plus vulnérables. Pourtant, face à ces constats, les réponses de la République « Une et indivisible » semblent parfois ambivalentes. Si la Guyane présente de nombreuses spécificités qui peuvent justifier de politiques publiques adaptées, les régimes dérogatoires tendent parfois vers le bas au regard des droits des personnes étrangères :

- contrôle d'identité et de séjour des personnes par des barrages de gendarmerie fixes,
- visas délivrés pour la Guyane non-valides dans l'espace Schengen,
- autorisation de travail valables uniquement en Guyane,
- absence de recours suspensif devant le Tribunal Administratif en matière d'éloignement,
- expérimentation de certaines modalités de traitement des demandes d'asile,

Le droit à la santé fait partie des droits inaliénables et universels des droits humains. Considérant l'accès aux droits comme l'un des sésames de l'accès aux soins, il est dommageable de voir les politiques de santé publique confrontées à la mise à mal des régimes dérogatoires sur un territoire où l'ampleur de la tache n'est plus à démontrer.

Défis pour la santé en Guyane

Le Comede en route vers les villages isolés du Maroni pour l'opération "pirogue du droit" organisé par le Cdad973.

Située à un peu plus de 7 000 km de l'Hexagone, sur le continent sud-américain, la Guyane est un département français d'Outre-mer qui rencontre de nombreux défis liés à la santé et à l'accès aux droits. Avec 53% de sa population qui vit sous le seuil de pauvreté, une précarité alimentaire alarmante et un accès à l'eau potable très inégal, les difficultés d'accès à la santé et aux droits sont considérables. Pour tenter d'y faire face, des actrices et acteurs de santé développent de nombreuses initiatives sur la région. Elles et ils ont la parole dans ce numéro pour détailler les constats liés à la santé et à l'accueil des plus précaires et les actions mises en place pour y répondre.

Sommaire Décembre 2022

L'accès aux soins en Guyane : entre innovation et renforcement de dispositifs au bénéfice des plus précaires p. 2
ARS Guyane

Impact de la pandémie COVID-19 sur la précarité alimentaire en Guyane p. 4
Centre Hospitalier de Cayenne et Croix Rouge Guyane

Stress Post-Traumatique, santé mentale et migration en Guyane p. 6
ESM Lille-Métropole

Le Comede en Guyane bilan et perspectives p. 7
L'Equipe Comede

Contribution du Comede Guyane à l'activité globale du Comede en 2022
8% des actes et 6% des bénéficiaires

L'EQUIPE DU COMEDE EN GUYANE *en juillet 2023*

Chloë Abrias (*Coordinatrice Guyane)*, Michaël Fajolle (*Accueillant social*), Noemi Fano (*Médecin consultante*), Livio Ferreira De Sa *(Responsable de l'accueil),* Guillaume Lefebvre Deuse (*Médecin consultant*), Anne-Sophie N'Damite (*Juriste consultante*), Christel Voisin *(Psychologue consultante)* et Natacha Zephirin (*Accueillante bénévole*).

Populations

Migrant.e.s, étranger.e.s et exilé.e.s en France, et personnes accompagnées par le Comede

En raison du déficit des données démographiques relatives aux personnes en situation de précarité administrative, les populations de personnes migrantes, étrangères et exilées résidant en France (voir définitions ci-contre) sont difficiles à caractériser avec précision. Pourtant, le croisement des sources publiques et associatives permet d'identifier les groupes les plus nombreux et les plus vulnérables sur le plan de la santé. Au Comede, l'observation démographique est complétée par des données épidémiologiques permettant de déterminer les actions prioritaires de santé publique et d'accompagnement global à mettre en œuvre pour ces populations.

Définitions

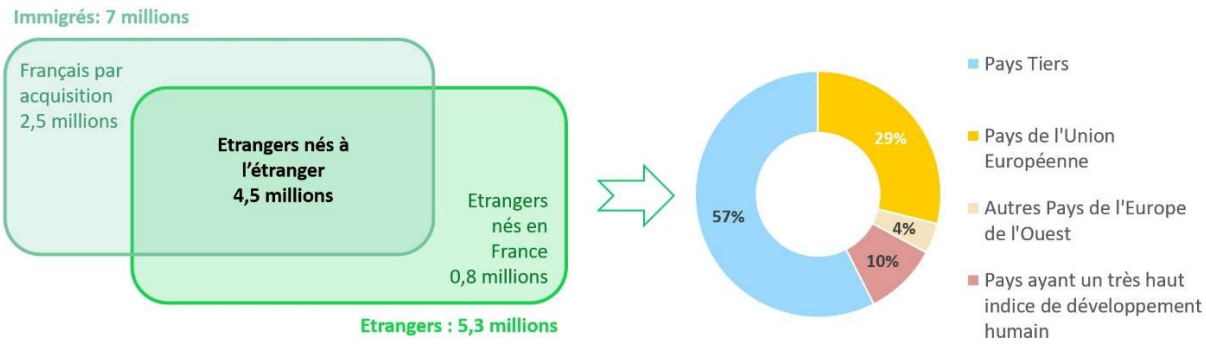
- **Demandeur d'asile** : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.
- **Étranger.e** : personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique. L'expression « **étranger malade** » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.
- **Exilé.e** : terme évoquant le caractère contraint de la migration et/ou la difficulté d'un retour dans le pays, et notamment ses aspects psychiques.
- **Immigré.e** : 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.e** : au sens de *migrant.e international.e*, 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.e** ou « protégé.e subsidiaire » : au sens juridique, personne ayant obtenu le statut de réfugié.e ou la protection subsidiaire accordé/e par l'Ofpra ou la CNDA. Réfugiés et protégés sont parfois regroupés dans la catégorie **BPI**, Bénéficiaires d'une protection internationale.
- **Ressortissants de pays-tiers (RPT)** : personnes ayant la nationalité d'un pays hors Union européenne.
- **Sans-papier** ou **Clandestin** : étranger.e en séjour irrégulier. Ces termes sont souvent destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère légitime (attaches en France du « sans-papier ») ou illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») de la présence de la personne.

POPULATION GLOBALE ET PUBLICS VULNERABLES

La France compte 7 millions d'immigré.e.s (incluant les Français.e.s « par acquisition ») et 5,3 millions d'**étranger.e.s** (*Insee 2022)* dont 33% ont la nationalité d'un pays d'Europe de l'Ouest (EEE + Andorre, Grande Bretagne, Monaco et Suisse, voir figure ci-dessous). Particulièrement exposé.e.s aux facteurs de précarité administrative et sociale, les **ressortissant.e.s de pays-tiers** étaient 3,4 millions fin 2019. D'après le recensement de 2017, les femmes représentent 50% des étranger.e.s, elles sont moins nombreuses

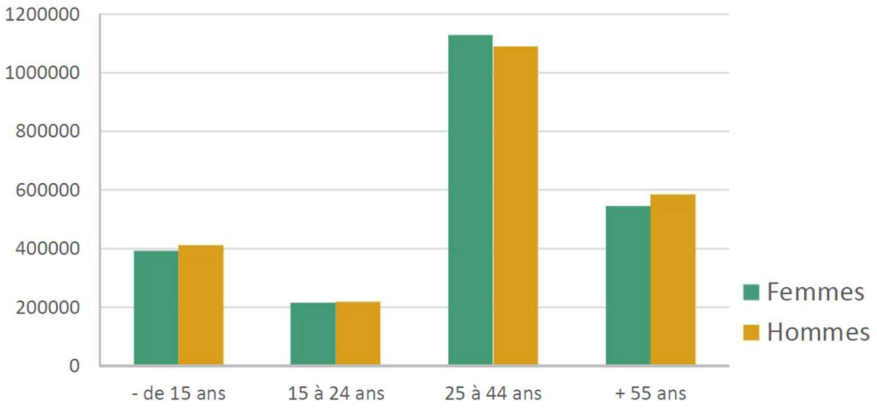
Populations d'étrangers et immigrés résidant en France

Sources Insee 2022 – population générale 68 millions en 2021



Etrangers en France - effectifs par classe d'âge et par sexe

Sources : Insee 2017



parmi les moins de 15 ans et les plus de 55 ans. Parmi l'ensemble des personnes étrangères, près de la moitié sont âgées de 25 à 44 ans, et un quart ont plus de 55 ans (voir figure ci-dessus). Les ressortissants des pays tiers sont principalement originaires d'Afrique du Nord (37% d'entre eux, et 25% du total des étrangers en France, voir tableau ci-dessous), d'Europe de l'Est (14%), d'Afrique de l'Ouest (12%), d'Afrique centrale (8%), d'Asie de l'Est et d'Afrique australe (6%). Parmi les demandeurs d'asile (65% sont des hommes), les régions hors Afrique du Nord sont sur-représentées, particulièrement l'Europe de l'Est (28% en 2022) l'Afrique de l'Ouest (17%), l'Asie centrale (11%) et l'Asie du Sud (11%). Les demandes d'asile sont majoritairement déposées en Ile-de-France (32%), Grand-Est, Auvergne-Rhône-Alpes (10%), Occitanie, Outre-mer (7%) et Paca (6%). S'agissant des réfugié.e.s, la diversité des régions d'origine témoigne de celle des flux d'exilé.e.s au cours des dernières décennies. Dépourvus d'un titre de séjour, les bénéficiaires de l'Aide médicale Etat (439 006 en juin 2023) résident pour moitié en Ile-de-France (49%), 9% en Guyane, 8% en Paca et 7% en Aura.

Etrangers en France - effectifs par région de nationalité

	Ofpra 2022				Insee 2019	
	Demandes d'asile		Protection		Etrangers	
	131 254		547 102		5 000 000	
Europe de l'Ouest			667	< 1%	1637100	33%
Pays Tiers	131254	100%	546435	100%	3362300	67%
Afrique australe	3216	2%	2661	0%	214300	4%
Afrique centrale	12075	9%	64910	12%	255600	5%
Afrique de l'Est	6329	5%	53404	10%	32100	1%
Afrique du Nord	2850	2%	8579	2%	1249000	25%
Afrique de l'Ouest	22140	17%	69540	13%	391000	8%
Amérique du Nord	171	< 1%	353	0%	51500	1%
Amérique du Sud	3404	3%	4073	1%	126400	3%
Asie centrale	18383	14%	66486	12%	28600	1%
Asie de l'Est	1379	1%	36621	7%	215800	4%
Asie du Sud	14990	11%	47047	9%	117300	2%
Caraïbes	3602	3%	7897	1%	102300	2%
Europe de l'Est	36392	28%	117991	22%	478700	10%
Moyen-Orient	5598	4%	64755	12%	94000	2%
Océanie et Autres*	725	1%	2118	< 1%	5700	< 1%

** apatrides et indeterminés*

Certains groupes démographiques constituent des **publics prioritaires** pour les politiques publiques de santé et d'insertion, en raison de la fréquence des situations de vulnérabilité en leur sein (voir Etat de santé). Ces **groupes vulnérables** se recoupent largement.

▪ **Femmes exilées :** elles représentent 50% des étranger.e.s, et ont pour la moitié d'entre elles entre 25 et 44 ans. Elles constituent également 44% des réfugié.e.s et protégé.es subsidiaires en 2022 (17 000 d'entre elles, enfants et adultes, sont protégées contre la menace de Mutilation sexuelle féminine), 35% des demandeurs d'asile et 43% des personnes sollicitant un titre de séjour pour étrangers malades.

▪ **Demandeurs d'asile et réfugiés** : fin 2022, 547 000 personnes étaient placées sous la protection de l'Ofpra (77% réfugiées et 23% protections subsidiaires), qui enregistrait également115 000 nouvelles demandes d'asile.

▪ **Enfants mineurs et jeunes exilés :** le nombre de mineurs non accompagnés pris en charge par les départements est estimé à 40 000 (2020), alors que 15 000 d'entre eux ont été confiés à l'Aide sociale à l'enfance et 980 ont déposé une demande d'asile en 2022.

▪ **Migrant.e.s âgé.e.s de plus de 60 ans :** selon des données de l'Insee en 2012, elles et ils étaient 320 000 ressortissant.e.s de pays tiers, principalement originaires d'Afrique du Nord (72%), d'Europe de l'Est (10%), d'Afrique de l'Ouest (4%) et d'Asie de l'Est (4%).

▪ **Etrangers en séjour précaire** : fin 2022, le ministère de l'Intérieur comptait 649 000 étrangers disposant d'un document provisoire ou d'un titre de séjour ≤ 1 an, alors que le nombre d'étrangers en séjour irrégulier est estimé à plus de 500 000. Au cours des dernières années, on observe la diminution du nombre d'étrangers malades protégés pour raison de santé (35 000 en 2014, voir Accès aux droits page 105), et l'augmentation de celui des étrangers privés de liberté (plus de 70 000 en 2022, voir encadré page 74).

Populations d'exilé.e.s en France et groupes vulnérables

Réfugié.e.s & protégés 547 000	Migrant.e.s ≥60 ans RPT* 320 000
Mineurs vuln. ≈ 50 000	Etrangers malades ≈ 30 000
Etranger.e.s en séjour précaire ≥ 1 200 000 *dont demandeurs d'asile et sans-papiers*	
Etrangers privés de liberté ≈ 70 000, dont plus de 3000 mineurs	

** Ressortissants des pays tiers à l'Union européenne*

POPULATIONS ET CARACTERISTIQUES DES BENEFICIAIRES DU COMEDE

En 2022, le Comede a soigné et accompagné 8 290 personnes, dont 4 646 dans le cadre des permanences téléphoniques (PT, 56%), 2 185 au Centre de santé et hors-les-murs (CDS, 26%) et 1 459 dans les autres lieux de soins (18%, à Cayenne, Marseille, Paris, Pantin et Saint-Etienne). Les publics vulnérables sont très largement représentés parmi ces bénéficiaires, leurs caractéristiques médico-psycho-sociales étant développées dans le chapitre Etat de santé :

➔ **3 380 femmes exilées,** dont 1 970 dans le cadre des permanences téléphoniques, 739 au CDS et 671 dans les autres lieux de soins ;

➔ **1 437 demandeurs d'asile,** dont 861 au CDS, 383 accompagnés dans le cadre des PT et 192 dans les autres lieux d'accueil ;

➔ **706 enfants mineurs** : 237 par les PT, 166 au CDS et 303 dans les autres lieux de soins ; près de la moitié sont des MNA ;

➔ **690 migrantes âgées** ≥ 60 ans, dont 541 accompagnés par téléphone, 101 au CDS et 48 dans les autres lieux de soins ;

➔ **Etrangers en séjour précaire** : les bénéficiaires du Comede se trouvent principalement en situation de séjour précaire et plus d'un tiers sont atteints d'une maladie grave (voir Etat de santé). Parmi les personnes accompagnées par les PT, 34% avaient déjà effectué une demande d'asile et 27% une demande de régularisation médicale.

Bénéficiaires du Comede par dispositif d'accompagnement

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE

	Ensemble					Hommes				Femmes			
2022	Total	%*	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Perm. Téléph.	4646	57%	237	3868	541	2674	121	2291	262	1970	116	1575	279
Centre de santé	2185	27%	153	1942	90	1418	84	1290	44	767	69	652	46
Autres disposit.*	1273	16%	176	1036	61	715	121	560	34	558	55	476	27
Total	8104	100%	566	6846	692	4807	326	4141	340	3295	240	2703	352

** Les autres dispositifs d'accueil et de soins incluent Cayenne (458 personnes), Marseille (399), Paris (252), et Saint-Etienne (164). Les données ne sont pas disponibles pour MSF Pantin (centre MNA, 186 jeunes suivis avec le Comede).*

EFFECTIFS PAR REGION D'ORIGINE ET NATIONALITE

NATIONALITE	TOT	PT	CDS	AUT
Nombre	127	119	77	66
PERSONNES	8104	4646	2185	1273

		PT	CDS	AUT
AFRIQUE AUSTRALE	**144**	**121**	**12**	**11**
COMORES	61	49	6	6
ILE MAURICE	31	27	2	2
MADAGASCAR	46	41	4	1
MOZAMBIQUE	3	1		2
ZIMBABWE	3	3		
AFRIQUE CENTRALE	**1072**	**610**	**340**	**122**
ANGOLA	70	43	18	9
BURUNDI	7	3	1	3
CAMEROUN	220	159	31	30
CENTRAFRIQUE	11	9	2	
CONGO	167	109	36	22
❹ CONGO RD	494	210	238	46
GABON	52	43	6	3
RWANDA	8	5	3	
TCHAD	43	29	5	9
AFRIQUE DE L'EST	**117**	**65**	**45**	**7**
DJIBOUTI	10	8	2	
ERYTHREE	24	10	14	
ETHIOPIE	11	6	3	2
KENYA	4	1	3	
SOMALIE	21	11	10	
SOUDAN	45	27	13	5
SOUDAN SUD	1	1		
TANZANIE	1	1		
AFRIQUE DU NORD	**1445**	**1227**	**118**	**100**
❶ ALGERIE	946	797	78	71
LIBYE	3	2	1	
MAROC	264	239	13	12
SAHARA OCCID.	1			1
TUNISIE	231	189	26	16
AFRIQUE DE L'OUEST	**2622**	**1545**	**627**	**450**
BENIN	51	42	5	4
BURKINA FASO	30	22	6	2
CAP VERT	15	14	1	
❸ COTE D'IVOI.	574	382	130	62
GAMBIE	32	16	3	13
GHANA	39	18	3	18
GUINEE BISSAU	31	7	2	22
❷ GUINEE CON.	653	298	264	91
LIBERIA	4	2		2
❻ MALI	379	264	83	32
MAURITANIE	96	65	26	5
NIGER	26	15	5	6
❽ NIGERIA	307	136	33	138
❾ SENEGAL	296	219	48	29
SIERRA LEONE	41	13	9	19
TOGO	48	32	9	7

		PT	CDS	AUT
AMERIQUE CENT. & NORD	**19**	**16**	**3**	
CANADA	4	3	1	
ETATS-UNIS	9	8	1	
MEXIQUE	6	5	1	
AMERIQUE DU SUD	**246**	**129**	**11**	**106**
ARGENTINE	3	3		
BOLIVIE	5	4	1	
BRESIL	90	29	1	60
CHILI	5	5		
COLOMBIE	53	34	6	13
EQUATEUR	2	2		
GUYANA	17	11		6
PARAGUAY	3	3		
PEROU	28	15	3	10
SURINAM	14	12		2
VENEZUELA	26	11		15
ASIE CENTRALE	**185**	**58**	**97**	**30**
AFGHANIST.	172	51	95	26
KAZAKHSTAN	2	2		
MONGOLIE	8	4		4
OUZBEKISTAN	1	1		
TADJIKISTAN	2		2	
ASIE DE L'EST	**43**	**33**	**7**	**3**
BIRMANIE	1		1	
CAMBODGE	2	2		
CHINE	15	13	2	
CHI/HONG-KON.	2	2		
CHI/TIBET	5	1	2	2
INDONESIE	1	1		
JAPON	1	1		
LAOS	1			1
PHILIPPINES	5	5		
THAILANDE	2	1	1	
VIETNAM	8	7	1	
ASIE DU SUD	**661**	**123**	**507**	**31**
❺ BANGLADES.	422	55	350	17
INDE	15	8	5	2
NEPAL	2		1	1
PAKISTAN	66	33	27	6
SRI LANKA	156	27	124	5
CARAÏBES	**367**	**77**	**8**	**282**
BAHAMAS	1		1	
CUBA	39	6	3	30
❿ HAITI	294	67	4	223
REP. DOMINIC.	32	4		28

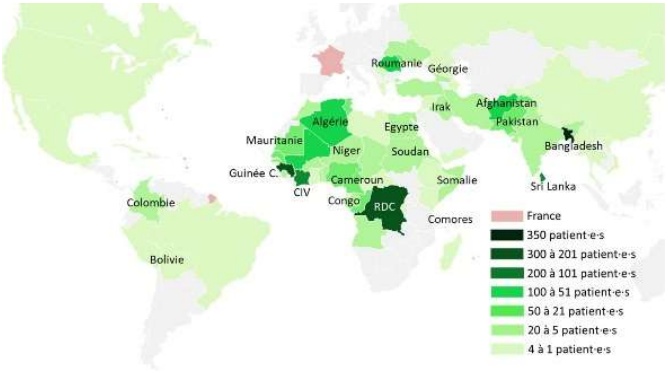
		PT	CDS	AUT
TRINITE-&-TOB.	1			1
EUROPE DE L'EST	**581**	**417**	**80**	**84**
ALBANIE	89	65		24
ARMENIE	62	51		11
AZERBAÏDJAN	7	6	1	
BIELORUSSIE	5	4		1
BOSNIE	12	12		
GEORGIE	162	121	10	31
KOSOVO	21	19		2
MACEDOINE	4	4		
MOLDAVIE	60	15	45	
RUSSIE	35	30	3	2
RUS/TCHETCH.	9	3	1	5
SERBIE & MT.	18	17	1	
TURQUIE	48	34	10	4
UKRAINE	49	36	9	4
EUROPE DE L'OUEST	**445**	**129**	**306**	**10**
ALLEMAGNE	3	3		
AUTRICHE	1			1
BELGIQUE	5	5		
BULGARIE	14	13	1	
CROATIE	4	4		
ESPAGNE	13	13		
FRANCE	25	18	3	4
GRECE	2	1	1	
ITALIE	20	20		
LETTONIE	1	1		
LITUANIE	1	1		
POLOGNE	5	5		
PORTUGAL	6	6		
❼ ROUMANIE	337	31	301	5
ROYAUME-UNI	4	4		
SLOVAQUIE	1	1		
SUISSE	3	3		
MOYEN-ORIENT	**146**	**86**	**24**	**36**
EGYPTE	35	28	6	1
IRAK	16	7	7	2
IRAN	14	7	6	1
KOWEIT	1			1
LIBAN	21	20	1	
PALESTINE	4	3	1	
SYRIE	50	20	2	28
YEMEN	5	1	2	2
APATRIDES & INDETERMINE	**4**	**2**		**2**
APATRIDE	3	1		2
INDETERMINE	1	1		

En 2022, ces exilé.e.s étaient originaires de 127 pays, principalement d'Afrique de l'Ouest (total 32%, Guinée 8%, Côte d'Ivoire 7%, Mali 5%), d'Afrique du Nord (18%, Algérie 12%), d'Afrique centrale (13%, Congo RD 6%), d'Asie du Sud (8%, Bangladesh 5%), d'Europe de l'Est (7%), d'Europe de l'Ouest et des Caraïbes (5%). Ces personnes résident majoritairement en régions Ile-de-France (67% de l'ensemble), ainsi que dans les autres régions d'implantation des dispositifs du Comede (Aura, Paca et Guyane), alors que 15% des bénéficiaires des PT nationales résident dans les 12 autres régions.

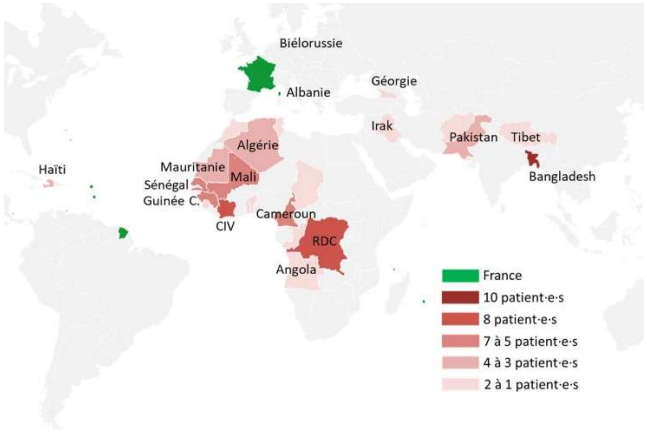
La répartition des origines géographiques diffère selon la région de résidence, comme on l'observe dans les cartes ci-dessous. Certaines nationalités prédominent dans certains dispositifs, comme le Bangladesh, le Congo RD et la Roumanie en Ile-de-France (CDS et Paris), la Guinée à Saint-Etienne, le Nigeria à Marseille, ou Haïti et les pays d'Amérique à Cayenne.

Origine géographique des patient.e.s des centres de soins

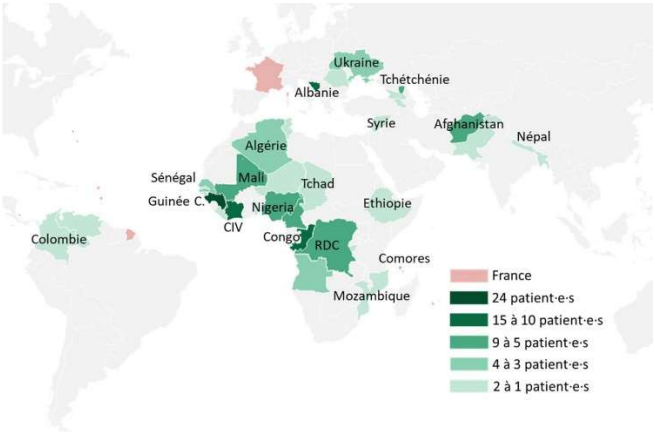
Centre de santé



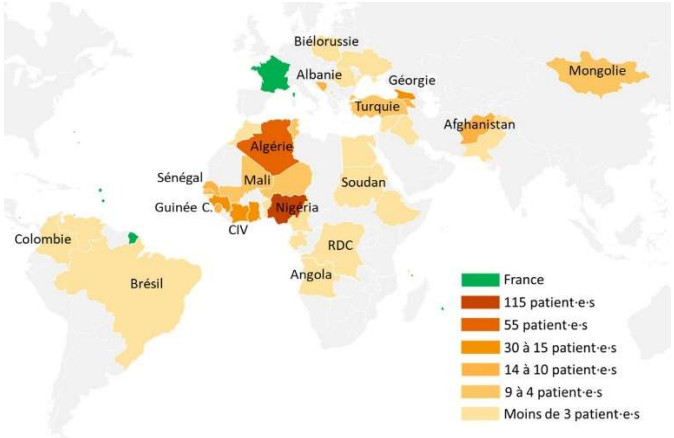
Comede Paris



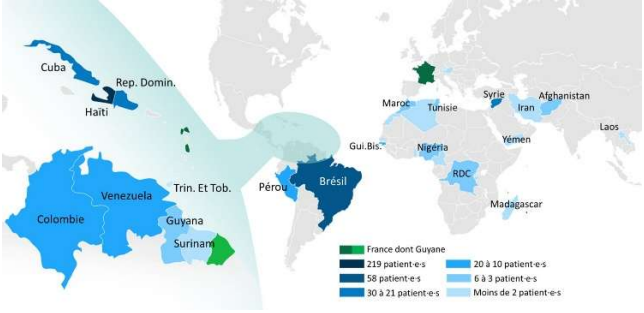
Comede Loire



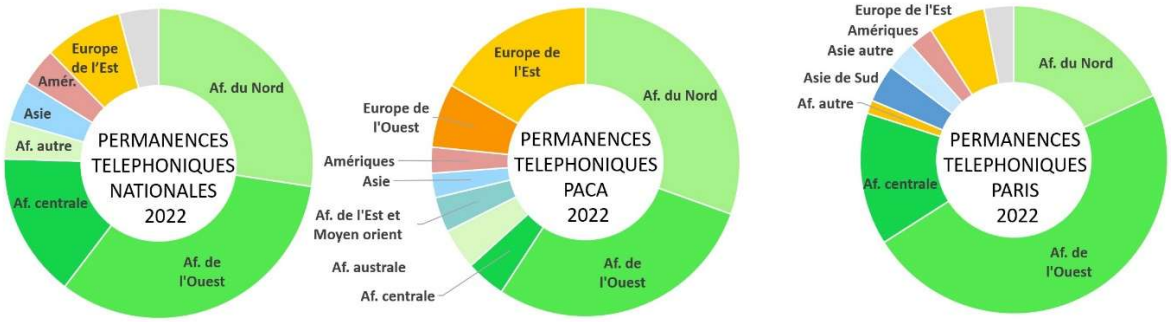
Comede Paca



Comede Guyane



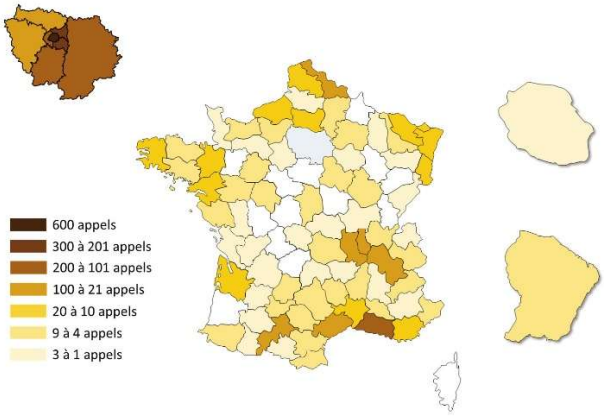
Origine géographique des bénéficiaires des permanences téléphoniques nationales, Paca et Paris



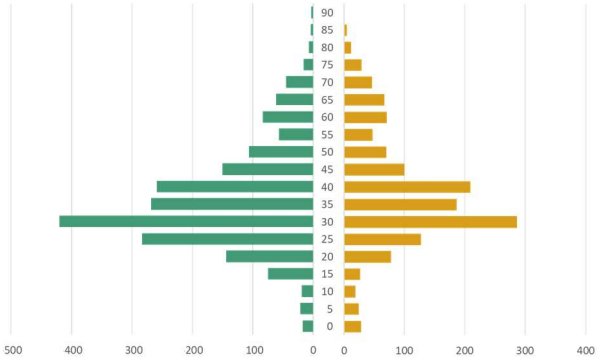
La répartion des appels des permanences téléphoniques recoupe celle des principaux départements de résidence des exilé.e.s (voir carte ci-contre). L'origine géographique des bénéficiaires y dépend également du dispositif (voir figure ci-dessus), avec notamment une surreprésentation des exilé.e.s d'Europe pour les PT Paca et d'Asie du Sud pour les PT Paris.

Le tableau page suivante agrège les caractéristiques démographiques de l'ensemble des exilé.e.s accompagné.e.s par le Comede en 2022. D'âge moyen compris entre 27 ans (Loire) et 38 ans (PT), ces personnes sont récemment arrivées en France (médiane 1,5 ans CDS et Loire, 3 ans Guyane et Paca). L'analyse par publics vulnérables au sein des différents dispositifs permet d'observer certaines différences. La proportion de femmes est plus importante à Cayenne (53%), Saint-Etienne (44%) et dans le cadre des PT (42%). Les demandeurs d'asile sont plus jeunes que les autres exilé.e.s, et sont plus récemment arrivés en France, de même que les femmes et les mineurs. Les migrant.e.s âgé.e.s sont exilé.e.s depuis plus longtemps (moyenne 6 ans).

Départements d'appel des permanences téléphoniques en 2022



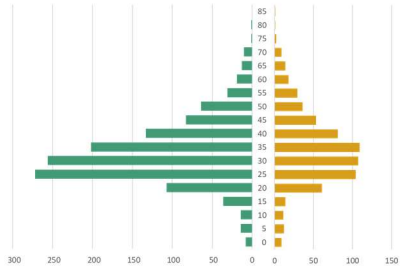
Pyramide des âges des bénéficiaires (M/F) des permanences téléphoniques nationales 2022

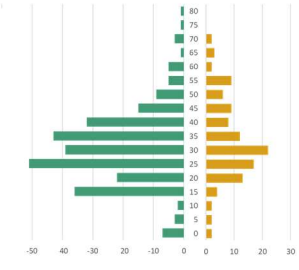


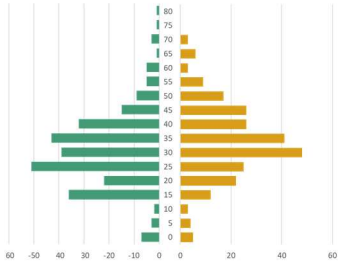
Pyramide des âges (M/F) des patient.e.s du CDS, 2022

Pyramide des âges (M/F) des patient.e.s en Paca, 2022

Pyramide des âges (M/F) des patient.e.s en Guyane, 2022


85
80
75
70
65
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
300 250 200 150 100 50 0 0 50 100 150


80
75
70
65
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
-50 40 -30 20 -10 0 0 10 20 30


80
75
70
65
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
60 -50 40 30 -20 -10 0 0 20 40 60

Caractéristiques démographiques des bénéficiaires du Comede

2022	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD Asile	ATCD dasem

PAR DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT

Total	7671	100%	40%	35 ans	37 ans	2,5 ans	4 ans	45%	nc	nc
PT	4672	61%	42%	35 ans	38 ans	2,5 ans	4 ans	55%	34%	27%
CDS	1935	25%	35%	34 ans	35 ans	1,5 ans	3 ans	31%	nc	nc
Guyane	458	6%	53%	36 ans	37 ans	3 ans	5 ans	40%	nc	nc
Paca	388	5%	29%	33 ans	34 ans	3 ans	4 ans	69%	nc	nc
Loire	140	2%	44%	26 ans	27 ans	1,5 ans	2 ans	72%	nc	nc
Paris	77	1%	32%	33 ans	34 ans	2,5 ans	4 ans	62%	nc	nc

PAR GROUPE VULNERABLE

Femmes	3101	100%	100%	36 ans	38 ans	2 ans	3 ans	42%	nc	nc
PT	1970	64%	100%	36 ans	39 ans	2 ans	3 ans	52%	28%	26%
CDS	671	22%	100%	35 ans	36 ans	1,5 an	2,5 ans	31%	nc	nc
Guyane	250	8%	100%	36 ans	37 ans	4 ans	5 ans	38%	nc	nc
Paca	113	4%	100%	35 ans	36 ans	3,5 ans	4 ans	66%	nc	nc
Loire	62	2%	100%	27 ans	28 ans	2 ans	3 ans	73%	nc	nc

Dem. asile	1259	100%	34%	31 ans	33 ans	1 an	1,5 an	34%	nc	nc
CDS	664	53%	28%	32 ans	33 ans	1 an	1,5 an	30%	nc	nc
PT	383	30%	39%	30 ans	32 ans	1 an	1,5 an	43%	100%	8%
Guyane	104	8%	44%	34 ans	34 ans	6 mois	1 an	26%	nc	Nc
Paca	45	4%	27%	32 ans	34 ans	1,5 an	2,5 ans	71%	nc	Nc

Mineur.e.s	496	100%	41%	11 ans	10 ans	1 ans	1,5 ans	40%	nc	nc
PT	237	48%	49%	9 ans	10 ans	1 an	0,5 an	46%	20%	19%
CDS	107	22%	40%	12 ans	11 ans	8 mois	1 an	10%	nc	nc
Paca	48	10%	21%	15 ans	12 ans	1 ans	2,5 ans	77%	nc	nc
Guyane	42	8%	45%	7 ans	8 ans	2,5 ans	3,5 ans	60%	nc	nc
Loire	33	7%	30%	16 ans	14 ans	7 mois	1,5 ans	76%	nc	nc

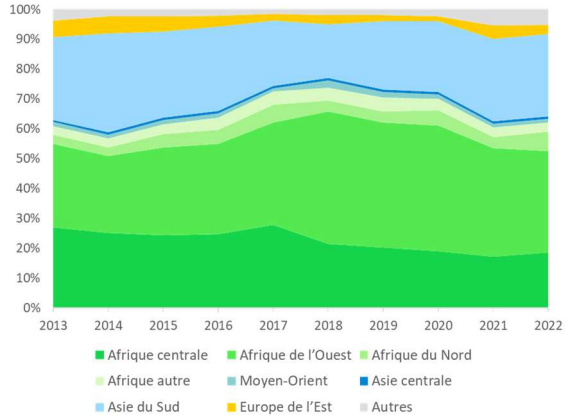
M. Âgé.e.s	677	100%	51%	67	68 ans	2 ans	6 ans	54%	nc	nc
PT	541	80%	52%	67 ans	68 ans	1 an	5 ans	59%	11%	24%
CDS	89	13%	51%	66 ans	67 ans	3 ans	7 ans	42%	nc	nc

PAR REGION D'ORIGINE

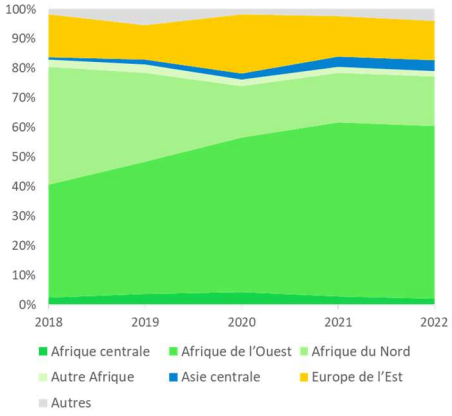
Af. australe	142	<1%	64%	40 ans	44 ans	2 ans	4 ans	50%
Af. centrale	1022	2%	55%	36 ans	38 ans	2,5 ans	4 ans	53%
Af. Est	115	13%	30%	30 ans	33 ans	1,5 ans	2 ans	35%
Af. Nord	1440	1%	40%	38 ans	40 ans	2 ans	4 ans	47%
Af. Ouest	2521	19%	35%	31 ans	33 ans	3 ans	4 ans	47%
Am. Sud	247	33%	60%	39 ans	41 ans	2,5 ans	6 ans	39%
As. central.	181	3%	19%	30 ans	32 ans	1,5 ans	2 ans	39%
As. Sud	648	2%	15%	34 ans	36 ans	2 ans	2,5 ans	34%
Caraïbes	367	8%	60%	35 ans	36 ans	3 ans	5 ans	39%
Eu. Est	558	5%	44%	40 ans	39 ans	2,5 ans	3,5 ans	42%
Eu. Ouest	217	7%	53%	40 ans	39 ans	2 ans	5 ans	14%
Moy-Orient	146	3%	29%	35 ans	36 ans	2 ans	3 ans	47%

Evolution de l'origine géographique des patient.e.s

Centre de santé



Comede Paca



On observe également certaines différences selon les régions d'origine. La proportion de femmes est plus élevée parmi les personnes d'Afrique australe (64%), des Caraïbes, d'Amérique du Sud (60%), d'Afrique centrale (55%) et d'Europe de l'Ouest (53%), et plus faible parmi les exilé.e.s d'Asie du Sud (15%) et d'Asie centrale (19%). Les plus jeunes sont les exilé.e.s d'Asie centrale (moyenne 32 ans), et d'Afrique de l'Ouest et de l'Est (33 ans) ; les plus âgé.e.s celles et ceux d'Afrique Australe (44 ans), d'Amérique du Sud (41 ans) et d'Afrique du Nord (40 ans). Les personnes d'Asie centrale et d'Afrique de l'Est sont les plus récemment arrivées en France (moyenne 2 ans).

SITUATION FAMILIALE EN FRANCE, FORMATION ET PROFESSION DANS LE PAYS D'ORIGINE

La situation de famille témoigne du grand isolement de ces personnes, la moitié vivant seules (54% en consultation, 45% pour les permanences téléphoniques, voir tableau ci-dessous). La situation de solitude est particulièrement fréquente parmi les demandeurs d'asile (65%), les exilé.e.s d'Asie du Sud (75% CS), d'Afrique de l'Ouest (71% CS) et d'Afrique centrale (62% CS), et pour l'ensemble des patient.e.s accueilli.e.s en Ile-de-France (74%). Parmi les autres situations, 16% sont en situation de couple avec enfant, 9%

Situation familiale en France

Patient.e.s des centres de soins et bénéficiaires des PT au premier appel (2022)

	Total		Couple avec enfants		Couple sans enfant		Parent isolé		Seul		Autre	
	CS	PT	CS	PT	CS	PT	CS	PT	CS	PT	CS	PT
Total	**1464**	**2842**	16%	16%	5%	5%	9%	9%	54%	45%	16%	25%
Femmes	622	1311	20%	19%	7%	6%	17%	17%	35%	29%	21%	29%
DA	376	269	14%	15%	6%	5%	4%	7%	65%	65%	10%	8%
Mineur.e.s	131	170	21%	36%		2%	15%	18%	46%	15%	18%	29%
Agé.e.s	65	356	6%	6%	9%	6%	9%	3%	40%	23%	35%	63%
AFC	191	342	8%	10%	4%	2%	10%	14%	62%	49%	15%	24%
AFN	74	815	15%	14%	5%	6%	8%	8%	41%	34%	31%	38%
AFO	487	877	10%	13%	3%	3%	7%	9%	71%	62%	8%	14%
AMS	104	98	18%	10%	10%	11%	10%	14%	32%	27%	31%	38%
ASS	150	57	9%	26%	5%	7%	1%	2%	75%	53%	10%	12%
CAR	254	48	26%	13%	5%	8%	15%	10%	27%	40%	26%	29%
EUE	68	279	38%	35%	9%	6%	12%	7%	18%	33%	24%	19%
MO	45	49	33%	24%	2%	6%		4%	53%	49%	11%	16%
Ile-de-France	374	1475	9%	13%	4%	5%	5%	9%	74%	46%	9%	27%
Paca	241	658	15%	17%	5%	4%	9%	10%	52%	47%	18%	22%
Autre	548	501	24%	21%	5%	6%	12%	8%	37%	45%	22%	21%

parent.e.s isolé.e.s, et 5% en couple sans enfant (présent en France). Un quart des bénéficiaires des permanences téléphoniques vivent avec un autre membre de famille, et c'est le cas des deux tiers des migrant.e.s âgé.e.s. Les personnes originaires d'Europe de l'Est vivent plus souvent en couple (47% CS), celles d'Afrique du Nord plus souvent avec d'autres membres de famille (38% PT). Les femmes ont plus souvent des enfants (37%, et sont plus souvent parentes isolées (17% PT).

En matière de formation initiale (voir tableau ci-dessus), 59% des patient.e.s du Comede en 2022 avaient pu compléter leurs études, dont 45% secondaires/professionnelles et 14% universitaires), un quart ont effectué des études primaires (24%), alors que 16% n'avaient pas eu de scolarisation. La formation universitaire est plus fréquente parmi les demandeurs d'asile (16%), et parmi les exilé.e.s originaires d'Asie du Sud (17%). Plus d'une femme sur cinq n'a pas bénéficié de scolarisation (22%), et de même près d'une personne sur quatre parmi les exilé.e.s d'Afrique de l'Ouest (24%).

S'agissant de la profession dans le pays d'origine (voir tableau page précédente), les trois quarts des patient.e.s du Comede en exerçaient une (28% étaient sans profession, cette proportion incluant les étudiant.e.s). Les professions le plus souvent déclarées sont commerçant.e.s (20% du total, 26% parmi les personnes d'Afrique de l'Ouest, 25% d'Asie du Sud et 22% parmi les demandeurs d'asile), employé.e.s (10% du total, davantage parmi les exilé.e.s d'Afrique centrale), et ouvrier.e.s (9%, davantage parmi les personnes d'Afrique de

Scolarisation et formation dans le pays d'origine

Patient.e.s des centres de soins à la première consultation 2022

	Total	Aucune	Primaire	Secondaire	Professionnelle	Universitaire
Total	**623**	**16%**	**24%**	**32%**	**13%**	**14%**
Femmes	**225**	22%	17%	32%	15%	14%
Demandeurs d'asile	**172**	15%	26%	31%	12%	16%
Mineur.e.s	**61**	28%	36%	25%	11%	
Afrique centrale	**141**	9%	21%	33%	20%	16%
Afrique de l'Ouest	**268**	24%	30%	25%	12%	10%
Asie du Sud	**104**	6%	23%	51%	3%	17%

Profession dans le pays d'origine

Patient.e.s des centres de soins à la première consultation 2022

	Total	Agriculteur	Artisan	Chef d'entreprise	Commerçant	Employé	Etudiant	Ouvrier	Prof intellectuelle	Prof intermédiaire	Retraité	Sans
Total général	**566**	**4%**	**7%**	**1%**	**20%**	**10%**	**6%**	**9%**	**7%**	**6%**	**1%**	**28%**
Femmes	**198**	1%	4%	1%	16%	11%	9%	2%	5%	11%	1%	41%
Demandeurs d'asile	**157**	7%	7%	1%	22%	8%	5%	4%	10%	8%	1%	27%
Mineurs	**39**						26%	3%				72%
Afrique centrale	**132**	1%	9%	1%	15%	16%	4%	5%	5%	14%	2%	30%
Afrique de l'Ouest	**217**	3%	9%		26%	10%	5%	11%	4%	3%		29%
Asie du Sud	**104**	10%	8%	3%	25%	6%	6%	9%	12%	5%	1%	17%

l'Ouest). Les femmes étaient plus souvent sans profession (41%), et plus nombreuses que les hommes à avoir exercé une profession intermédiaire. L'exercice d'une profession intellectuelle était plus fréquent parmi les demandeurs d'asile et les exilé.e.s d'Asie du Sud ■

Enfermement des étrangers en France et défaut de protection contre l'éloignement des étrangers malades en CRA

Au cours des dernières années**, plus de 50 000 personnes de nationalité étrangère sont privées de liberté chaque année pour des raisons administratives**, « à la frontière » (7 000 personnes maintenues dans les zones d'attente en 2022, outre les 36 000 personnes « réacheminées » immédiatement, parmi lesquelles des demandeurs d'asile), et « en vue de leur éloignement » (44 000 personnes retenues dans les centres et locaux de rétention administrative en 2022, voir infra). Outre ces mesures d'enfermement administratif qui leur sont spécifiques, les étrangers sont aussi largement représentés dans la population carcérale. Avec 15 000 personnes en 2017, ils représentaient 22% des détenus alors qu'ils ne correspondent qu'à 8% de la population générale. Conséquence de la précarité du séjour et de la restriction des droits assortis, cette surreprésentation des étrangers dans la population pénale n'est pas liée à une délinquance de droit commun dans ces populations, selon une étude de 2024 du Centre d'études prospectives et d'informations internationales, rattaché aux services de la première ministre. Les économistes auteurs de l'étude dressent un état des lieux des travaux de la recherche sur le sujet, dans plusieurs pays, et constatent qu'« aucune étude ne trouve d'effet de l'immigration sur la délinquance ».

Concernant la rétention administrative et d'après le rapport au parlement « Les étrangers en France » concernant l'année 2019 , 50 498 personnes avaient été placées en centres de rétention, dont 3 377 enfants mineurs. L'immense majorité des enfants retenus l'étaient dans les territoires d'Outre-mer. Le rapport 2021 des associations intervenant dans les Centres de rétention comptait 42 353 personnes retenues en 2021, dont plus de la moitié en Outre-mer (27 649 personnes, dont 26 485 à Mayotte). De nombreux CRA ont été fermés en 2020 lors de la crise Covid, puis réouverts avec une jauge sanitaire en limitant l'occupation. Ces limitations ont été progressivement réduites pour atteindre à nouveau une capacité d'occupation habituelle depuis septembre 2021.

En 2019 et 2020, parmi les 2 112 appels et méls traités par les médecins des permanences téléphoniques du Comede, 289 (13%) concernaient des personnes étrangères en situation d'enfermement, pour évaluer les critères médicaux de protection contre l'éloignement pour raison médicale (voir Accès aux droits, Dasem). Ces appels émanent dans leur grande majorité des associations de soutien juridique (principalement Assfam et Cimade, voir page 18) qui interviennent dans les Centres de rétention administrative d'Ile-de-France. Dans ces centres, la situation des « étrangers malades » relevant d'une protection doit théoriquement être examinée par /lale médecin de zone de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii), lequel doit être alerté par la/le médecin de l'Unité médicale du centre de rétention (Umcra).

L'analyse de ces 289 situations révèle un défaut de protection à chacune des étapes de ce circuit médical. D'une part, les médecins des Umcra écartent un certain nombre de situations où les critères médicaux sont pourtant réunis selon les médecins du Comede (c'est le cas dans 71% de l'ensemble des appels/méls concernant un Dasem). Et par la suite, lorsque les médecins de l'Ofii sont sollicité.e.s, leur pratique se révèle encore plus défavorable aux malades en situation d'enfermement : le rapport 2020 de l'Ofii indique un taux d'accord particulièrement faible (24%) dans ces situations, nettement plus faible que celui (65%) observé dans le cadre de la procédure de droit au séjour (Art. L425-9 du Ceseda), et alors même que les situations médicales sont comparables. Tout se passe comme si l'évaluation médicale était influencée par le statut administratif et/ou pénal, ceci en contradiction avec les obligations du Code de déontologie médicale.

Si ces données n'ont pas été réactualisées en 2021 et 2002, l'évolution au cours de cette période correspond d'une part à une augmentation des sollicitations des permanences téléphoniques médicales par l'ensemble des associations intervenant dans les CRA, et d'autre part à des pratiques toujours plus restrictives en matière de protection contre l'éloignement des étrangers malades.

Etat de santé

Vulnérabilité sociale, violence et torture, épidémiologie médico-psychologique

Expérience de l'exil et de la violence, barrage de la langue, exclusion et discriminations, inhospitalité et xénophobie : l'état de santé des exilé.e.s est affecté par de multiples facteurs de vulnérabilité. Aggravée par les réformes successives du droit des étrangers, la précarité administrative de plus d'un million de personnes (voir chapitre précédent) entraîne une situation de profonde précarité sociale. Ces différents facteurs de vulnérabilité renforcent les obstacles à l'accès à la prévention et aux soins, et contribuent parfois directement à l'apparition des pathologies observées. Dans la suite de ce chapitre seront présentées successivement les données de vulnérabilité sociale, psychologique puis médicale issues du dispositif d'observation du Comede (présentation pages 9 et 25).

VULNERABILITE SOCIALE ET POPULATIONS PRIORITAIRES

Plusieurs groupes démographiques sont considérés comme prioritaires, en raison de leur situation de vulnérabilité sociale et/ou médicale, par les pouvoirs publics (personnes atteintes de maladie grave, femmes, migrant.e.s âgé.e.s, enfants mineur.e.s, demandeurs d'asile) et/ou les associations de soutien (étrangers malades, victimes de violences et autres étrangers en séjour précaire). En outre, l'analyse des données portant sur la vulnérabilité sociale permet de mettre en évidence d'autres différences significatives selon les régions d'origine et de résidence, ainsi que la formation et la profession exercée dans le pays d'origine. Les données suivantes portent sur plus de 20 000 personnes suivies en consultation (Cs) ou accompagnées dans le cadre des Permanences téléphoniques (PT) au cours des dernières années.

Ces populations sont confrontées à un cumul de facteurs de vulnérabilité sociale, facteurs largement associés entre eux. La situation globale s'est aggravée depuis plusieurs années. Elle est particulièrement préoccupante sur le plan de l'hébergement : lors des premières consultations, plus d'une personne sur deux ne peuvent pas compter sur un hébergement stable (56% entre 2017 et 2022, voir encadré page suivante).

Les données détaillées dans les tableaux des pages suivantes portent sur la période 2014-2020 et concernant plus de 10 000 patient.e.s des centres de soins et plus de 10 000 bénéficiaires des permanences téléphoniques. Sur le plan financier, la quasi-totalité des personnes accompagnées par le Comede ont des ressources financières inférieures au plafond de la C2S (99% Cs et 93% PT). Egalement très prégnante, la précarité du statut administratif (93% Cs et 89% PT, voir caractéristiques du séjour page 80) affecte directement les démarches d'accès aux droits.

Principal obstacle à l'accès aux soins, l'absence de protection maladie est constatée parmi de nombreuses personnes (70% Cs et 27% PT), même si cette proportion s'explique pour une part importante par la nature du recours au Comede en vue d'un soutien dans ce domaine. (voir Accès aux soins page 91). Autres facteurs délétères pour la santé, les indicateurs de vulnérabilité sociale les plus souvent retrouvés sont les obstacles linguistiques (40% des patient.e.s du Comede ne peuvent s'exprimer en français ni en anglais), les restrictions alimentaires pour des raisons financières (29% PT, 20% Cs), l'isolement relationnel (33% des patient.e.s n'ont pas de proche « avec qui partager leurs émotions »), et les difficultés de déplacements (25% Cs).

Définie par la présence au moins de 5 facteurs de vulnérabilité, la situation de détresse sociale (voir encadré page suivante) a concerné 27% des patient.e.s entre 2014 et 2020, et s'est élevée à 47% pour les patient.e.s des centres de soins lors des premières consultations entre 2017 et 2022.

Evolution de la vulnérabilité sociale au cours du suivi au Comede

Lors des consultations du Comede, les situations de vulnérabilité sociale des patient.e.s sont régulièrement évaluées au cours du suivi. **Entre 2017 et 2022, 1486 personnes ont eu au moins 2 évaluations successives** (1269 au Centre de santé et 217 dans les autres dispositifs de soins). En sélectionnant la première évaluation (réalisée à l'entrée dans le dispositif) et la dernière enregistrée, **le délai mesuré était en moyenne de 12 mois (médiane 7 mois) sur la période.**

Le tableau suivant indique à la fois l'ampleur du problème et l'évolution des taux de vulnérabilité pour les 8 critères retenus par le Comede (voir définitions infra). **La situation s'est améliorée en premier lieu sur le plan de la protection maladie** (+50 points, le taux des personnes dépourvues a baissé de 73% à 23%, voir tableau), et dans une moindre mesure sur le plan de l'isolement relationnel (+24, de 58% à 34%), des ressources financières (+22, de 78% à 56%), de l'accès à l'hébergement (+20, de 56% à 36%) et face aux difficultés de déplacement (+15, de 43% à 28%). L'amélioration est plus faible pour l'accès à un document de séjour (+11, de 40% à 29%), à l'alimentation (+10, de 32% à 22%), et pour la communication en français (+10, de 44% à 34%). **La part des patient.e.s en situation de détresse sociale a diminué de 26 points (de 47% à 21%).**

	1 allophones	2 Hébergement précaire	3 Isolement relationnel	4 difficultés de déplacement	5 Séjour précaire	6 absence de Prot. maladie	7 privation alimentaie	8 absence de Ressources	**Détresse sociale**
Première évaluation	44%	56%	58%	43%	40%	73%	32%	78%	**47%**
Dernière évaluation	34%	36%	34%	28%	29%	23%	22%	56%	**21%**

Indicateurs de vulnérabilité sociale et de détresse sociale

Le Comede utilise la combinaison des 8 critères de vulnérabilité sociale détaillés ci-dessous. Les personnes qui remplissent au moins 5 de ces 8 critères sont considérées en situation de détresse sociale, et bénéficient d'un accueil prioritaire aux centres de soins de l'association.

- 1 Langue. Pas de maîtrise orale suffisante du français ou de l'anglais pour demander son chemin, comprendre les résultats d'un bilan, effectuer une démarche
- 2 Hébergement précaire. Y a -t-il des problèmes avec l'hébergement ? selon la personne
- 3 Isolement relationnel. N'avoir personne sur qui compter, avec qui partager ses émotions
- 4 Difficultés de déplacement, pour des raisons physiques (handicap) ou psychosociales (peur, coût du trajet etc.)
- 5 Séjour : pas de droit au séjour
- 6 Protection maladie. Absence de dispense d'avance des frais (ni C2S ni AME en cours)
- 7 Alimentation. Lors des derniers jours, avez-vous pu manger à votre faim ? Vous êtes-vous privé d'un repas pour des raisons financières ?
- 8 Ressources financières : inférieures au montant de l'allocation pour demandeur d'asile (14 € par jour par personne).

Ces indicateurs de vulnérabilité sociale sont plus fréquents encore dans certains groupes. La situation de détresse sociale est accentuée concernant les femmes (29%), les obstacles à la communication linguistique sont majeurs parmi les demandeurs d'asile (51%) et les migrantes âgées (45%), alors qu'un quart des mineurs sont isolés sur le plan relationnel (25%). Selon la région d'origine, le cumul des facteurs de vulnérabilité culmine pour les exilé.e.s d'Afrique de l'Ouest et d'Europe de l'Est (détresse sociale 35%), d'Afrique de l'Est (32%), d'Afrique centrale et d'Asie centrale (29%). Les besoins d'interprétariat concernent la grande majorité des personnes originaires d'Asie centrale (85%), Europe de l'Est (80%), d'Asie du Sud (77%), et du Moyen-Orient (76%), ainsi qu'une proportion importante des Africains (Afrique de l'Est 69%, Afrique du Nord 26%).

Vulnérabilité sociale et administrative

PATIENT.E.S DU COMEDE (CDS ET PACA) A LA PREMIERE CONSULTATION, 2014-2020

Les cases en vert clair signalent des taux supérieurs à la moyenne (taux global)

	Total	Pas de chez soi	Sans Hébergem.	A la rue	Séjour précaire	Pas de prot. maladie	Pas de proche	Difficulté déplacem.	Allophone	Obstacle alimentation	**Détresse sociale**
Total	10001	97%	35%	14%	90%	70%	33%	25%	40%	20%	**27%**
Dispositif											
Centre de santé	9660	98%	35%	14%	91%	72%	33%	25%	40%	20%	**27%**
Comede Paca	317	86%	30%	6%	95%	14%	44%	25%	50%	23%	**31%**
Groupe vulnérable											
Femmes	2871	96%	30%	10%	95%	74%	32%	27%	29%	21%	**29%**
Demandeurs d'asile	4623	99%	39%	16%	100%	67%	40%	24%	51%	19%	**22%**
Mineurs	756	97%	26%	1%	17%	60%	25%	23%	31%	18%	**24%**
Agées	382	97%	12%	25%	97%	72%	13%	21%	45%	10%	**18%**
Région d'origine											
Afrique centrale	1828	97%	35%	12%	94%	79%	31%	26%	10%	28%	**29%**
Afrique de l'Est	304	99%	42%	20%	96%	67%	42%	21%	69%	20%	**32%**
Afrique du Nord	488	91%	21%	6%	89%	58%	25%	23%	26%	14%	**19%**
Afrique de l'Ouest	3151	98%	41%	22%	84%	68%	42%	30%	23%	29%	**35%**
Asie centrale	248	99%	42%	20%	100%	55%	62%	24%	85%	16%	**29%**
Asie de l'Est	60	98%	22%	8%	91%	70%	20%	15%	70%	8%	**18%**
Asie du Sud	2120	97%	15%	3%	97%	76%	19%	16%	77%	6%	**13%**
Europe de l'Est	320	95%	42%	18%	97%	62%	22%	18%	80%	16%	**35%**
Moyen-Orient	156	99%	25%	10%	78%	57%	42%	24%	76%	11%	**26%**
Etudes et formation											
Aucune	521	98%	40%	19%	72%	74%	31%	21%	53%	26%	**34%**
Primaire	1408	98%	31%	13%	85%	78%	20%	16%	46%	21%	**25%**
Professionnelle	316	97%	34%	14%	96%	79%	19%	14%	22%	24%	**25%**
Secondaire	1953	97%	26%	10%	91%	82%	18%	15%	38%	20%	**21%**
Universitaire	953	97%	24%	12%	96%	84%	17%	12%	23%	21%	**18%**

La situation de vulnérabilité sociale est également très liée au niveau de formation initiale. Plus le niveau d'études est élevé, plus faible est la proportion des personnes en situation de détresse sociale, cet écart variant du simple au double (34% des personnes sans aucune formation *vs* 18% des personnes ayant bénéficié d'études universitaires). Cette variation est particulièrement importante sur le plan de la langue (53% *vs* 23% allophones) et de l'isolement relationnel (31% vs 17%). Il existe enfin des différences importantes selon la région de résidence des bénéficiaires des permanences téléphoniques, la situation sociale étant encore plus défavorable pour les exilé.e.s vivant en Guyane et en région Paca.

Vulnérabilité sociale et administrative

BENEFICIAIRES DES PERMANENCES TELEPHONIQUES, 2017-2020

Les cases en vert clair signalent des taux supérieurs à la moyenne (taux global)

	Total	Pas de chez soi	Sans Hébergem.	A la rue	Séjour précaire	Ressources < CSS	Pas de prot. maladie	Obstacle alimentation
Total	10018	91%	15%	3%	93%	93%	27%	29%
Groupe vulnérable								
Femmes	4564	89%	11%	1%	85%	92%	32%	32%
Demandeurs d'asile	1031	99%	21%	5%	100%	98%	14%	38%
Mineur.e.s	2089	91%	12%	2%	79%	92%	37%	34%
Agées	1168	92%	7%	1%	87%	91%	47%	16%
Région d'origine								
Afrique australe	262	84%	6%	1%	82%	95%	40%	33%
Afrique centrale	1409	81%	10%	2%	80%	93%	23%	22%
Afrique de l'Est	210	81%	15%	6%	78%	99%	31%	22%
Afrique du Nord	3832	81%	11%	2%	80%	92%	31%	28%
Afrique de l'Ouest	3439	73%	14%	3%	69%	95%	19%	29%
Asie centrale	213	76%	19%	5%	70%	99%	20%	19%
Asie du Sud	299	85%	16%	4%	84%	94%	18%	13%
Europe de l'Est	971	93%	33%	3%	93%	95%	10%	33%
Europe de l'Ouest	399	84%	30%	5%	70%	85%	22%	38%
Moyen-Orient	189	100%	14%	6%	85%	88%	36%	22%
Région de résidence								
Auvergne-Rhône-Alpes	445	93%	13%	2%	90%	94%	24%	18%
Bourgogne-Franche-C.	110	89%	11%	1%	76%	97%	25%	13%
Bretagne	85	85%	13%	4%	85%	100%	14%	0%
Centre-Val-de-Loire	85	89%	9%	0%	94%	98%	27%	25%
Grand-Est	106	96%	7%	1%	88%	91%	28%	14%
Hauts-de-France	109	92%	6%	1%	85%	91%	38%	25%
Ile-de-France	5855	92%	12%	2%	90%	94%	29%	10%
Normandie	76	93%	5%	0%	87%	91%	31%	0%
Nouvelle-Aquitaine	121	90%	16%	2%	87%	95%	30%	27%
Occitanie	389	86%	13%	1%	70%	88%	28%	31%
Outre-Mer	327	93%	28%	3%	73%	92%	39%	60%
Pays-de-la-Loire	67	85%	9%	1%	90%	93%	33%	0%
Provence-Alpes-Côte d'A.	2526	90%	22%	4%	84%	91%	19%	47%

CARACTERISTIQUES DES CONDITIONS D'HEBERGEMENT ET DE SEJOUR

En 2019 et 2020, près de la moitié (48%) des patient.e.s et près du tiers (30%) des appelant.e.s se trouvaient sans hébergement (voir tableau ci-dessous). Parmi les patient.e.s, 17% dormaient dans la rue et 11% dans un hébergement d'urgence (5% et 7% des PT). Les autres personnes bénéficiaient majoritairement d'un hébergement (49% Cs, 61% PT), le plus souvent chez un tiers (34%, 32%), et dans un centre dédié pour les demandeurs d'asile (10%, 6%). La proportion de personnes sans-abri est plus importante parmi les hommes (49% Cs, 31% PT), les demandeurs d'asile (49% Cs, 35% PT), et parmi les exilé.e.s originaires d'Afrique de l'Est (59% Cs), d'Afrique de l'Ouest (58% Cs) et d'Asie centrale (57% Cs). S'agissant des demandeurs d'asile, seule une minorité d'entre eux/elles bénéficie d'un hébergement spécialisé (18% CDS, 36% PT), ce qui concerne un quart des exilé.e.s originaires d'Afrique de l'Est et un tiers de celles et ceux d'Asie centrale. Les migrantes âgées sont les personnes le plus souvent hébergées chez un tiers (48% CS, 62% PT). Enfin la disposition d'un logement autonome est plus importante parmi les femmes (12% PT), et les exilé.e.s d'Afrique du Nord (4% CS, 10% PT).

Conditions d'hébergement, détail

2 987 PATIENT.E.S DES DIFFERENTS DISPOSITIFS ET 7 370 BENEFICIAIRES DES PT, 2019-2020

Les cases en vert clair signalent des taux supérieurs à la moyenne (taux global)

	TOTAL		SANS HEBERGEMENT						HEBERGEMENT						LOGEMENT			
			total		à la rue		heb. d'urg.		total		c/o tiers		asile		total		autonome	
	CS	PT	CS	PT	CS	PT	CS	PT	CS	PT	CS	PT	CS	PT	CS.	PT	CS	PT
	2987	7370	48%	30%	17%	5%	11%	7%	49%	61%	34%	32%	10%	6%	3%	9%	1%	8%
Femme	792	1534	47%	27%	14%	3%	15%	8%	50%	60%	36%	41%	9%	6%	2%	12%	2%	11%
DA	1469	479	49%	35%	18%	9%	12%	5%	50%	57%	30%	10%	18%	36%	1%	0%	1%	0%
Mineur	160	288	46%	35%	16%	3%	14%	16%	52%	58%	21%	38%	4%	4%	3%	7%	1%	7%
Agée	87	486	26%	14%	5%	2%	8%	3%	71%	74%	48%	62%	2%	1%	2%	9%	1%	9%
AFC	433	414	48%	25%	12%	5%	12%	10%	51%	57%	40%	36%	6%	6%	1%	8%	1%	8%
AFE	92	73	59%	22%	37%	11%	15%	4%	38%	66%	4%	27%	29%	23%	3%	0%	3%	0%
AFN	126	1236	39%	25%	11%	5%	9%	7%	57%	56%	45%	47%	1%	0%	4%	10%	4%	9%
AFO	1002	1138	58%	32%	26%	7%	14%	7%	41%	49%	25%	24%	10%	9%	1%	6%	0%	5%
ASC	180	78	57%	37%	30%	13%	21%	8%	42%	44%	7%	6%	34%	32%	1%	4%	1%	3%
ASS	582		34%		6%		3%		63%		57%		5%		3%		0%	
EUE		99		37%		4%		7%		43%		21%		13%		8%		5%

La variété des situations à l'égard du séjour témoigne de la fragmentation du statut administratif des exilé.e.s (voir tableau page suivante). Les personnes en séjour stable (7% des patient.e.s et 11% des bénéficiaires des PT) disposent le plus souvent d'une carte de séjour temporaire d'un an (5% du total des PT), sachant que les mineur.e.s (4% en consultation, 3% PT) ne sont pas assujetti.e.s à l'obligation de détenir un titre de séjour. Les demandeurs d'asile (61% Cs et 14% PT) sont soumis à une grande variété de documents précaires de séjour. La majorité détiennent une attestation de demande d'asile (80% Cs et 77% PT), mais les documents relatifs aux précédentes étapes sont de plus en plus fréquents, dont les procédures « Dublin » (17% Cs, 4% PT). Les autres documents de séjour régulier et précaire sont principalement des visas courts séjour (5% PT), convocations, RV et récépissés « préfecture » (3% PT) et Autorisations provisoires de séjour (3% PT). Une personne sur dix est déboutée de l'asile (11% Cs et 13% PT), les autres sans-papiers étant plus nombreux parmi les bénéficiaires des PT (49%) que parmi les patient.e.s (16%).

Conditions de séjour, détail

2 987 PATIENT.E.S A LA PREMIERE CONSULTATION ET 7 370 BENEFICIAIRES DES PT, 2019-2020

	Cs	PT
Séjour stable	7%	11%
Carte de résident et de retraité	<1%	2%
Carte de séjour temporaire	2%	4%
Citoyen UE admis au séj.	<1%	1%
Mineurs <18 ans	4%	3%
Visa long séjour	1%	1%
Séjour précaire	93%	89%
Autre séjour régulier	4%	11%
Autorisation prov. de séjour	1%	3%
Convoc., RV, récépissé	1%	3%
Visa court séjour	3%	5%
Demande d'asile en cours	61%	14%
Avant enregistrement	4%	1%
Convocation GUDA & RV	<1%	<1%
DA ADA procédure normale	33%	7%
Procédure « accélérée »	7%	1%
Procédure « Dublin »	17%	4%
Sans droit au séjour	27%	64%
Autres sans-papiers	1%	<1%
Citoyen UE non admis séj.	<1%	1%
Autres sans-papiers	16%	49%
Déboutés demande d'asile	11%	13%
Total	2 987	7 370

VIOLENCES, TRAUMATISMES ET RISQUES PSYCHIQUES

Le bilan de santé proposé dans les consultations médicales au Comede intègre la recherche systématique d'antécédents de violence, dont les caractéristiques sont précisées lors des consultations ultérieures ainsi qu'en psychothérapie pour les personnes concernées. Les données de prévalence sont calculées sur les personnes ayant eu au moins 3 consultations de « suivi » médical et ou psychologique.

Entre 2017 et 2020, 70% des patient.e.s concerné.e.s déclaraient des antécédents de violence (définition OMS), 23% des antécédents de torture (définition ONU), et 27% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle. Parmi les personnes suivies en psychothérapie, ces taux s'élèvent respectivement à 86%, 33% et 40% (voir tableau page suivante). Les demandeurs d'asile sont 78% à déclarer des antécédents de violence, 27% de torture et 30% de violence liée au genre. Les antécédents de torture sont plus fréquents parmi les hommes (39% *vs* 12% des femmes), et ceux de violence liée au genre plus fréquents chez les femmes (55% *vs* 10%). La présence des troubles psychiques graves nécessitant une psychothérapie (voir épidémiologie page 83) est ainsi corrélée aux antécédents de violence dans le pays d'origine et tout au long du parcours d'exil (p<0,001). Parmi ces personnes, le risque relatif d'être suivi en psychothérapie au Comede est de 1,2 en cas d'antécédent de violence, de 1,4 en cas d'antécédent de torture, et de 1,5 en cas d'antécédent de violence liée au genre, situations dans lesquelles il s'élève à 1,9 pour les hommes. On observe ainsi des conséquences psychiques comparables parmi les personnes ayant subi des violences intentionnelles liées à des systèmes de domination, que ce soit la torture ou les violences liées au genre et à l'orientation sexuelle, ces dernières ayant des conséquences graves encore plus fréquemment chez les hommes exilés.

Outre le sexe et le genre, la survenue des différentes formes de violence est également très liée à la nationalité et au statut social dans le pays d'origine. Les antécédents de torture sont plus fréquents parmi les exilé.e.s originaires de Guinée (41%), du Sri-Lanka (31%), et du Soudan (28%), et les violences liées au genre plus fréquentes pour la Côte d'Ivoire (47%), le Sénégal (44%) et la Guinée (36). Pour l'ensemble des nationalités, les antécédents de torture appararaissent d'autant plus fréquents que le niveau de formation initiale était élevé (28% parmi les personnes ayant une formation universitaire ou professionnelle), alors que les violences liées au genre culminent parmi les personnes employées (37%), étudiantes (33%) et exerçant une profession intermédiaire (32%)

Enfin, les différentes formes de violence sont également très liées aux indicateurs de vulnérabilité sociale. Leur fréquence est significativement plus élevée parmi les personnes en situation de détresse sociale, avec une proportion maximale d'antécédents de violence de genre chez les femmes concernées (59%) et de torture chez les hommes concernés (34%). La corrélation est particulièrement forte

Antécédents de violences, de torture et de violence de genre

parmi les 1720 patient.e.s du Centre de santé ayant eu au moins 3 consultations médicales ou psy., 2017-2021

PAR GROUPE VULNERABLE

Effectif	*n*	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD V. genre
Médecine	*1706*	70%	23%	27%
Femmes	*622*	*74%*	*12%*	*55%*
Hommes	*1082*	*68%*	*39%*	*10%*
Dem. asile	*1125*	78%	27%	30%
Psychothér.	*676*	86%	33%	40%
Femmes	*245*	91%	17%	78%
Hommes	*430*	83%	41%	19%

SELON LA NATIONALITE ET LE STATUT SOCIAL

File active	*n*	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD Vgenre
Médecine	*1706*	70%	23%	27%
Nationalité				
Afghanistan	*79*	67%	6%	4%
Bangladesh	*241*	64%	12%	12%
Congo RD	*263*	86%	24%	24%
Côte d'Ivoir.	*107*	76%	7%	47%
Guinée C.	*419*	85%	41%	36%
Mali	*72*	39%	4%	10%
Mauritanie	*33*	58%	21%	2%
Sénégal	*43*	56%	5%	44%
Soudan	*32*	84%	28%	6%
Sri Lanka	*116*	73%	31%	21%
Formation				
Aucune	*127*	78%	21%	31%
Primaire	*295*	75%	20%	22%
Secondaire	*83*	77%	20%	28%
Profession.	*415*	80%	28%	28%
Universitair.	*187*	81%	28%	34%
Profession				
Agriculteur	*50*	64%	16%	0%
Employé	*126*	82%	27%	37%
Ouvrier	*83*	88%	43%	22%
Artisan	*101*	76%	23%	23%
Commerçant	*262*	86%	36%	25%
Prof. Interméd.	*62*	76%	24%	32%
Prof. Intellect.	*76*	75%	22%	28%
Etudiant	*40*	83%	38%	33%

SELON LA SITUATION DE VULNERABILITE SOCIALE

File active	*n*	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD VGenre
Médecine	*1706*	70%	23%	27%
Détr. sociale	*778*	73%	27%	30%
Femmes	*291*	*77%*	*14%*	*59%*
Hommes	*487*	*71%*	*34%*	*12%*
Isolem. relation.	*987*	75%	27%	30%
Obst. aliment.	*596*	78%	29%	33%

pour deux facteurs de vulnérabilité : l'isolement relationnel (75% des personnes concernées ont subi des violences) et les difficultés d'accès à l'alimentation (78%).

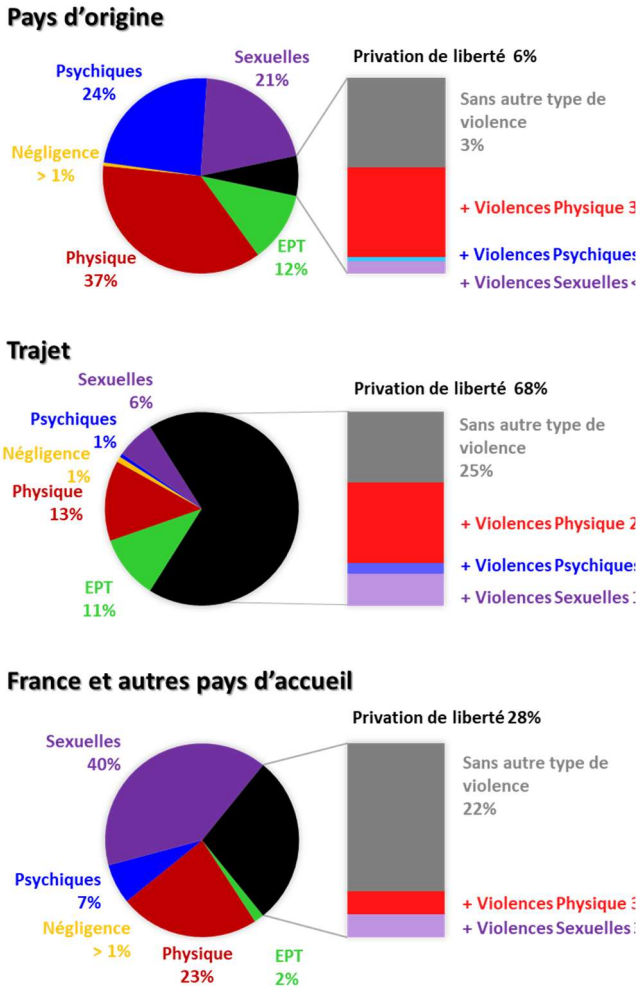
Afin d'approfondir la typologie des violences tout au long du parcours d'exil, une **enquête rétrospective sur dossiers** a été effectuée en 2020 (voir figure page suivante). Parmi 869 patient.e.s (dont 40% de femmes) ayant eu une première consultation au Centre de santé en 2019, 449 dossiers médicaux (52%) faisaient état de violences ou d'évènements pouvant induire un psychotraumatisme, souvent de manière circonstanciée. Pour les patient.e.s concerné.e.s, les violences sont survenues en premier lieu dans leur pays d'origine (88 %), puis sur le trajet migratoire (23%) et enfin en France ou dans un autre pays d'accueil (5%). Si les violences « au pays » sont de nature variée, le trajet est principalement associé a des privations de libertés et le pays d'accueil à des violences sexuelles. Il est à noter que les trois quarts des patient.e.s ayant subi des violences dans un pays d'accueil sont des femmes.

S'agissant de la nature des violences, de leur/s auteur/s et de leur contexte, on observe des schémas distincts selon le sexe et le pays d'origine :

- les personnes originaires de Guinée sont les plus nombreuses dans cette étude ; la plupart d'entre elles rapportent des épisodes de répression politique, dont des arrestations arbitraires accompagnées de violences physiques ou sexuelles pouvant aller jusqu'à la torture ;
- les patient.e.s originaires du Bangladesh, le second contingent de l'étude, sont le plus souvent victimes de leur entourage, ou de leur famille. Le motif est le plus souvent crapuleux (dispute foncière ou d'héritage). Ces personnes sont victimes d'intimidation, d'agression physiques ou à l'arme blanche ;
- les femmes d'Afrique de l'Ouest sont victimes de nombreuses violences de genre dont les mutilations sexuelles féminines, les mariages forcés et les violences conjugales, lesquelles sont particulièrement élevées dans les situations de polygamie.

Type de violences en fonction du parcours d'exil

Etude retrospective sur 449 dossier. A gauche types de violences, à droite violences subies pendant une privation de liberté. ETP : Evènements potentiellement traumatisants tels qu'avoir assisté à des scènes de violence.



Au total, 40% des patient.e.s concerné.e.s ont subi des violences de genre (80% des femmes et 19% des hommes). Chez les femmes, les victimes de violences sont significativement plus jeunes que les autres victimes. Dans le pays d'origine, les femmes sont principalement victimes de leur famille (42% des évènements rapportés), de leur partenaire ou de leur belle-famille (28%), puis de représentants de l'Etat (policiers, militaires, geôliers, 19%). Les hommes sont victimes des représentants de l'Etat, le plus souvent en prison. Des patients rapportent le viol de leur conjointe ou de leur fille en tant que « représailles » par des policiers ou des militaires. Les travailleuses du sexe et les personnes LGBT sont majoritairement violentées par leur famille ou leur entourage (voisins, villageois…).

Les exilé.e.s sont particulièrement vulnérables sur leur trajet migratoire, le passage par la Lybie augmentant considérablement le risque de violences. Arrivées en France, ces personnes ne sont malheureusement pas à l'abri, l'absence d'hébergement favorisant les rapports forcés contre logement ou les viols par les hébergeurs. Enfin les violences ont un fort impact sur l'autonomie reproductive des patientes, 14 d'entre elles étaient enceintes suite à un viol. Six patientes ont eu une fausse couche. Une a dû recourir à une interruption médicale de grossesse, et une dernière a donné naissance à un enfant atteint de handicaps multiples.

Des antécédents de torture sont retrouvés parmi 20% des patient.e.s de cette enquête. Les victimes sont majoritairement des hommes et ont été torturés par des représentants de l'Etat dans un cadre de répression politique. Une grande partie de ces patients sont guinéens (49%) ou congolais/RD (15%). Il est à noter que les Congolais sont les seuls à comporter autant de victimes de torture femmes qu'hommes. La moitié des faits rapportés se sont déroulés sur le trajet et notamment en Lybie. Enfin, cette enquête retrospective corrobore le risque de développer un psychotraumatisme en particulier en cas de privation de liberté (x4, et x9 en cas de violences physiques associées).

MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES

Les données concernant les mutilations sexuelles féminines sont recueillies lors des consultations de gynécologie, santé et sexualité au cours desquelles leur repérage est systématique. Entre 2017 et 2020, 48 femmes reçues en consultation ont déclaré avoir été excisées. Ces femmes sont jeunes (âge médian 27 ans), récemment arrivées en France (médiane 2 mois) et majoritairement originaires d'Afrique de l'Ouest (69% de Guinée Conakry). Elles sont quasiment toutes en cours de demande d'asile, en lien avec l'excision pour 20% d'entre elles. Dans notre observation, les raisons de la pratique des MGF/E ne sont le plus souvent pas connues par les femmes, qui témoignent d'un état de fait, de tradition ou de

Repères sur les MGF/E

Les mutilations génitales féminines, dont l'excision (MGF/E), constituent une pratique fortement ancrée dans les coutumes et traditions de 27 pays d'Afrique ainsi qu'au Yémen, en Irak et en Indonésie. Elles désignent « toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques » (OMS). Bien que constituant des violations des droits humains reconnues à l'échelle internationale, au moins 200 millions de filles et de femmes dans le monde ont été victimes de MGF/E et chaque année, plus de 4 millions de filles risquent d'en être victimes. Par l'effet des migrations, les pays d'Europe sont confrontés à l'excision. Une étude de 2007 estimait que 5% de ces femmes mutilées vivaient en Europe, dont au moins 53 000 en France.

rituel. Peu de mots entourent cette pratique. Ce silence se poursuit parfois jusqu'en pays d'accueil, où il peut être difficile d'en parler dans la mesure où ces pratiques sont interdites et sanctionnées. La plupart des femmes ne l'évoquent pas spontanément en consultation. Pourtant, l'insatisfaction et les difficultés sexuelles qu'elles attribuent à l'excision sont des préoccupations prépondérantes. Toutes ces femmes ont rapporté des troubles de la sexualité liés à l'excision : douleurs (65%) et absence de plaisir (65%) pendant les rapports sexuels, absence de désir voire évitement des rapports sexuels (20%). Les autres conséquences sur la santé les plus souvent attribuées ont été une mauvaise perception de l'image de leur corps (25%), le fait de se sentir « anormale », et des souvenirs traumatiques (20%).

La majorité des femmes excisées ont subi d'autres formes de violence de genre au pays, sur le trajet et/ou en France. Deux tiers d'entre elles ont été mariées de force (âge médian 15 ans), une femme sur cinq a été violée par des représentants de l'Etat, un quart d'entre elles ont été violées sur le trajet et 12% ont subi des violences de genre en France (viol ou tentative de viol, traite des êtres humains, rapports sexuels forcés contre hébergement, nourriture, protection, etc.). Ces femmes souffrent le plus souvent de troubles psychiques graves (syndrome psychotraumatique 58%, dépression 19%, association des deux 14%). Les conséquences psychiques des MGF/E sont peu documentées et difficiles à analyser tant les facteurs de risque d'une altération de l'état de santé mentale sont nombreux : difficultés à en parler, difficulté à reconnaitre les effets psychologiques d'une « norme sociale », répétition des violences, grande vulnérabilité sociale en France. Pourtant, ces femmes sont souvent pionnières au sein d'un collectif plus large, elles sont les premières à avoir fui le mari qui leur a été imposé, à avoir refusé l'excision de leur fille, à exercer seule l'autorité parentale.

EPIDÉMIOLOGIE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE ET TAUX DE PREVALENCE

Centrées sur le dépistage des maladies graves les plus fréquentes, les données d'épidémiologie produites au Comede sont issues des résultats du bilan de santé proposé à l'ensemble des personnes suivies en médecine. Au terme de la première consultation et avec l'accord de la personne, la/le médecin complète l'anamnèse et l'examen clinique - incluant le repérage des troubles psychiques - par la réalisation d'examens complémentaires réalisés par les laboratoires mis à disposition par la Dases (Ville de Paris), dans le cadre d'un partenariat en cours depuis 1984.

L'analyse des taux de prévalence présentés dans les tableaux suivants doit tenir compte des facteurs de surestimation et de sous-estimation. Sur-estimation d'une part, une partie des personnes concernées étant venues consulter au Comede en connaissant au moins une de leurs maladies (voir tableau page suivante) : 20% des maladies graves recensées étaient connues avant l'arrivée en France (min 0% pour l'anguillulose intestinale et la tuberculose, max 67% pour l'asthme persistant), et 28% au total avaient été diagnostiquées avant le recours au Comede. Sous-estimation d'autre part, certain.e.s patient.e.s n'ayant pas effectué l'ensemble du bilan de santé, et certaines maladies graves dépistées n'ayant pas été signalées dans le recueil de données. Toutefois, en dépit de ces biais de représentativité, l'analyse comparative des données suivantes

est instructive pour les actions de dépistage et de prévention à mettre en oeuvre.

Parmi les maladies graves ainsi dépistées et diagnostiquées par les médecins et psychologues, les troubles psychiques représentent plus d'un tiers des cas (37% entre 2010 et 2020) et les maladies infectieuses un quart (26%), les autres maladies chroniques, et risques médicaux graves représentant 37% des situations. Les principaux motifs de suivi sont caractérisés dans la suite de ce chapitre par nombre décroissant de malades, les données de prévalence ayant été calculées sur les 11 091 patients suivis en médecine au cours des 11 dernières années. Les taux de prévalence par sexe et par âge indiqués ci-dessous sont issus des tableaux pages suivantes.

- **Troubles psychiques graves :** 2 450 diagnostics dont 3% étaient connus au pays. Taux global de 221 pour 1000 (femmes 199, hommes 154). Plus fréquent parmi les exilé.e.s d'Europe de l'Est (femmes 337, hommes 291), d'Afrique centrale (femmes 229, hommes 279), d'Afrique de l'Ouest (femmes 327, hommes 260), d'Asie centrale (hommes 429). Taux plus élevés entre 20 et 40 ans (max. 324 entre 20 et 25 ans).

- **Maladies cardio-vasculaires :** 804 diagnostics dont 50% connus au pays. Taux global de 72 pour 1000 (femmes 77, hommes 36). Plus fréquent parmi les personnes d'Afrique australe (femmes 392, hommes 304), d'Afrique centrale (femmes 164, hommes 160), et des Caraïbes (femmes 250, hommes 120). Augmentation progressive des taux avec l'âge (max. 570 pour les ≥ 65 ans).

- **Infection à VHB :** 723 diagnostics dont 8% connus au pays. Taux global de 65 pour 1000 (femmes 27, hommes 64). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 72, hommes 153), d'Asie de l'Est (hommes 145), d'Asie centrale (ensemble 66), d'Afrique centrale (hommes 100), et des Caraïbes (femmes 120). Taux plus élevés entre 20 et 35 ans (max. 80 entre 20 et 25 ans).

Caractéristiques démographiques des malades et taux de prévalence par région d'origine

Taux pour 1000 personnes, parmi 11 091 patient.e.s suivi.e.s en médecine au Centre de santé, 2010-2020

Les cases en vert clair signalent des occurrences supérieures à la moyenne

		Cas	% F	Age Médian	Diag.		Prévalence							
					Pays	Fr	AFC	AFE	AFO	AFN	ASC	ASS	EUE	Total
Effe	**TOTAL**	**11091**	33%	33 ans			2549	315	3312	259	183	3433	572	
	Malade	**4768**	35%	35 ans	20%	28%	1296	112	1656	100	91	1063	261	
Prévalence (pour 1000)	**Trouble Psy.**	**2450**	37%	31 ans	3%	7%	250	222	280	124	415	155	308	**221**
	Psychotraumatisme	**1498**	36%	30 ans	2%	6%	157	146	191	31	235	82	152	**135**
	Trouble psy autre	**952**	39%	33 ans	4%	9%	93	76	89	93	180	73	156	**86**
	Mal. Cardio	**804**	50%	51 ans	50%	61%	162	10	55	66	16	43	70	**72**
	Infection à VHB	**723**	18%	32 ans	8%	21%	60	48	128	15	66	29	28	**65**
	Diabète	**565**	30%	46 ans	53%	65%	61	13	27	112	5	79	24	**51**
	Infection à VIH	**174**	70%	35 ans	26%	33%	29	16	27	-	-	-	9	**16**
	Infection à VHC	**169**	38%	45 ans	17%	31%	31	0	6	19	27	6	70	**15**
	Asthme persistant	**158**	33%	37 ans	67%	79%	9	10	13	23	16	20	16	**14**
	Anguillulose	**142**	15%	32 ans	0%	0%	15	*	12	*	*	18	2	**13**
	Bilharziose Urin.	**75**	21%	32 ans	0%	0%	2	6	21	**	**	**	**	**7**
	Tuberculose	**68**	11%	23 ans	0%	0%	10	3	7	0	11	4	3	**6**
	Cancer	**53**	30%	33 ans	30%	49%	8	-	4	19	5	2	16	**5**

Diag : Diagnostic connu dans le pays d'origine, et total diagnostic connu en France avant le recours au CDS Comede. AFC : Afrique centrale, AFE : Afrique de l'Est, AFN : Afrique du Nord, AFO : Afrique de l'Ouest, ASC : Asie centrale, ASS : Asie du Sud, EUE : Europe de l'Est. Bilharziose Urinaire : Schistosomase à haematobium, Mal. Cardio. : Maladies cardio-vasculaires dont hypertension artérielle.

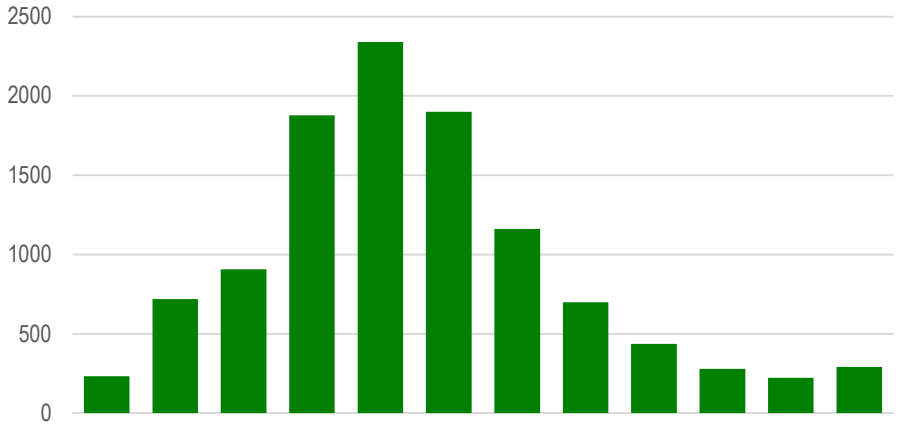
▪ **Diabète :** 565 diagnostics dont 53% connus au pays. Taux global de 51 pour 1000 (femmes 29, hommes 39). Plus fréquent parmi les exilé.e.s d'Afrique Australe (femmes 118, hommes 217), d'Afrique du Nord (femmes 130, hommes 102), des Caraïbes (hommes 120), d'Asie du Sud (femmes 77, hommes 80) et d'Afrique centrale (hommes 73). Fréquence progressive avec l'âge (max. 213 pour les plus de 65 ans).

▪ **Infection à VIH-sida :** 174 diagnostics dont 26% connus au pays, 70% des patient.e.s vivant avec le VIH sont des femmes. Taux global de 16 pour 1000 (femmes 29, hommes 5). Plus fréquent parmi les exilé.e.s d'Afrique de l'Ouest (femmes 63, hommes 11), d'Afrique centrale (femmes 36, hommes 20), et d'Afrique de l'Est (femmes 20, hommes 38). Taux plus élevés entre 40 et 65 ans (max. 33 pour les 45-50 ans).

▪ **Infection à VHC :** 169 diagnostics dont 17% connus au pays. Taux global de 15 pour 1000 (femmes 12, hommes 10). Plus fréquent parmi les exilé.e.s d'Europe de l'Est (femmes 34, hommes 91), d'Afrique centrale (femmes 32, hommes 28), d'Afrique du Nord (hommes 30), et d'Asie centrale (hommes 18), Fréquence augmentant fortement à partir de 50 ans (max. 107 pour les ≥ 65 ans).

Nombre de malades et taux de prévalence par classe d'âge

Taux pour 1000 personnes, parmi 11 091 patient.e.s suivi.e.s en médecine au Centre de santé, 2010-2020
Les cases foncées ☐ signalent les taux de prévalence supérieurs au taux global



		Effectifs	< 14 ans	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	> 65 ans	Global
TOTAL		**11091**	232	719	907	1877	2339	1899	1161	698	436	280	222	291	
Malade		**4768**	56	221	402	747	865	764	551	376	262	168	155	196	
Prévalence (pour 1000)	**Troubles Psy. totaux**	**2450**	82	146	324	299	222	249	209	229	163	157	153	41	**221**
	Psychotraumatisme	**1498**	52	104	236	198	135	143	103	140	55	71	72	24	**135**
	Trouble psy autre	**952**	30	42	88	101	88	106	106	89	108	86	81	17	**86**
	Mal. Cardio.	**804**	4	1	4	10	21	33	97	168	275	343	509	570	**72**
	Infection à VHB	**723**	47	71	80	71	68	67	74	63	73	32	36	31	**65**
	Diabète	**565**	0	4	4	13	27	34	87	133	172	186	207	213	**51**
	Infection VIH	**174**	9	3	13	13	17	16	21	33	21	21	14	10	**16**
	Infection à VHC	**169**	0	3	3	4	10	16	18	11	50	50	54	107	**15**
	Asthme persistant	**158**	4	7	6	12	13	16	15	26	39	21	23	38	**14**
	Anguillulose	**142**	0	18	15	13	12	13	16	13	11	18	14	3	**13**
	Bilharziose Uri.	**75**	17	29	14	4	6	6	3	0	5	0	0	0	**7**
	Tuberculose	**68**	22	3	8	3	5	5	5	14	7	11	14	10	**6**
	Cancer	**53**	0	0	0	2	3	3	6	9	14	25	27	31	**5**

Bilharziose Urinaire : Schistosomase à haematobium, Mal. Cardio. : Maladies cardio-vasculaires dont hypertension artérielle.

Taux de prévalence observés au Comede par sexe, par région et par pays d'origine (1/2)

Taux pour 1000 personnes, parmi 11 091 patient.e.s suivi.e.s en médecine au Centre de santé, 2010-2020
Les cases foncées ☐ signalent les taux de prévalence supérieurs au taux global

	ANGUIL.		ASTHME		CANCER		DIABETE		M. CARDIO.		SCHIS. H.	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Taux global France	nc		60		57	55	52		107		nc	
Taux global Monde	nc		34		7	6	56		62		nc	
Effectifs Comede	*F*	*M*	*9*	*89*	*36*	*90*	*22*	*12*	*102*	*293*	*271*	*273*	*6*	*53*
Taux global Comede	**3 505**	**7 556**	**3**	**12**	**10**	**12**	**6**	**2**	**29**	**39**	**77**	**36**	**2**	**7**
Taux Détresse sociale	**1 017**	**1 558**	7	18	12	5	6	6	34	46	107	53	1	10
Afrique australe	**51**	**23**			20	87	59		118	217	392	304		
Afrique centrale	**1 479**	**1 070**	8	25	10	8	10	5	52	73	164	160	1	3
Angola	**89**	**74**	11	27	22	14			67	95	247	270		
Cameroun	**88**	**57**	23		11		11		57	53	205	158		
Congo	**130**	**133**		23	15	8	15	8	46	98	154	143		
Congo RD	**1 119**	**752**	8	29	9	9	11	5	52	72	157	154	2	3
Afrique de l'Est	**75**	**240**			13	8			27	8	13	8		8
Erythrée	**25**	**43**			1 cas	23				23	1 cas			
Soudan	**9**	**144**				7				7		7		7
Afrique du Nord	**92**	**167**	*	*		36	22	18	130	102	109	42	**	**
Algérie	**65**	**79**	*	*		25	15	13	154	152	123	51	**	**
Maroc	**16**	**28**	*	*		107		1 cas	1 cas	2 cas	1 cas	107	**	**
Tunisie	**9**	**54**	*	*		19	1 cas		1 cas	56	1 cas		**	**
Afrique de l'Ouest	**1 019**	**2 293**	7	15	17	12	7	2	36	23	84	42	6	27
Côte d'Ivoire	**233**	**260**	4	23	13	4	4	4	17	27	60	42		15
Guinée Conakry	**465**	**944**	11	20	11	2	9	1	32	24	69	39	4	14
Mali	**74**	**467**		13	54	21			68	4	176	13	41	56
Mauritanie	**45**	**299**	22		44	30	22	7	89	17	89	40		43
Nigeria	**52**	**79**			19	13	19		19	76	38	76		
Sénégal	**76**	**113**			13	18			53	35	145	88		27
Togo	**25**	**27**		1 cas	1 cas	1 cas				1 cas	200	111		1 cas
Asie centrale	**20**	**163**			1 cas	12		6	1 cas		2 cas	6	**	**
Afghanistan	**8**	**150**				7		7			1 cas	0	**	**
Asie de l'Est	**26**	**62**		16					1 cas	48	1 cas	65	**	**
Birmanie	**7**	**51**		20						39		39	**	**
Asie du Sud	**444**	**2 989**	5	20	23	20		2	77	80	59	40	**	**
Bangladesh	**151**	**1 726**	7	23	7	22		2	33	93	33	35	**	**
Inde	**9**	**56**		36		18				36		89	**	**
Pakistan	**13**	**182**		16		27			231	99	1 cas	93	**	**
Sri Lanka	**267**	**1 019**	4	14	34	15		2	97	56	75	37	**	**
Europe de l'Est	**208**	**364**		3	29	8	19	14	24	25	115	44	**	**
Arménie	**30**	**21**			33		33				67	1 cas	**	**
Géorgie	**30**	**71**			67			42		56	133	42	**	**
Russie	**76**	**119**		8	26	8	13	0	53	17	105	59	**	**
Caraïbes	**36**	**25**			56	1 cas			28	120	250	120	**	**
Haïti	**36**	**23**			56	1 cas			28	130	250	130	**	**
Moyen-Orient	**18**	**111**		9	0	18			1 cas	9	167	45	**	**
Egypte	**3**	**51**										39	**	**

ANGUIL. Anguillulose intestinale (marque les régions non endémiques), M. CARDIO. Maladies cardio-vasculaires dont hypertension artérielle, SCHIS. H. Schistosomase à haematobium (bilharziose urinaire, ** marque les régions non endémiques).*

Taux de prévalence observés au Comede par sexe, par région et par pays d'origine (2/2)

Taux pour 1000 personnes, parmi 11 091 patient.e.s suivi.e.s en médecine au Centre de santé, 2010-2020
Les cases foncées ☐ signalent les taux de prévalence supérieurs au taux global

	TUBERC.		INF. VIH		INF. VHB		INF. VHC		TBL. PSY. T.		TBL. P.T..		TBL. PSY. A.	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Taux global France	> 0,1		2,5		3		3		189	97	35	7	nc	
Taux global Monde	1		5		39		8		102		nc		nc	
Effectifs Comede	*16*	*33*	*102*	*38*	*94*	*484*	*41*	*77*	*697*	*1166*	*420*	*747*	*277*	*419*
Taux global Comede	**5**	**4**	**29**	**5**	**27**	**64**	**12**	**10**	**199**	**154**	**120**	**99**	**79**	**55**
Taux Détresse sociale	6	10	44	13	31	64	12	17	243	279	156	189	87	90
Afrique australe			20	43				43	157	43	78		78	43
Afrique centrale	9	12	36	20	30	100	32	28	229	279	139	182	91	96
Angola	11	41	34	14	67	108	56	68	146	203	67	68	79	135
Cameroun	11		91	70	23	193	80	53	136	175	45	88	91	88
Congo		8	23	30	8	113	38		277	241	192	143	85	98
Congo RD	9	12	31	13	30	89	27	27	241	302	146	209	96	93
Afrique de l'Est	13		67		27	54			213	225	133	150	80	75
Erythrée					1 cas				1 cas	163	1 cas	116		47
Soudan						83			2 cas	257	1 cas	174	1 cas	83
Afrique du Nord					11	18		30	196	84	33	30	163	54
Algérie						13		25	200	89	15	38	185	51
Maroc						1 cas		1 cas	1 cas				1 cas	
Tunisie					1 cas	19		37	1 cas	56	1 cas			56
Afrique de l'Ouest	5	7	63	11	72	153	9	5	327	260	201	187	126	73
Côte d'Ivoire	9	19	99	38	52	150	21	19	223	165	133	108	90	58
Guinée Conakry	4	4	52	7	86	131	6	1	413	471	280	363	133	108
Mali		13		4	81	184	14	4	189	58	54	26	135	32
Mauritanie		3	44	7	89	187		3	400	120	200	70	200	50
Nigeria			58		38	101			327	203	173	114	154	89
Sénégal		9	26	18	26	142			289	88	145	53	145	35
Togo			160	0	2 cas	1 cas			360	148	240	2 cas	120	2 cas
Asie centrale		12			150	55	2 cas	18	300	429	1 cas	258	250	172
Afghanistan		13				33		13	375	460		273	375	187
Asie de l'Est					1 cas	145	1 cas	0	192	258	154	145	1 cas	113
Birmanie						157			429	314	2 cas	176	1 cas	137
Asie du Sud	2	5		> 1	2	33		7	291	135	196	65	95	71
Bangladesh		5		1	7	49			338	134	212	54	126	80
Inde	1 cas	36								54				54
Pakistan		5				55		104	231	192		44	231	148
Sri Lanka		2				4		2	277	132	202	89	75	42
Europe de l'Est		5	5	11	5	41	34	91	337	291	139	159	197	132
Arménie							33	48	333	190	133	95	200	95
Géorgie		14				28		352	333	394	100	183	233	211
Russie			13	17	13	34	26	34	421	252	197	168	224	84
Caraïbes	28			1 cas	56	120			167	1 cas	56	1 cas	111	
Haïti	28				56	130			167	1 cas	56	1 cas	111	
Moyen-Orient						9		9	222	297	56	207	167	90
Egypte						20		20		78		20		59

TUBERC : Tuberculose, INF. VIH : infection à VIH-Sida, INF. VHB Infection chronique par le VHB, INF. VHC : Infection chronique par le VHC, TBL. PSY. T. Troubles psychiques graves totaux, TBL. P.T. Troubles post-traumatiques, TBL. PSY. A. Troubles psychiques graves autres.

▪ **Asthme persistant :** 158 diagnostics dont 67% connus au pays. Taux global de 14 pour 1000 (femmes 10, hommes 12). Plus fréquent parmi les exilé.e.s d'Afrique du Nord (hommes 36), d'Afrique Australe (femmes 20, hommes 87) des Caraïbes (femmes 56) et d'Europe de l'Est (femmes 29). Taux plus élevés ≥ 45 ans.

▪ **Tuberculose :** 68 diagnostics (maladie et Infection tuberculeuse latente) dont 0% connus au pays. Taux global de 6 pour 1000 (femmes 5, hommes 4). Plus fréquent parmi les personnes d'Afrique centrale (femmes 9, hommes 12), des Caraïbes (femmes 28) et d'Asie centrale (hommes 12). Taux plus élevés à partir de 45 ans, mais avec une forte prévalence de l'ITL chez les moins de 14 ans (22).

▪ **Cancer :** 53 diagnostics dont 30% connus au pays. Taux global de 5 pour 1000 (femmes 6, hommes 2). Plus fréquent parmi les exilé.e.s d'Afrique Australe (femmes 59), d'Afrique du Nord (femmes 22, hommes 18), et d'Europe de l'Est (femmes 19, hommes 14). Fréquence progressive avec l'âge (max. 31 pour les ≥ 65 ans).

▪ **Principales parasitoses :** on observe une prévalence non négligeable des schistosomoses (bilharziose), notamment infection à *Schistosoma haematobium* (atteinte de l'appareil urinaire) parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (hommes 27), ainsi que de l'anguillulose intestinale (risque de forme maligne en cas d'immunodépression) notamment chez les exilés d'Afrique centrale (hommes 25), et d'Asie du Sud (hommes 20). Les schistosomoses urinaires sont plus fréquentes chez les moins de 25 ans, avec un pic entre 15 et 20 ans (taux de 29).

Certaines maladies plus fréquentes parmi les personnes en situation de détresse sociale

Outre les taux de prévalence observés entre 2010 et 2020, les indicateurs de vulnérabilité sociale (voir page 70) sont renseignés depuis 2012. Dans les tableaux pages suivantes, il apparaît que les personnes en situation de détresse sociale présentent des taux de prévalence significativement plus élevés notamment pour l'infection à VIH, les troubles psycho-traumatiques et la tuberculose.

EPIDEMIOLOGIE PAR GROUPE VULNERABLE ET PAR DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT

Les **femmes exilées** (voir tableaux pages précédentes) sont plus souvent atteintes que les hommes d'infection à VIH (6 fois plus), maladies cardiovasculaires (x 3) et cancers (x 2), ainsi que de troubles psychiques graves (x 1,3) et d'hépatite C chronique (x1,2). Par taux de prévalence décroissant, elles sont principalement atteintes de troubles psychiques (taux global 199 pour 1000, plus élevé parmi les femmes originaires d'Europe de l'Est et d'Afrique de l'Ouest), dont les troubles post-traumatiques (taux global 77, plus élévé chez les femmes d'Afrique de l'Ouest et d'Asie du Sud), de maladies cardiovasculaires (77, plus élevé pour l'Afrique australe et les Caraïbes), de diabète (29, plus élevé pour l'Afrique du Nord et l'Afrique australe), d'infection par le VIH (29, plus élevé pour l'Afrique de l'Est, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale), et d'infection chronique par le VHB (27, plus élevé pour l'Afrique de l'Ouest, Haïti et l'Afrique centrale).

Les **demandeurs d'asile** sont plus souvent atteints de syndromes psychotraumatiques et traumas complexes que les autres exilé.e.s, en lien avec la fréquence des antécédents de violence (voir page 74).

Les **enfants mineur.e.s <18 ans** (voir tableau ci-contre) sont principalement atteints d'infection chronique par le VHB (taux global 68 pour 1000, plus élevé parmi les jeunes d'Afrique de l'Ouest), et de troubles psychiques graves (94, plus élevé parmi les exilés d'Afrique centrale et d'Asie centrale). La schistosomose urinaire est fréquente parmi les jeunes originaires d'Afrique de l'Ouest (taux global 30, Mali 89), ainsi que l'anguillulose parmi les Ivoiriens (32). La drépanocytose homozygote est également fréquente (taux global 25).

Les **migrant.e.s âgé.e.s ≥ 60 ans** (voir tableau ci-contre) sont principalement atteint.e.s de maladies cardio-vasculaires (taux global 514 pour 1000, plus élevé parmi les personnes d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest), de

Enfants mineur.e.s, taux de prévalence par région et par pays d'origine

Taux pour 1000 personnes, parmi 631 patient.e.s <18 ans suivi.e.s en médecine au Centre de santé, 2010-2020
Les cases foncées ☐ signalent les taux de prévalence supérieurs au taux global

	Eff.	ANGUIL.	ASTHME	SCHIS. H.	INF. VHB	INF. VHC	TBL. PSY. TOT.	TBL. P.T.	TBL. PSY. AUT.	TUBER.
Taux global <18 ans	*631*	**13**	**5**	**30**	**68**	**3**	**94**	**60**	**33**	**10**
Taux global Comede	*11091*	*13*	*14*	*7*	*65*	*15*	*221*	*135*	*86*	*6*
Afrique centrale	*93*			11	11		151	75	75	11
Congo RD	*66*			15	15		152	76	76	15
Afrique de l'Ouest	*358*	17	6	50	112	6	95	75	20	11
Côte d'Ivoire	*62*	32		16	48		97	81	16	16
Guinée Conakry	*90*	22	11	11	56		222	200	22	
Mali	*169*	12	6	89	172	6	24	12	12	18
Sénégal	*17*				1 cas		1 cas	1 cas		
Afrique du Nord	*29*	*		**			2 cas	1 cas	1 cas	
Algérie	*17*	*		**			2 cas	1 cas	1 cas	
Asie centrale	*17*	*		**	1 cas		176	1 cas	2 cas	59
Afghanistan	*16*	*		**	1 cas		188	1 cas	2 cas	63
Asie du Sud	*61*	33		**			66	33	33	
Bangladesh	*12*			**			250	2 cas	1 cas	
Inde	*27*	1 cas		**						
Pakistan	*13*			**			1 cas		1 cas	
Autres régions	*73*		14		14		27		27	
Egypte	*27*						1 cas		1 cas	

*Eff. Effectifs, ANGUIL. Anguillulose, SCHIS. H. Schistosomase à haematobium (bilharziose urinaire), INF. VHB Infection chronique par le VHB B, INF. VHC Infection chronique par le VHC, TBL. PSY. TOT Troubles psychiques graves totaux, TBL. P.T. Troubles post- traumatiques, TBL. PSY. AUT. Troubles psychiques graves autres, TUBER. Tuberculose. * Anguillulose intestinale, plus fréquente en zone intertropicale. ** Schistosomase a haematobium : Afrique Subsaharienne et Moyen orient.*

Migrant.e.s âgé.e.s, taux de prévalence par région et par pays d'origine

Taux pour 1000 personnes, parmi 543 patient.e.s ≥ 60 ans suivi.e.s en médecine au Centre de santé, 2010-2020
Les cases foncées ☐ signalent les taux de prévalence supérieurs au taux global

	Eff.	ASTHME	CANCER	DIABETE	INF. VHB	INF. VHC	M. CARDIO.	IRC	THYR.	TBL. PSY.	TUBER.
Taux global ≥ 60 ans	**543**	**29**	**28**	**199**	**31**	**79**	**514**	**22**	**20**	**85**	**11**
Taux Global Comede	**11091**	14	5	51	65	15	72	3	5	221	6
Afrique centrale	**214**	23	42	182	37	159	682	23	14	89	14
Angola	**28**	1 cas		179	1 cas	143	750		1 cas		2 cas
Cameroun	**17**	1 cas		235		294	706				
Congo	**23**	1 cas	2 cas	217		1 cas	739			2 cas	
Congo RD	**138**	14	51	167	43	174	667	36	14	123	7
Afrique de l'Ouest	**88**	11	23	159	68	57	489	34	23	45	11
Côte d'Ivoire	**20**		1 cas	2 cas	2 cas	150	400	1 cas	1 cas		
Guinée Conakry	**27**			148	1 cas	1 cas	593	1 cas	1 cas	2 cas	
Sénégal	**11**			364			727				1 cas
Afrique du Nord	**28**			250			393	1 cas		1 cas	
Algérie	**23**			261			391	1 cas		1 cas	
Asie du Sud	**80**	63		413	13		450		25	75	25
Bangladesh	**10**	2 cas		500			400				
Sri Lanka	**59**	51		424			390		34	85	17
Europe de l'Est	**45**	22	44	67	22	44	222	22	67	289	
Russie	**16**	1 cas		2 cas			313			375	
Autres régions	**88**	45	23	136	23	34	386	23	11	45	
Madagascar	**13**	1 cas	1 cas	385			769				
Haïti	**9**	2 cas		1 cas			778				

Eff. Effectifs, INF. VHB Infection chronique par le VHB B, INF. VHC Infection chronique par le VHC, M. CARDIO. Maladies cardio-vasculaires dont hypertension artérielle, IRC Insuffisance rénale chronique, THYR. : Maladies de la thyroïde, TBL. PSY. : Trouble psychique grave, TUBER. Tuberculose.

diabète (199, plus élevé pour l'Asie du Sud et l'Afrique du Nord), d'infection chronique par le VHC (79, plus élevé pour l'Afrique centrale), et de troubles psychiques graves (85, plus élevé pour l'Afrique centrale). On observe également un taux de prévalence de 28 pour les cancers et de 22 et pour l'insuffisance rénale chronique.

Enfin, si l'on considère l'origine géographique, les exilé.e.s originaires d'**Afrique** cumulent les risques de maladie grave (voir tableaux pages précédentes). Parmi les personnes originaires d'Afrique centrale, les troubles psychiques graves (250 pour 1000), les maladies cardiovasculaires (162), le diabète (61), l'infection à VHC (31) et l'infection à VIH (29) sont particulièrement fréquents. Parmi celles d'Afrique de l'Ouest, c'est le cas des psychotraumatismes (191), de l'infection à VHB (128), et de l'infection à VIH (27). Pour les exilé.e.s d'Afrique de l'Est, il s'agit des troubles psychiques (222), du VHB (48) et du VIH (16), et pour celles et ceux d'Afrique du Nord, du diabète (112), des troubles psychiques autres que les psychotraumatismes (93), et des maladies cardiovasculaires (66). Concernant enfin les personnes originaires des autres continents, on observe pour l'Europe de l'Est et l'Asie centrale des taux de prévalence très élevés pour les troubles psychiques (308 et 415) et l'infection par le VHC (70 et 27), et pour l'Asie du Sud du diabète (79).

Répartition des pathologies graves
AU SEIN DES DIFFERENTS DISPOSITIFS DU COMEDE
EN 2019 ET 2020

	effectif	CDS	PT	Paca
Malad N. T.	3773	33%	64%	70 %
Asthme	66	1%	1%	> 1%
Cancer	493	<1%	9%	4%
Diabète	443	7%	6%	9%
Drepanocyto.	93	<1%	2%	3%
Insuf. rénale	129	<1%	2%	>1%
M. cardio-va.	575	10%	19%	12%
Malad Inf. P.	1376	23%	21%	14%
Inf. à VHB	517	9%	8%	8%
Inf. à VHC	107	1%	2%	3%
Inf. à VIH	447	1%	9%	1%
Tuberculose	119	1%	2%	1%
Troubles psy.	1344	44%	15%	16%
Total	6516	1238	5004	274

Malad N. T. Maladies non transmissibles,
Malad Inf. P. Maladies infectieuses et parasitaires,
CDS Centre de santé

Les autres dispositifs d'accompagnement du Comede ne permettent pas d'évaluer des taux de prévalence « absolue », contrairement aux données d'observation du Centre de santé. Dans les permanences téléphoniques (voir Centre-ressources page 17), sont documentées sur le plan de la pathologie les seules situations où l'appelant en mentionne l'existence (données déclaratives), particulièrement dans les cas de demande de soutien en matière de droit au séjour pour raison médicale et d'accès aux soins hospitaliers, ce qui conduit à une sur-représentation des personnes atteintes de maladie grave. Les autres centres de soins du Comede à Paris, Saint-Etienne Marseille, et Cayenne ne disposent pas actuellement, comme au Centre de santé à Bicêtre, d'un dispositif permettant l'accès gratuit à un bilan de santé, ce qui limite les actions de dépistage.

Pour autant, l'analyse du poids relatif des pathologies graves au sein de ces différents dispositifs permet de dégager un certain nombre de priorités en matière d'accès aux soins et aux droits. Les consultant.e.s du Comede ont ainsi recensé 6 516 maladies et risques médicaux graves en 2019 et 2020 (voir tableau ci-contre). Les maladies non transmissibles représentent respectivement 64% et 70% des pathologies reportées lors des PT et au Comede Paca. Les troubles psychiques 15% et 16% (44% au CDS), et les maladies infectieuses et parasitaires 21% et 14% (23% au CDS). Certaines maladies sont sur-représentées dans certains dispositifs. C'est notamment le cas du cancer (1% « seulement » parmi les patient.e.s du Centre de santé, 4% au Comede Paca et 9% dans les PT), ainsi que de l'infection à VIH (1% au CDS, 9% dans les PT), A contrario, les personnes souffrant de troubles psychiques graves restent sous-représentées parmi les bénéficiaires des dispositifs d'accompagnement en dehors du CDS ■

Accès aux soins

Accès à la protection maladie et aux dispositifs de prévention et de soins

Les exilé.e.s sont confronté.e.s à de nombreux obstacles à l'accès aux soins, principalement en raison des restrictions d'accès à la protection maladie à l'encontre des étrangers en séjour précaire (Assurance maladie, CSS/Complémentaire santé solidaire, et AME/Aide médicale Etat). Dans les périodes d'attente ou de rupture de droits pour la protection maladie, ces personnes doivent faire face à des situations fréquentes de restriction ou de refus de soins, « en ville » comme à l'hôpital. Enfin, si l'ouverture de droits permet l'accès aux soins, les obstacles linguistiques que rencontrent les personnes allophones ne peuvent être levés qu'en recourant à l'interprétariat professionnel, cette prestation restant très peu utilisée dans les dispositifs de santé en dépit de son inscription dans le code de la santé publique depuis 2016.

PROGRESSION DES DISCRIMINATIONS A L'EGARD DES PLUS VULNERABLES

Dans l'introduction de son rapport 2016 sur *Les droits fondamentaux des étrangers en France*, le Défenseur des droits rappelait que, en dehors de la question du droit au séjour, « *dans la plupart des domaines de la vie quotidienne, protection sociale, enfance, santé, logement…, le droit interdit a priori d'établir des différences de traitement.* ». C'est pourtant ce qui se produit dans notre pays au cours des 30 dernières années, la dégradation progressive du droit à la protection maladie pour les étrangers étant directement liée à la précarisation de leur statut administratif. Exclues par le législateur de la sécurité sociale en 1993, de la Couverture maladie « universelle » en 1999 et enfin de l'Aide médicale Etat (AME) pendant les trois premiers mois de présence en France (2003), puis pendant les trois mois suivant la fin de leur visa ou de leur titre de séjour (2019), les personnes sans droit au séjour peuvent se trouver exclues des soins médicaux nécessaires à prévenir l'aggravation des maladies, au risque d'une hospitalisation tardive et en urgence. Au delà des seuls « sans-papiers », c'est l'ensemble des personnes migrantes vulnérables, incluant les demandeurs d'asile, qui se trouvent fragilisées dans leurs démarches d'accès aux soins. Le durcissement des procédures d'accès à la protection maladie pour les étrangers s'est encore intensifié ces dernières années en raison des interventions croissantes du ministère de l'Intérieur dans ces domaines relevant pourtant des ministères des Affaires sociales et de la Santé. La réforme de 2019 a constitué une nouvelle aggravation de la situation, en retardant de 3 mois le droit à l'assurance maladie pour les demandeurs d'asile, et de 3 mois supplémentaires le droit à l'AME pour les sans-papiers entrés en France avec un visa. L'année 2023 a été marquée par la tentative avortée du Sénat de supprimer l'AME (adoptée lors du vote initial de la réforme de l'Immigration), une nouvelle réforme étant annoncée au premier semestre 2024 par le Premier Ministre.

Dans ce contexte, les dispositifs dédiés à l'accès aux soins des migrant.e.s en situation de vulnérabilité sont saturés, et ne disposent le plus souvent pas de plateau technique au-delà de la délivrance « gratuite » des soins préventifs et des premiers soins curatifs. La continuité des soins n'est possible qu'avec une protection maladie permettant la dispense complète d'avance des frais (C2S ou AME). La répétition des soins ou la nécessité de soins spécialisés débordent les possibilités de ces dispositifs : hospitalisations non urgentes, thérapeutiques coûteuses, bilans réguliers et traitements quotidiens pour les maladies chroniques.

C'est ainsi que les hôpitaux publics sont de plus en plus sollicités par des personnes « en attente de droits » ayant besoin de soins dont « *l'absence pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé* » (définition du Dispositif soins urgents et vitaux). Et faute de financements suffisants pour remplir l'intégralité de leurs missions de *Permanence d'accès aux soins de santé* pour les personnes en situation de

vulnérabilité, de nombreux hôpitaux ont réduit le dispositif Pass aux seules consultations externes, avec ou sans accès au plateau technique de l'établissement, alors que certains hôpitaux refusent l'accès à la Pass pour les personnes sans droits ouvrables à une protection maladie. Théoriquement fondées sur des critères exclusivement médicaux, les décisions d'hospitalisation sont ainsi de plus en plus souvent soumises à des critères officieux administratifs ou financiers, ces discriminations pouvant avoir des conséquences graves sur la santé à court et moyen terme.

Dans l'observation du Comede portant sur 20 000 personnes accompagnées entre 2014 et 2010 en consultation (Cs, Bicêtre et Marseille) et dans le cadre des permanences téléphoniques nationales (voir tableaux ci-dessous), l'absence de protection maladie apparaît directement liée à la précarité du séjour (absence de droit ou documents précaires de séjour, voir Etat de santé page 73), qui affecte 90% des patient.e.s suivi.e.s en consultation et 93% des bénéficiaires des PT. Alors même que la quasi-totalité des personnes concernées remplissent les critères financiers d'ouverture de droits à la CSS ou à l'AME (93% PT, et près de 100% Cs) et d'ancienneté de résidence (en moyenne depuis plus de 3 ans en France), une grande partie d'entre elles sont dépourvues de protection maladie lors du premier recours au Comede (70% CDS et 27% PT). En

Vulnérabilité sociale et absence de protection maladie

Les cases en vert clair signalent des taux supérieurs à la moyenne (taux global)

PATIENT.E.S DU CENTRE DE SANTE ET DU COMEDE PACA A LA PREMIERE CONSULTATION, 2014-2020)

	Effectif	Allophone	Séjour précaire	Pas de prot. maladie
Total	9977	40%	90%	70%
Dispositif				
Centre de santé	9660	40%	91%	72%
Comede Paca	317	50%	95%	14%
Groupe vulnérable				
Femmes	2871	29%	95%	74%
Demandeurs d'asile	4623	51%	100%	67%
Mineurs	756	31%	17%	60%
Agées	382	45%	97%	72%
Région d'origine				
Afrique centrale	1828	10%	94%	79%
Afrique de l'Est	304	69%	96%	67%
Afrique du Nord	488	26%	89%	58%
Afrique de l'Ouest	3151	23%	84%	68%
Asie centrale	248	85%	100%	55%
Asie du Sud	2120	77%	97%	76%
Europe de l'Est	320	80%	97%	62%
Etudes et formation				
Aucune	521	53%	72%	74%
Primaire	1408	46%	85%	78%
Professionnelle	316	22%	96%	79%
Secondaire	1953	38%	91%	82%
Universitaire	953	23%	96%	84%

BENEFICIAIRES DES PERMANENCES TELEPHONIQUES NATIONALES AU PREMIER APPEL, 2017-2020

	Effectif	Séjour précaire	Ressources < CSS	Pas de prot. maladie
Total	10018	93%	93%	27%
Groupe vulnérable				
Femmes	4564	85%	92%	32%
Demandeurs d'asile	1031	100%	98%	14%
Mineurs	2089	79%	92%	37%
Agées	1168	87%	91%	47%
Région d'origine				
Afrique Australe	262	82%	95%	40%
Afrique centrale	1409	80%	93%	23%
Afrique de l'Est	210	78%	99%	31%
Afrique du Nord	3832	80%	92%	31%
Afrique de l'Ouest	3439	69%	95%	19%
Asie centrale	213	70%	99%	20%
Asie du Sud	299	84%	94%	18%
Europe de l'Est	971	93%	95%	10%
Europe de l'Ouest	399	70%	85%	22%
Moyen-Orient	189	85%	88%	36%
Région de résidence				
Aura	445	90%	94%	24%
Ile-de-France	5855	90%	94%	29%
Occitanie	389	70%	88%	28%
Outre-Mer	327	73%	92%	39%
Paca	2526	84%	91%	19%

outre, 40% des patient.e.s suivis en consultation ne peuvent communiquer en français ou en anglais. L'interprétation de ces données doit tenir compte des biais de sélection, le recours au Comede étant souvent fondé sur l'absence de protection maladie, ou le besoin en interprétariat. Toutefois l'importance de ces chiffres est corroborée par les analyses des obstacles effectifs à l'accès aux soins (voir pages suivantes).

ANALYSE QUALITATIVE DES OBSTACLES DANS L'ACCES A LA PROTECTION MALADIE

Selon l'enquête réalisée en 2020 (voir encadré page suivante), 66% des patient.e.s qui n'ont pas pu accéder à un médecin au cours des 12 derniers mois invoquent l'absence de protection maladie comme obstacle. Les difficultés auxquelles sont confrontées les exilé.e.s dans ce domaine sont liées d'une part aux contraintes et restrictions de droit imposées par les réformes CMU (1999), PUMa (2015), et Buzin (2019), et d'autre part aux difficultés liées à l'application du droit par les organismes de protection sociale. Ces difficultés peuvent s'analyser selon 4 causes, développées dans la suite de ce chapitre.

1. Le maintien du double-système « Assurance maladie – AME » et ses effets induits. Les problèmes posés par le « tri » conduisent à des impossibilités d'ouvrir les droits théoriques. La détermination du « bon » régime de protection entraîne des pratiques restrictives (retards dans le traitement des demandes et refus de droits non réglementaires) et produisent du non-recours aux soins par découragement. Du côté des préfectures, on observe une précarisation du séjour qui se manifeste sous plusieurs formes, d'une part la multiplication des titres de séjour précaires (accentuée par la réforme Anef : attestations de prolongation d'instruction, attestations de décision favorable, Autorisations provisoires de séjour), d'autre part l'alternance rapide de périodes de séjour régulier et irrégulier pour une même personne (pour les personnes nouvellement arrivées en France au moment du passage du visa à un éventuel titre de séjour ; pour les personnes installées en France lors des refus de délivrance du récépissé de renouvellement entre deux cartes de séjour). En outre, la dématérialisation des relations avec l'administration au titre de la réforme Anef génère des périodes de séjour irrégulier par la seule faute de l'administration, soit du fait de l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous (quotas insuffisants de RV disponibles sur l'interface internet), soit par le remplacement de certains « récépissés » par une simple « confirmation de dépôt d'une demande en ligne » » ne valant pas droit au séjour. Du côté des caisses d'assurance maladie, on note deux phénomènes. D'abord, la complexité de la réglementation (voir Guide Comede) qui pose problème notamment au niveau de la définition de la régularité du séjour, et des règles de maintien des droits (voir infra). Ensuite, une augmentation significative des exigences de preuve (état-civil, résidence, ressources, domicile). La frontière Assurance-maladie/AME/DSUV induit des situations au traitement complexe, chronophages et parfois ubuesques pour les ressortissants UE ou la mise en œuvre du Dispositif soins urgents et vitaux, ainsi qu'en fin de validité d'un titre de séjour.

Une autre difficulté majeure est liée aux réformes PUMa et Buzyn. La réforme PUMa a durci la condition de régularité du séjour imposée aux étrangers. Elle a exclu notamment tous les titulaires de visa long séjour ayant pourtant acquis le droit de s'installer en France (y compris les conjoints de Français ou d'étranger en règle), les titulaires de visa long séjour valant titre de séjour (VLS-TS) pendant les premières semaines/mois de présence en France, et tous les demandeurs d'asile en attente de l'attestation préfectorale. La réforme Buzyn a fragilisé la protection maladie des 800 000 étrangers (sans compter les ressortissants UE/EEE/Suisse) dont le titre de séjour est inférieur ou égal à un an. En diminuant à 6 mois au lieu de 12 la durée de prolongation des droits à la fin de validité du titre de séjour, la réforme a détruit les mécanismes qui permettaient que les droits acquis soient maintenus pour au moins un an quels que soient les aléas des démarches en préfecture (impossibilité de décrocher un RV sur

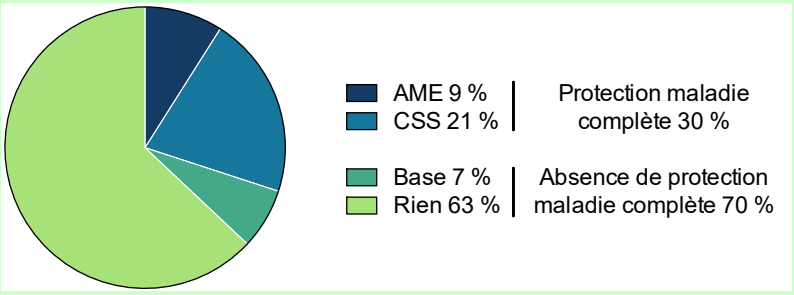
Enquête sur les difficultés d'accès aux soins des personnes exilées accueillies au Centre de santé du Comede

Effectuée fin 2020, cette enquête a porté sur un total de 160 personnes, par entretien à l'aide de deux questionnaires, les entretiens ayant été effectués par les accueillantes sociales et les médecins lors de la première consultation. Les questions portaient sur l'accès aux soins en France au cours des 12 derniers mois. La participation à l'enquête était proposée à l'ensemble des patient.e.s qui se présentaient pour la première fois (pas de facteur d'exclusion). Le groupe des répondant.e.s à l'enquête était représentatif de l'ensemble des patient.e.s sur la période : majoritairement des hommes (73%), allophones pour 66%, originaires de 29 pays, principalement d'Asie du Sud (36%), d'Afrique de l'Ouest (26%), d'Afrique centrale (15%) et d'Asie centrale (12%). Avec un âge moyen de 31 ans, l'échantillon incluait 4% de mineur.e.s et 18% de jeunes majeur.e.s (18–25 ans). Un tiers des personnes était arrivé en France il y a moins de trois mois (moyenne 1,6 an). Du point de vue administratif, deux tiers (66%) étaient en cours de demande d'asile et un tiers (30%) était dépourvu de document de séjour. En matière d'hébergement, 19% dormaient à la rue et 31% en hébergement d'urgence.

La moitié (54%) de ces exilé.e.s n'ont pas eu accès à un.e professionnel.le de santé en France dans les 12 mois qui précédaient l'enquête. Les freins rapportés sont l'absence de protection maladie (66%), la complexité du système (9%), la barrière de la langue (7%) et le fait de ne pas savoir que, même sans protection maladie ou autorisation de séjour, les personnes ont la possibilité de voir un.e médecin (6%). Certaines personnes évoquent un refus suite à leur demande d'AME. Seulement 5% des personnes n'avaient pas eu besoin de se faire soigner. Près de la moitié des répondant.e.s (47%) déclarent ainsi avoir renoncé à se soigner en raison d'obstacles à l'accès aux soins et 76% des personnes ont exprimé des difficultés de compréhension et de connaissance sur le fonctionnement du système de santé (à titre d'exemple, le dispositif Pass est inconnu de la quasi-totalité des personnes interrogées). Pour les personnes qui ont vu un.e professionnel.le de santé (46%), 93% ont consulté pour des plaintes somatiques, et seulement 20% pour parler de santé mentale. Deux tiers (62%) des personnes ayant consulté ont déclaré avoir eu des difficultés lors de la consultation ou à son issue. Les difficultés rapportées étaient liées à la langue (49%), l'incapacité à obtenir les médicaments après la remise d'une ordonnance (25%) et le paiement de l'acte de soins (11%). Un grand nombre de répondant.e.s étaient surpris.e.s de savoir qu'il était possible de parler de santé mentale avec un.e médecin généraliste.

Les médecins ont estimé qu'un tiers (33%) des patient.e.s présentait des risques graves liés à ces retards de soins, l'absence d'administration d'au moins un traitement dans un délai de 2-3 mois mettrait en jeu le pronostic vital ou conduirait à une altération grave et durable de l'état de santé. Les médecins rapportent des interruptions de soins dans 15% des cas. Pour plus des deux tiers des patient.e.s (70%), au moins un traitement était recommandé dans un délai de 2-3 mois sans toutefois que son absence ne puisse conduire à une altération grave et durable de l'état de santé. Près des deux tiers des personnes (61%) avaient connaissance d'un problème médical pour lequel elles n'étaient pas suivies (problème chronique dans 50% des cas, et aigu dans 62% des cas).

Plus de deux tiers (70%) des personnes ne disposaient pas de protection maladie intégrale, pourcentage qui augmente à 85% si on considère la situation des patient.e.s présentant des retards des soins. Pour les personnes avec des droits ouverts à une protection maladie au moment de la consultation (37% du total), 19% bénéficiaient du seul régime de base (sans C2S), 57% de la base avec C2S et 24% de l'AME. Plus d'un quart des personnes (28%) ne pouvaient pas encore demander une protection maladie car présentes en France depuis moins de 3 mois (et ne bénéficiant pas des cas de dispense) ; 90% d'entre elles étaient demandeurs d'asile. Les trois quarts des répondant.e.s relevaient donc d'une protection (72% au total, 49% par l'assurance maladie + C2S, et 23% via l'AME), mais en étaient majoritairement dépourvues (56% concernant l'AME et 64% concernant la C2S). Au delà des trois mois de délai de présence en France, la raison la plus fréquemment rapportée par les personnes était la méconnaissance du système de protection maladie (ne connait pas l'AME, ne sait pas faire la demande seule, manque de justificatifs, refus d'ouverture des droits…), notamment pour l'AME, et les difficultés avec les Spada pour les demandeurs d'asile.



Internet ou de finaliser une demande en ligne, récépissé non-remis, titre de séjour de courte durée). En découplant la durée incompressible des droits de base (6 mois) de la durée de la C2S (1 an), cette réforme a segmenté la protection maladie de base en courtes périodes, réduit possiblement à 6 mois seulement la protection complémentaire, et entravé la coordination entre base et complémentaire. Elle a également créé, pour la première fois, une catégorie de personnes démunies, installées en France de longue date, et désormais exclues à la fois de l'assurance maladie et de l'AME : il s'agit des étrangers dont le titre de séjour prend fin (non-renouvellement, etc.) pour lesquels il est désormais interdit de passer immédiatement à l'AME (application d'une obligation d'irrégularité du séjour de trois mois). Enfin, cette réforme a brouillé la frontière assurance maladie vs AME/DSUV en renvoyant vers le dispositif AME/DSUV des étrangers en séjour régulier (demandeurs d'asile pendant les 3 premiers mois de présence en France). La procédure de fermeture des droits assurance maladie+C2S au moment de l'expiration d'un titre de séjour pose de très sérieux problèmes de coordination et d'articulation entre protection de base, protection complémentaire et AME. Elle induit des ruptures de droits sur la part complémentaire (personnes sans C2S ni AME), voir infra.

Par ailleurs, depuis 2017, la Cnam et la Direction de la sécurité sociale ont pris la décision de priver les demandeurs d'asile de carte Vitale. Cette restriction, sans fondement textuel, englobe des demandeurs d'asile dont l'état-civil est pourtant parfaitement fiable au sens des exigences de l'Insee pour éditer un numéro de sécurité sociale définitif et obtenir une carte Vitale. Cette politique de la Cnam visant à pénaliser les étrangers en séjour précaire est en contradiction avec les recommandations de l'IGAS dans son rapport de 2017, qui préconisait de « *réduire la place accordée à la problématique de l'accès aux droits, en raison de la mise en place de la protection universelle maladie depuis le 1er janvier 2016 ; tout en conservant des points de vigilance sur […] la continuité de la protection maladie des étrangers à titre de séjour précaires* ».

2. Le manque de transparence réglementaire des caisses et l'impossibilité d'accès à la réglementation interne. La Cnam persiste à dissimuler ses circulaires internes au mépris des principes de la démocratie et des dispositions légales. Ainsi, les « Lettres au Réseau » de la caisse nationale diffusant des instructions à caractère réglementaire opposables aux usagers, demeurent inaccessibles aux citoyens.

3. La dématérialisation et l'inadaptation de l'organisation interne des caisses aux problématiques d'accès aux droits des personnes précaires :
- les politiques de dématérialisation touchent de plein fouet les personnes exilées (voir encadré page suivante), notamment par la réduction des capacités d'accueil du public, la diminution des lieux dédiés à l'accueil du public, le désengagement dans l'aide au remplissage et au suivi des dossiers, et la volonté d'externaliser ces prestations vers les autres acteurs de santé ;
- segmentation du traitement interne des dossiers et impossibilité d'avoir un correspondant ayant une vision globale d'une demande ;
- absence d'organigramme dans la plupart des caisses et incapacité des plateformes téléphoniques de répondre aux questions techniques sur le droit des étrangers ;
- pertes de dossiers.

4. La complexité du droit et des procédures, et les erreurs de droits associées. Les difficultés se concentrent principalement sur les personnes nouvellement arrivées en France ou sur les personnes disposant d'un titre ou document de séjour précaire. En tant que « entrants dans le système » de protection maladie, que ce soit en première demande ou pour le renouvellement annuel, les étrangers sont de ce fait confrontés à des difficultés spécifiques liées aux justificatifs à produire. On note les points suivants, dans un contexte où le renforcement des programmes de « lutte contre la fraude » se traduit par une augmentation significative des exigences de preuve (état-civil, résidence, ressources).

Dématérialisation : les exilé.e.s négativement impacté.e.s pour l'accès aux services publics

Voir aussi Maux d'exil n°72, septembre 2022

Si l'outil numérique peut constituer un progrès pour les relations avec l'administration, son utilisation généralisée pose de nombreux problèmes aux personnes précaires et plus particulièrement aux étrangers. En effet :

- **la dématérialisation proprement dite de l'administration se traduit par la fermeture des points d'accueil** du public, la disparition du contact humain avec un agent, et son corollaire consistant à déposer les demandes sur une interface informatique et à transmettre les pièces par voie électronique. Ce premier aspect pose deux problèmes : celui de la « fracture numérique » c'est-à-dire de l'exclusion par absence de matériel informatique, connexion adéquate, possibilité de scanner des documents, et l'absence de compétences techniques (maitrise de la langue française, du vocable et de la structure d'une page web). Ensuite, le problème de l'éloignement de l'administration du citoyen et de la déshumanisation : absence de dialogue, absence d'accompagnement et de conseil, interface web complexe ou incomplète, l'impossibilité de faire des recours dès lors que l'interface refuse simplement d'enregistrer la demande ou ne propose pas le service recherché. L'envoi d'informations par l'administration sous forme de messages uniquement par voie électronique (sans envoi papier) est particulièrement pénalisante (par exemple, le « compte *Ameli* » pour l'Assurance maladie).

- **l'invisibilisation du manque de moyens de l'administration**. L'impossibilité de décrocher un RV via l'interface web indiquant simplement « *plus de place disponible ; réessayez plus tard* ».

- **l'externalisation du remplissage des dossiers de demandes** : les caisses ne fournissent plus d'aide à l'accès aux droits, pose le principe de fermeture des lieux d'accueil du public, externalisent vers les associations la constitution des dossiers, et se contentent de filières « personnes vulnérables » sous-dimensionnées (voir la Mission accompagnement santé – ex-PFIDASS - de la Cnam).

- enfin, la pandémie de Covid a conduit à la fermeture des guichets de l'administration, fermetures maintenues bien au-delà de la période d'état d'urgence sanitaire, comme si l'épidémie avait servi de prétexte pour des fermetures définitives.

Du côté des améliorations théoriques du système, on note la modification de la réglementation (décret 2021-1642 du 13/12/2021) permettant d'intégrer un nouveau membre au foyer C2S pendant la première année de résidence. En pratique, les caisses refusaient le rattachement au foyer C2S d'une personne majeure (française ou étrangère) entrant dans un foyer (notamment les nouveaux entrants en France au titre du regroupement familial). Le rejoignant ne pouvait pas non plus obtenir la C2S à titre individuel, ni l'obtenir à travers une nouvelle demande de l'ensemble du foyer au complet ; les caisses demandant d'attendre l'expiration de la C2S du foyer qu'il a rejoint.

Accès à l'aide médicale d'État en Île-de-France : une enquête accablante

Face aux difficultés croissantes d'accès des personnes sans papiers à l'aide médicale d'État, plusieurs associations dont le Comede ont enquêté début 2023 pour documenter ces dysfonctionnements. Elles constatent une importante détérioration de l'accès à cette couverture santé, du fait des obstacles rencontrés tout au long des parcours administratifs.

Un ensemble d'obstacles jalonnent ainsi le parcours administratif d'accès à l'AME : manque d'information sur les conditions d'accès et les formalités à remplir, modalités de dépôt complexes et hétérogènes, difficultés de prise de rendez-vous, éloignement géographique des points d'accès, ou encore conditions d'accueil inadaptées en agence. À l'issue de l'enquête, il s'avère que les caisses d'assurance maladie ne permettent pas de garantir l'accès au droit pourtant fondamental à une protection maladie pour les personnes étrangères sans titre de séjour. Pourtant, des solutions existent, comme le suggèrent les recommandations associatives visant à mettre un terme aux dysfonctionnements comme l'accueil inconditionnel et sans rendez-vous de l'ensemble des personnes, sans distinction de leur situation administrative, dans l'ensemble des agences de proximité, et dans des conditions d'accueil adaptées.

Certaines recommandations ont d'ailleurs fait l'objet d'instructions ou de rappels réglementaires à destination des CPAM, à la suite de la diffusion de l'enquête auprès de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam). Il a été constaté une amélioration des pratiques dans certaine Cpam d'Île-de-France, notamment la levée de l'obligation de rendez-vous.

La liste officielle des titres et documents de séjour permettant d'être éligible à l'Assurance maladie (avec C2S éventuelle) pose de graves problèmes de refus de droits pour la plupart des arrivants autorisés à s'installer définitivement en France sous couvert de visa d'immigration. C'est ainsi que des membres de familles au titre du regroupement familial et les membres de famille de réfugiés (BPI) se voient privés de toute protection maladie à leur arrivée en France (pour des périodes dépassant largement 3 mois, du fait des difficultés à convertir le visa en carte de séjour). Alors même que la règlementation les dispense théoriquement du délai de trois mois d'ancienneté de présence en France pour accéder à l'assurance maladie, ces personnes se la voient refuser au motif que leur visa ne vaut pas « séjour régulier » au sens du Code de la sécurité sociale.

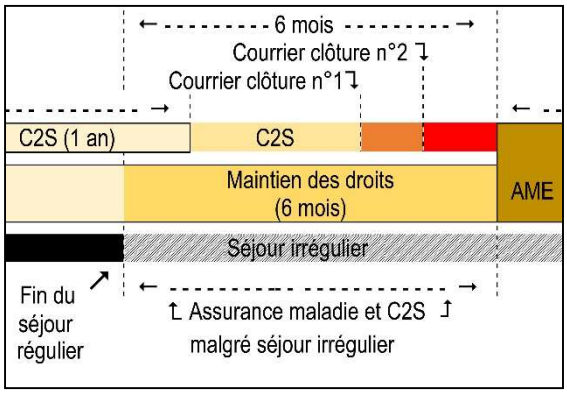
Les personnes en question sont, au même moment, inéligibles au système AME/DSUV au motif qu'elles sont précisément en séjour légal au sens de la police des étrangers (voir en la matière les décisions de principe du Conseil d'Etat du 30/12/2021). Et en cas de soins urgents et vitaux, d'accouchement, de suivi de maladie chronique, etc, les assurances privées sont inopérantes. Les personnes concernées doivent financer elle-même les soins ou reporter sur les hôpitaux publics la charge financière via le système Pass. En pratique, le Centre-ressources du Comede est fréquement interpellé par des familles faisant face, soit à un retard ou refus de soins pour « défaut de prise en charge », ou appelant à l'aide face aux saisines sur salaires et poursuites diverses en recouvrement d'une dette hospitalière pour la période sous visa.

D'une complexité inédite, la nouvelle procédure de fermeture des droits constitue une source de rupture des droits et des soins. La mise en œuvre par les caisses de la procédure de « contrôle PUMa » (2020) vise à vérifier que l'assuré social étranger est toujours en possession d'un titre de séjour (ou d'un droit au séjour pour la personne ressortissante UE/EEE/Suisse). Pour les personnes déboutées ou en attente de RV de renouvellement de leur titre de séjour, une période de 6 mois de séjour irrégulier impose à la caisse (voir réforme Buzyn page précédente) de mettre fin aux droits de base et C2S. Le passage vers l'AME est alors complexe, car s'ouvre une période où la personne bénéfice encore de droits à l'assurance maladie mais n'a plus de titre de séjour valable. Les personnes se voient ainsi refuser à la fois la C2S et l'AME (voir encadré page suivante). Le problème devait être théoriquement résolu par décret (25/04/2023) reconnaissant enfin le droit à une couverture complémentaire pendant toute la période où les droits de base ne sont pas (encore) fermés. Mais en pratique, la situation est très difficile à gérer pour les assurés ayant un titre de séjour périmé depuis quatre mois ou plus (renouvellement en attente ou déboutés de leur demande de titre de séjour). En effet, toujours titulaires de leurs droits à l'Assurance maladie, ils sont supposés demander la complémentaire-santé-solidaire, laquelle demande va déclencher la fermeture de leurs droits de base dans les 75 jours suivants,

Accueillies en France mais exclues des soins :
La plupart des personnes sous visa d'immigration doivent payer leurs soins

La réglementation en matière d'accès à l'assurance maladie est absurde en ce qu'elle interdit à la plupart des titulaires de visa d'immigration (visa D autorisant l'instalation définitive en France) le droit à l'assurance maladie et le droit à l'AME/DSUV.
La liste officielle de titres et documents de séjour autorisant un étranger à bénéficier de l'Assurance maladie a été fixée en 2017 par Arrêté ministériel, lequel ne comporte qu'un type restreint de visa D. Ainsi ne sont éligibles que les titulaires de VLS-TS sous réserve d'avoir effectué une démarche d'enregistrement en ligne du visa à l'arrivée en France. Les conjoints de français et certaines autres catégories de visa ont dû être ajoutées à la liste officielle (2019) afin de pallier les anomalies les plus grossières. Cependant l'exclusion des porteurs de VLS reste source d'exclusion des soins. L'enjeu de l'accès à l'assurance maladie est crucial en cas de soins urgents et vitaux, maladie chronique, accouchement, etc. du fait de l'exclusion concomitante du système AME.DSUV.
C'est pourquoi le Comede a édité une Note récapitulative des sources applicables, pour faciliter le bilan des droits à une protection maladie par les acteurs du médico-social.
Note comede en ligne : Visa et accès à l'assurance maladie (nov. 2023)

Schéma chronologique du passage CSS - AME



et concomitamment entrainer la fermeture de la complémentaire qu'ils viennent de demander. Le tout, sans que la demande d'AME soit recevable ce qui oblige la personne à reformuler rapidement une demande d'AME. En cas d'hospitalisation, les ruptures de complémentaires entrainent des risques financiers importants pour les personnes et pour les hôpitaux. L'application de ce dispositif est tellement complexe que ni la DSS ni la Cnam ne semblent en mesure de le mettre en œuvre dans le cadre du délai réduit à deux mois en cas d'OQTF définitive.

Le durcissement des règles d'identification des assurés (immatriculation) et la résistance des caisses à appliquer la procédure d'immatriculation provisoire pose des problèmes pour les nouveaux entrants dans le système. Alors que la réforme CMU a posé il y a 25 ans le principe de « présomption de droit à l'assurance maladie » afin qu'aucune personne résidente en France ne soit exclue, le durcissement des règles sur la certification de l'état civil des assurés sociaux (loi 2020, décret 2022) renforce les obstacles déjà documentés. Ainsi, au motif de lutte contre la fraude, la loi prévoit désormais de mettre fin aux prestations des personnes incapables de produire des pièces probantes d'état civil sous 9 mois. Or certain.e.s exilé.e.s viennent de pays pour lesquels les pièces d'état civil ne répondent pas aux exigence de la Sécurité sociale française. Ce faisant, la législation renforce la confusion, poussant les caisses à empêcher illégalement l'ouverture des droits pour des personnes justifiant de leur identité mais pas de leur état civil. Les caisses en arrivent parfois à procéder à une clôture des droits ouverts en méconnaissance des articles L161-1-4 et L161-15-1 du CSS qui interdisent toute privation d'assurance maladie sauf en cas de départ hors de France.

Les « Dublinés » de l'assurance maladie constituent également un phénomène en augmentation. Il s'agit des refus d'ouverture de droits (ou d'ouverture différée avec plusieurs mois de retard) pour les personnes en provenance de pays ayant passé des accords de sécurité sociale avec la France. Au moment de déterminer l'éligibilité de ces personnes à une protection maladie, les Caisses vérifient d'abord si la personne ne relève pas des règles de portabilité des droits à l'assurance maladie éventuellement acquis dans le pays de provenance (une sorte d'« importation » des droits). Cet examen pose plusieurs problèmes :
- il conduit à un allongement important de la durée d'examen des demandes, laissant les personnes pendant des mois sans réponse et donc sans protection maladie pour se soigner

Exclus des soins par la Cnam (2017-2023) :
Ni complémentaire, ni AME
Cas des personnes dont le titre de séjour est périmé

Entre 2017 et 2023, la DSS et la Cnam a laissé sans protection maladie complémentaire les assurés sociaux démunis dont le titre de séjour n'était pas renouvelé, interprétant le droit systématiquement dans un sens restrictif. Le sophisme était le suivant : l'étranger étant dans la période de clôture de ses droits de base en raison du non-renouvellement de son titre de séjour, il ne pouvait prétendre ni à renouveler sa Complémentaire-santé-solidaire [ex-CMU-C avant le 01/11/2019] ni à l'AME cette dernière étant jugée inaccessible en raison des droits encore ouverts à l'Assurance maladie.

En l'absence d'indication réglementaire de la DSS ou de la Cnam, les informations données confidentiellement par la Direction de l'intervention sociale de la Cnam à ses partenaires sous forme de diapositives informatives se sont révélées approximatives (2017-2023). Dans les observations du Comede, les pratiques administratives se sont généralement traduites par des lettres d'irrecevabilité des demandes d'AME sans proposition de C2S, laissant les personnes sans protection complémentaire et retardant les décisions sur l'AME.

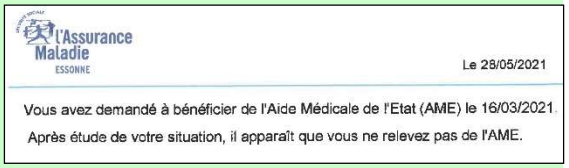
avec des risques financiers graves en cas d'hospitalisation ;
- il témoigne des pratiques dilatoires de certaines caisses se contentant d'exiger des assurés une preuve de non-affiliation au pays de provenance alors que le système de coordination fait peser sur la caisse française le devoir de faciliter l'accès aux soins des personnes et la coopération entre Etats ;
- il conduit à des refus purs et simples de prestation (sur la seule présomption de droits ouverts au pays de provenance).

Censé faciliter la continuité des soins et des droits des assurés qui se déplacent entre deux Etats, le système se retourne aujourd'hui contre les personnes. Ce type d'obstacles s'apparente au dysfonctionnement du processus dit « Dublin » en matière d'asile. A rebours de la loyauté attendue entre pays signataires, chaque Etat tente de renvoyer sur l'autre la charge financière (ici des soins) au mépris des usagers. Paradoxalement, les ressortissants de l'UE sont doublement pénalisés et peuvent donc eux aussi se retrouver privés à la fois d'Assurance maladie, d'AME, et du dispositif soins urgents et vitaux (voir infra). Ils sont d'abord pénalisés par le détournement du système de coordination par les caisses. Ensuite, pour les personnes sans emploi, s'ajoute le processus de détermination par la caisse française de leur droit au séjour en France : un parcours du combattant, dans un climat de suspicion à l'endroit des ressortissants UE dits « inactifs pauvres » avec une procédure spécifique appelée CREIC. Les ressortissants non-UE en provenance d'un pays UE sont également soumis à de telles difficultés.

La procédure administrative de mise en place du Dispositif soins urgents et vitaux (DSUV), particulièrement complexe et dysfonctionnelle, porte directement un préjudice financier aux hôpitaux. La procédure impose en effet que la demande soit accompagnée d'un refus explicite d'AME. Cette exigence, logique d'un point de vue théorique, est absurde dans sa mise en œuvre actuelle. Elle conduit à constituer un dossier de demande d'AME pour une personne qui n'y est manifestement pas éligible. Faute de refus explicite d'AME, de nombreux hôpitaux renoncent à facturer au titre du DSUV et se contentent d'envoyer la facture et les huissiers au/à la patient.e démuni.e.

Les caisses travaillent en aveugle

Après plusieurs mois d'attente (situation irrégulière depuis un an et demi, et droits de base encore actifs sans C2S), la demande d'AME est éconduite sans refus explicite, sans mention des voies de recours, et sans proposition de C2S. L'accès aux soins attendr encore.


L'Assurance Maladie
ESSONNE

Le 28/05/2021

Vous avez demandé à bénéficier de l'Aide Médicale de l'Etat (AME) le 16/03/2021.
Après étude de votre situation, il apparaît que vous ne relevez pas de l'AME.

L'expression « *vous ne relevez pas de l'AME* » est emblématique de la méthode de travail segmentée des caisses, sans aucune préoccupation globale de la situation de l'usager. On retrouve le même type de pratiques en matière de coordination internationale lorsque les services AME ou droits de base se contentent d'indiquer « *vous relevez du service des relations internationales de la caisse* », sans même vérifier si une ouverture de droit à ce titre est possible. L'instruction est jugée en effet relever d'un autre service pourtant au sein de la même caisse.

Parmi les autres difficultés récurrentes, citons en particulier les restrictions sur la mise en œuvre du nouveau droit à l'assurance maladie pour les étrangers pensionnés de droits français, résidant à l'étranger (procédure dite Cnarefe avec la CPAM pivot de Seine et Marne) ; la confusion entre condition d'ancienneté de présence en France, condition de résidence habituelle en France, et domiciliation ; des délais d'instructions des dossiers de plus en plus longs (> 4 mois) conduisant parfois à de « simples refus oraux » des agents et donc à un défaut de notification écrite des rejets indiquant les voies et délais de recours ; les refus des caisses d'appliquer les procédures d'instruction accélérée (admission immédiate à la C2S et instruction prioritaire à l'AME), malgré un courrier argumenté d'un.e professionnel.le de santé ; le contrôle sans discernement et sans base légale, de la part de certaines caisses, des dépenses dans le budget des usagers, conduisant à des rejets de prestations, avec

Recommandations et propositions du Comede pour l'accès à la protection maladie

- Mise en place d'un formulaire de demande unique de protection maladie permettant la recherche simultanée des droits au titre soit d'une éventuelle coordination internationale, de l'assurance maladie (au titre d'une activité professionnelle ou au titre de la résidence en France), de l'AME ou du DSUV.
- Mise en place d'une couverture maladie véritablement universelle pour toutes les personnes résidant en France par la fusion de l'AME au sein de l'assurance maladie. Recommandée dès 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 est indispensable pour l'accès aux soins des étrangers en situation précaire.
- Dans l'attente, la réforme de l'AME de décembre 2003 doit être abrogée, avec rétablissement du droit à l'AME sans condition d'ancienneté de présence en France pour les résidents.
- La liste officielle des titres et documents de séjour permettant d'être éligible à l'Assurance maladie et à la C2S doit être revue afin de ne pas laisser exclure des étrangers en séjour régulier, incluant les visas d'immigration (Visa D de toute nature) et les nouveaux documents provisoires de séjour issus de la réforme Anef (Attestations).
- Le principe de présomption de droits à l'assurance maladie doit être appliqué pour toute personne résidente stable et régulière, afin de ne pas différer ou supprimer les droits des personnes justifiant d'une pièce identité.
- L'accès à la Carte Vitale doit être institué en AME (notamment pour diminuer la charge de travail de l'assurance maladie et faciliter le paiement des professionnels de santé.
- Augmentation des délais des rétroactivités en assurance maladie, C2S et AME à 6 mois, prioritairement pour les soins hospitaliers.
- Abrogation de la loi Buzyn : la condition d'irrégularité du séjour préalable instaurée en 2019 doit être abrogée pour rétablir l'accès aux soins aux demandeurs d'asile, aux sans-papiers mais aussi des personnes résidentes depuis des années et dont le titre de séjour n'est pas renouvelé ou pas renouvelé à temps, incluant le retour à 12 mois de la durée de prolongation des droits.
- Transparence et simplification réglementaires : la Cnam et les CPAM/CGSS doivent diffuser spontanément les textes de réglementation interne opposables aux usagers, et répondre aux demandes ponctuelles de communication par les citoyens.
- Organisation des caisses :

- les caisses doivent offrir un accueil physique en guichet, comme alternative opérationnelle à la dématérialisation des demandes ;
- les caisses doivent être dotées de moyens suffisants en front-office, mettre fin à la segmentation du traitement des dossiers, et proposer des interlocuteurs ayant une vision transversale d'un dossier (assurance maladie et AME).

refus des caisses de communiquer par la suite les pièces du dossier ; l'exigence de relevé d'identité bancaire (RIB) se traduisant par des refus d'enregistrer les demandes des personnes dépourvues de compte bancaire, et ce alors qu'aucun remboursement n'a lieu en C2S (ni en AME) ; des pratiques restrictives pour le rattachement des ayants droit mineurs (exigence d'un lien juridique entre mineur et assuré, alors que seule une condition de charge effective et permanente est exigible ; exigence d'une prise en charge de l'enfant au titre des prestations familiales, etc.) ; en cas de changement de situation administrative, refus des caisses d'enregistrer des demandes d'assurance maladie avec C2S au motif que la personne a des droits encore valables en AME.

ACCES AUX SOINS DE SANTE MENTALE

Outre les consultations de psychothérapie dans les différents dispositifs de soins (voir Rapport d'activité), les psychologues du Comede ont répondu dans le cadre des permanences téléphoniques nationales à 724 appels entre 2015 et 2020, émanant pour les deux tiers de professionnel.le.s et associations, et pour 30% de particuliers. Les exilé.e.s bénéficiaires des appels résident principalement en Ile-de-France (47%). Un quart des sollicitations (25%) sont dues à des difficultés d'accès aux soins de santé mentale. Les obstacles caractérisés le plus fréquemment sont la barrière de la langue et l'absence d'interprète professionnel (58%), les difficultés liées à la sectorisation (9%) et les refus de soins (6%). Le second motif de sollicitation est le droit au séjour pour raison médicale (24%). L'absence d'interprète professionnel.le équivaut dans de nombreux cas à une absence de prise en charge pour des patient.e.s allophones. Les difficultés de sectorisation sont liées aux situations d'errance et de grande précarité sociale concernant l'hébergement des exilé.e.s primo-arrivant.e.s. Elles peuvent s'accompagner de demandes abusives de renoncements de la part des personnes, découragées par les allers-retours entre les différents Centres médico-psychologiques (CMP) et le CPOA, chargé pour

l'Ile-de-France d'arbitrer en termes de sectorisation. Outre l'absence de recours à l'interprétariat professionnel, les refus de soins peuvent être liés au doute porté par les professionnel.le.s sur l'authenticité ou la gravité des troubles psychiques des exilé.e.s, sans évaluation clinique préalable, parfois soupçonné.e.s d'utiliser le système de soins pour « accéder à des droits sociaux ».

Les difficultés et les délais d'accès aux soins psychiques dans les CMP peuvent concerner l'ensemble des personnes résidant en France, du fait de l'hétérogénéité des moyens dont ces centres disposent. Cependant, les exilé.e.s rencontrent des obstacles spécifiques dus à la langue, à leur précarité sociale, ainsi qu'aux représentations erronées qui les concernent et peuvent conduire à une discrimination (« nécessité d'une expertise culturelle » pour pouvoir les soigner, suspicion sur la « véracité de leurs troubles » etc.). Enfin, les troubles psychotraumatiques, en dépit de leur fréquence dans ces populations sont parfois méconnus des soignant.e.s ou banalisés. Confondus avec des troubles réactionnels à la situation de précarité administrative et sociale, ils sont mal identifiés ou considérés comme ne relevant pas du rôle de la psychiatrie de secteur. Lorsque les appelant.e.s témoignent de tels obstacles à l'accès aux soins, les répondant.e.s peuvent leur proposer de se mettre en contact avec la structure de soins choisie en première intention pour favoriser l'accueil de la personne demandeuse. En cas d'échec, les personnes sont orientées vers des consultations publiques désectorisées ou des associations spécialisées dans la santé mentale des exilé.e.s, la prise en charge du psychotraumatisme, ou le soin pour les personnes précaires.

REFUS, RESTRICTIONS ET RETARDS DE SOINS A L'HOPITAL PUBLIC

L'observation effectuée à partir des sollicitations des permanences téléphoniques et des centres de soins du Comede met en évidence depuis plusieurs années une multiplication des cas de refus ou de restrictions de soins dans les hôpitaux, principalement à l'encontre des personnes étrangères récemment arrivées en France, en situation de vulnérabilité sociale et dépourvues de protection maladie. Une part importante de ces refus prend la forme d'ajournement des soins pourtant nécessaires « dans l'attente de l'ouverture des droits », ces « retards de soins » pouvant entraîner des conséquences graves pour les malades concerné.e.s. Les refus et retards de soins concernent principalement les soins les plus chers, raison pour laquelle les principales maladies concernées sont les cancers (plus de 80% des situations documentées) et l'insuffisance rénale nécessitant une dialyse/greffe, même si tous les autres malades étrangers sont concernés.

Ce phénomène témoigne d'une dangereuse évolution de certaines pratiques hospitalières au regard des missions d'accès aux soins pour les plus démuni.e.s, fixées par la loi contre les exclusions de 1998 et les missions des dispositifs Pass. La délivrance des soins apparaît de plus en plus souvent conditionnée à la détention préalable d'une protection maladie, alors que de nombreux dispositifs Pass sont limités aux seules consultations médico-sociales, sans accès à l'ensemble des services de l'hôpital. Cette évolution s'inscrit dans un contexte où la part des dotations globales dans le budget des hôpitaux n'a cessé de se réduire au profit du financement à l'acte. Soucieuses de ne pas mettre leurs établissements en déficit, des directions financières des hôpitaux exercent des pressions sur les équipes médicales et sociales afin de détecter les patient.e.s dont les factures pourraient se révéler irrecouvrables.

Dans un contexte politique particulièrement hostile à l'immigration et compte-tenu de la progression de la xénophobie dans notre pays, l'incursion des critères financiers dans l'accueil social et le processus de décision médicale est particulièrement préoccupante. Face aux pressions exercées par les services financiers (certains chefs de services hospitaliers se plaignent d'être appelés « tous les jours » sur la situation de tel ou tel malade étranger hospitalisé sans protection maladie), la plupart

des médecins tentent de résister au nom de leurs obligations déontologiques, en s'efforçant de poursuivre les soins nécessaires au patient sur des critères strictement médicaux. Mais certain.e.s médecins peuvent être influencé.e.s par ce contexte évolutif, entre soumission aux « impératifs financiers » et méconnaissance du Code de déontologie médicale.

On observe ainsi un glissement des missions de protection de la santé vers des pratiques de contrôle financier, dans un contexte de grande confusion entre les évaluations médicale, sociale et administrative. S'il est nécessaire - pour le patient et pour l'hôpital - que les personnes démunies et sans protection maladie soient accompagnées dans l'accès aux droits dès le premier contact avec l'établissement, cet accès aux droits ne peut être un préalable et encore moins une condition pour l'accès aux soins pour les personnes démunies. L'évaluation de la nécessité des soins médicaux doit se faire de façon strictement indépendante de l'évaluation de la situation administrative et sociale. De nombreuses situations de refus ou d'interruptions des soins apparaissent pourtant davantage liées au « diagnostic administratif » qu'au diagnostic médical. Ainsi, et en dépit de la situation de précarité financière dans laquelle se trouvent certaines personnes, l'exigence du paiement préalable des soins apparaît comme une pratique de plus en plus courante.

Certains refus de soins sont assortis d'une analyse erronée des conditions d'accès à la protection maladie, les services hospitaliers ayant tendance à considérer les pratiques restrictives des Caisses de sécurité sociale (voir supra) comme « le droit », et à considérer des étrangers en séjour précaire et démunis financièrement comme « insolvables ». Dans les situations de « non droit » créées par le légilsateur pour les étrangers récemment arrivés en France, les soins délivrés par l'hôpital au titre de sa mission « Pass » doivent théoriquement être remboursés par le DSUV dont la demande est instruite par la CPAM. Pour activer le DSUV, la/le médecin doit rédiger un certificat médical, faisant valoir que les soins sont rendus nécessaires par la nécessité de « prévenir une « altération grave et durable de l'état de santé » (Art L 254–1 CASF). Or il arrive souvent que, en méconnaissance de la définition du champ d'application du DSUV, les médecins ne réservent ce type de demande que dans les situations où le pronostic vital est engagé de façon imminente.

Il est également fréquent que les assistantes sociales et les services administratifs hospitaliers méconnaissent les textes réglementaires, dont la circulaire ministérielle du 16 mars 2005 qui inclut au DSUV, de manière non limitative, les soins « destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité, les soins liés à la grossesse et l'IVG ». L'engagement de la procédure nécessite la collaboration du service social, dont dépend alors la continuité des soins pour la personne et les possibilités de remboursement pour l'hôpital. Ces obstacles devraient théoriquement être levés dans le cadre des dispositifs Pass, mais il arrive souvent que ce ne soit pas le cas, faute de moyens et/ou de volonté en ce sens.

Exigence de paiement préalable aux soins ou encore soins retardés dans l'attente de la réponse de la caisse, ces pratiques discriminatoires s'étendent à une part de plus en plus importante des populations démunies. Les préoccupations financières et la recherche pour l'hôpital de l'assurance d'être payé conduisent à un dangereux mélange des genres : les considérations administratives portées par les instances financières et de direction de l'hôpital prennent de plus en plus le pas sur les décisions médicales. Dans un tel contexte, le dispositif réglementaire et législatif national s'avère insuffisant pour que médecins, travailleurs sociaux et administrations hospitalières puissent sereinement faire valoir le caractère universel de leur mission de soins sans rentrer en conflit avec leur hiérarchie. De telles situations nécessitent la vigilance accrue des institutions de santé régionales ou nationales pour rappeler aux hôpitaux leur mission d'accueil inconditionnel et fournir aux praticiens les appuis nécessaires pour résister aux pressions administratives et financières. ■

Accès aux droits

Accès aux autres droits liés à l'état de santé, certification médicale et protection de la santé

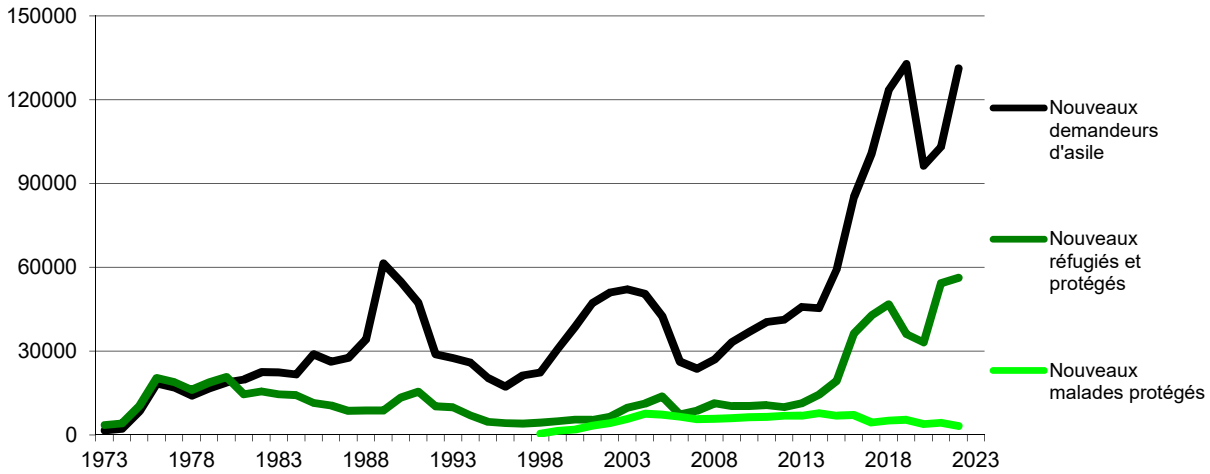
Les exilé.e.s sont confronté.e.s à de nombreux obstacles à l'accès aux droits fondamentaux. Ces obstacles ont des conséquences sur la fragilisation de leur état de santé (voir page 75), et de façon plus directe encore lorsqu'il s'agit de droits liés à l'accès aux prestations de soins et de santé : protection maladie (voir Accès aux soins page 91), droit au séjour pour les personnes atteintes d'une maladie grave et ne pouvant être soignées dans leur pays d'origine (Dasem/Droit au séjour des étrangers malades, voir infra), et plus largement accès aux prestations sociales liées à l'état de santé (allocations, hébergement, aides à la vie quotidienne, etc.)

La restriction progressive des droits des étrangers procède à la fois des réformes législatives successives et des pratiques de l'administration. Le tableau dressé par le Défenseur des droits dans son rapport de mai 2016 reste d'une brûlante actualité, les obstacles aux droits des étrangers étant liés à la fois « à des pratiques dépourvues de base légale », mais aussi au sein de « la règle de droit elle-même (…) Les différentes lois relatives aux conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers ayant succédé à l'ordonnance du 2 novembre 1945 ont, à de rares exceptions près, conduit à une régression de la situation des étrangers, les textes les plus favorables ne revenant jamais complètement sur la situation prévue par la législation antérieure. Ce faisant, elles ont renforcé la banalisation, dans les esprits et dans le droit, du traitement différencié des individus à raison de leur nationalité. »

S'agissant des personnes dont le retour dans le pays d'origine constitue un risque de mort (persécutions pour les demandeurs d'asile et réfugiés, interruption de soins pour les étrangers malades), les données publiques dessinent une évolution contrastée au cours des dernières années : progression de la protection au titre de l'asile (voir graphique ci-dessous, nombre record, dans l'histoire de l'Ofpra, de 56 000 personnes protégées en 2022), et forte dégradation de la protection accordée aux étrangers malades (voir pages suivantes). En amont de ces chiffres, l'accès aux procédures est de plus en plus restreint par les pratiques des préfectures. Cette politique de dissuasion des demandes de protection pourtant fondées sur les droits fondamentaux des personnes fait peser un risque majeur de violation de ces droits Présentée par ses auteurs comme « équilibrée »

Evolution du droit d'asile et du droit au séjour pour raison médicale en France

Sources : Ofpra, Ministère de l'Intérieur



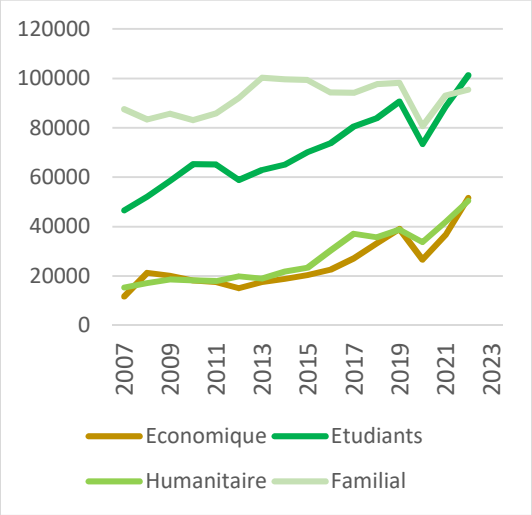
ou « humanitaire » (voir encadré ci-contre), cette politique conduit à restreindre l'accès aux guichets des préfectures, à multiplier le nombre de refus de protection (voir infra pour les étrangers malades), et plus largement à fragiliser le statut administratif d'un nombre croissant de personnes étrangères.

Cette politique s'est encore accentuée avec la promulgation d'une nouvelle loi sur l'Immigration en janvier 2024 encore plus restrictive sur les droits fondamentaux des étrangers en France, et dont les effets de précarisation et d'exclusion vont s'ajouter aux précédentes réformes (sur l'asile en 2015, les étrangers malades en 2016, sur l'immigration et l'asile en 2018, ainsi que sur l'assurance maladie et l'AME en 2019). Ces différentes étapes procèdent d'un contrôle accru des dispositifs de protection et de santé des étrangers par les autorités en charge de l'immigration (ministère de l'Immigration, de l'intégration et de l'Identité nationale en 2007, puis ministère de l'Intérieur depuis 2010) au détriment des ministères des Affaires étrangères (en charge de l'asile jusqu'en 2007), des Affaires sociales (en charge de l'intégration jusqu'en 2007), de la Santé (désaisi de l'évaluation médicale du droit au séjour des étrangers malades en 2016), et du travail (désaisi des procédures d'autorisation de travail en 2020).

En matière de droit au séjour pour raison médicale (voir page suivante), les restrictions observées rejaillissent sur l'ensemble du corps médical au-delà des associations et services sociaux qui aident aux démarches administratives. S'il revient aux services du ministère de l'Intérieur d'apprécier les conditions administratives (résidence habituelle, motifs d'ordre public) conduisant à déterminer le type de protection à accorder, le respect du secret médical leur interdit réglementairement toute intervention pour l'appréciation des conditions médicales. Le cadre juridique du dispositif d'évaluation médicale est celui de la protection de la santé, les médecins sollicités aux différentes étapes de l'évaluation médicale intervenant dans le respect du Code de la santé publique et particulièrement de sa section Code de la déontologie médicale.

Délivrance des premiers titres de séjour par motif (métropole - Pays-Tiers)

Evolution 2007-2021, www.immigration.interieur.gouv.fr



Depuis le transfert des compétences relatives aux étrangers et aux demandeurs d'asile vers le « Ministère de l'Intérieur, de l'Immigration et de l'Identité nationale » en 2007, le ministère de l'Intérieur publie l'évolution de la délivrance de premiers titres par catégorie de motif. La catégorie dénommée « humanitaire » (50 549 personnes sur un total de 298 979 en 2022) regroupe les personnes reconnues réfugiées ou apatrides (26 356), celles ayant obtenu la protection subsidiaire également auprès de l'Ofpra/la CNDA (10 612), les étrangers malades (3 280), les victimes de la traite des êtres humains et de violence conjugale (301).

Le « stock » de titres de séjour détenus par des ressortissants de pays tiers fin 2021 est de 3,5 millions, dont 46% de cartes de résident de longue durée, 17% de certificats de résidence algériens, 17% de cartes de séjour pluriannuelles, 7% de cartes de séjour temporaire (CST) et 8% de documents provisoires de séjour (récépissés, APS, convocations et attestations de demande d'asile). Les motifs « humanitaires » correspondent à 11% des titres de 10 ans, 7% des titres inférieurs à 10 ans (dont CST), et leur proportion s'élève à 51% des documents provisoires.

Régulièrement rappelés par le ministère de la Santé, ces principes sont pourtant mis à mal par les conditions de l'exercice médical au sein de l'Ofii, cette agence du ministère de l'Intérieur en charge des « visites médicales obligatoires » des étrangers admis au long séjour, et, depuis la réforme de 2016 et le désaisissement du ministère de la Santé, en charge du contrôle médical des « étrangers malades » (droit au séjour et protection contre l'éloignement).

DROIT AU SEJOUR POUR RAISON MEDICALE ET PROTECTION DES ETRANGERS MALADES

Alors même que les critères médicaux qui fondent le droit au séjour et la protection contre l'éloignement des étrangers malades n'ont pas changé, l'application de ce droit a subi une réduction drastique depuis que la réforme de l'immigration de 2016 a confié à l'Ofii la mission d'évaluation médicale des « étrangers malades ». En forte baisse depuis 2017, le nombre des personnes malades nouvellement protégées (première délivrance d'une Carte de séjour temporaire) a atteint son plus bas niveau en 2022 (3 290, soit -58% par rapport à 2014).

Entre 2017 et 2022, les rapports du service médical de l'Ofii au Parlement indiquent que, en dépit d'une diminution des demandes enregistrées (41 000 en 2017, 28 000 en 2021), les taux d'avis favorables émis par les médecins de l'Ofii (entre 49% en 2018 et 60% en 2021), restent significativement plus faibles que ceux émis précédemment par les médecins des ARS (voir encadré et tableau page 109). A l'encontre des instructions du ministère de la Santé et des principes du Code de déontologie médicale, les pratiques restrictives du service médical de l'Ofii culminent à l'égard des personnes atteintes de psychotraumatisme (seulement 22% d'avis favorables en 2021) ainsi qu'à l'égard des étrangers placés en centres de rétention et/ou sortant de prison (voir encadré page 74), sans qu'il n'existe en théorie de différence sur les critères médicaux à appliquer.

Le Comede et les associations membres de l'ODSE observent la multiplication des refus de séjour, des placements en rétention et parfois d'expulsions de malades qui remplissaient pourtant les conditions médicales prévues par la loi, le cabinet du ministère de la Santé étant régulièrement alerté pour les situations les plus urgentes des malades placés en centre de rétention et menacés d'éloignement imminent. A ces refus de délivrance de premier titre de séjour s'ajoutent les refus de renouvellement après quelques années de « régularisation », alors même que la situation médicale ou l'accès aux soins dans le pays d'origine n'ont pas changé,

Des demandes largement fondées dans l'observation du Comede

A la demande des étrangers malades, de leurs proches et/ou des professionnels et associations intervenant auprès d'eux, les médecins du Comede apprécient les conditions médicales des demandes de titre de séjour, et soutiennent les démarches des personnes remplissant les « critères médicaux » prévus par la loi. Entre 2012 et 2021, ces critères étaient remplis dans :
- 75% des cas dans les permanences téléphoniques médicales (sur 8743 personnes) ;
- 78% des cas au Centre de santé (401)
- 74% des cas à l'ESD/Comede Paris (333)
- 68% des cas au Comede Paca (367)

et dont les conséquences sociales dramatiques (perte des papiers, de l'emploi, des ressources, du logement etc.) s'ajoutent aux considérations médicales. Si les données de « stock » (ensemble des étrangers malades sous protection, en demande ou renouvellement de titre) ne sont pas publiées par les autorités, ce sont bien des milliers de personnes atteintes de maladies et troubles psychiques graves dont la protection juridique est supprimée et la continuité des soins menacée. Les personnes vivant avec le VIH ne sont pas épargnées : les rapports de l'Ofii font état d'un taux d'avis défavorable de 4% sur la période 2017-2022, soit une dégradation sans précédent (voir encadré page suivante).

Régulièrement saisi par les associations pour rappeler aux médecins de l'Ofii le cadre déontologique de leur mission en faveur de la santé et de la continuité des soins, le ministère de la Santé se révèle impuissant à faire appliquer ses propres instructions (arrêté réglementaire du 5 janvier 2017, annexe II), et à obtenir la transparence des sources de données utilisées par le service médical de l'Ofii pour évaluer le risque de défaut de soins dans le pays d'origine. Dans ce contexte, seul le retour de la mission d'évaluation médicale au sein des services du ministère de la Santé permettrait de faire prévaloir la protection de la santé sur les objectifs de « lutte contre l'immigration ».

Outre la baisse globale des la protection, la mission de l'Ofii à l'égard des étrangers malades présente un certain nombre de difficultés pratiques et déontologiques. Les délais d'émission des avis par le collège de médecins de l'Ofii excèdent souvent les trois mois définis par le Ceseda, cette situation entretenant une forte précarité pour les personnes concernées, alors qu'un grand nombre de préfectures persiste à refuser la délivrance du récépissé de première demande comme de renouvellement.

Par ailleurs, au nom de la « lutte contre la fraude » qui ne concerne pourtant qu'une fraction minimale des demandes, la généralisation des convocations devant le service médical de l'Ofii en vue de la réalisation d'examens complémentaires pour l'établissement du rapport médical témoigne d'une suspicion généralisée pouvant être maltraitante. Elle entraîne des conséquences néfastes pour l'ensemble des acteurs :

- pour les malades, des démarches supplémentaires à effectuer qui allongent encore la procédure (cette convocation conditionnant la délivrance des récépissés par les préfectures), alors que leur état de vulnérabilité peut être aggravé par les conditions

Dégradation de la protection des personnes vivant avec le VIH entre 2012 et 2019

La dégradation de la protection des étrangers malades se manifeste depuis 2012-2013 par des avis médicaux défavorables rendus à l'égard des personnes vivant en France avec le VIH depuis souvent de très nombreuses années, (*voir aussi : La fin de l'exception VIH, Rapport de l'Observatoire malades étrangers, Aides, juin 2015, p.38*). Ces pratiques restrictives des médecins en charge de l'évaluation médicale se font à l'encontre des instructions spécifiques du ministère de la Santé (instructions nationales de 2005 renouvelées de manière stable en 2006, 2007, 2010, 2011 et 2017 pour les PVVIH originaires des pays en développement) et alors que les systèmes de santé et d'accès à une prise en charge médicale n'ont pas significativement évolué dans les pays d'origine concernés sur les périodes de référence, notamment selon les rapports de l'Onusida.

Quelques avis médicaux défavorables sont d'abord documentés en 2010 dans le contexte particulier du département du Loiret dont l'un des médecins responsables, à l'époque au sein de l'ARS, sera par la suite recruté par le ministère de l'Intérieur en tant que « Conseiller santé » sur les questions d'immigration. Six nouveaux avis défavorables sont répertoriés en 2012 dans les départements de Seine Saint Denis (3), du Bas Rhin (2) et des Hauts de Seine (1). Mais, même si ces refus ont des conséquences graves pour les personnes concernées (notamment perte d'emploi, de ressources stables et de solutions de logement/hébergement), la plupart donnent lieu à des recours gracieux (correction/mise à jour de l'avis médical), rétablissant les personnes dans leurs droits en 2013.

C'est à partir de fin 2013 que les avis médicaux défavorables se multiplient : 2 fin 2013, 15 en 2014, et 6 de janvier à avril 2015. Les autorités médicales d'Ile de France (10) et de Midi Pyrénées (8) sont les principales concernées, mais aussi de manière plus marginale les ARS de Provence Alpes Côte d'Azur (2), d'Auvergne (1), de Bretagne (1) et des Pays de la Loire (1). De nombreuses nationalités, en procédure de première demande comme de renouvellement, font l'objet de ces refus : Algérie, Cameroun, Congo Brazzaville, Côte d'Ivoire, Egypte, Equateur, Géorgie, Guinée Conakry, Nigéria, Tunisie, Pérou, Russie, etc. Les recours gracieux, hiérarchiques et contentieux ne permettent pas de rétablir dans leurs droits une large majorité des personnes malades concernées, malgré une mobilisation longue et importante de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) auprès du Ministère de la santé et de nombreux avocats auprès des juridictions.

C'est toutefois le transfert de l'évaluation médicale au sein de l'Ofii qui, malgré le renouvellement des instructions du ministère de la Santé garantissant la protection de ces personnes par l'arrêté ministériel du 5 janvier 2017, marque une rupture sans précédent de la protection des personnes vivant avec le VIH avec un taux d'avis défavorable de 5,6%, sur la période 2017-2019 et un refus du service médical de l'Ofii de procéder à tout réexamen de situation. Des centaines de personnes sont ainsi privées de droit et de la garantie de la continuité des soins, et plus d'une vingtaine de nationalités sont concernées (Algérie, Angola, Cameroun, Congo Kinshasa, Côte d'Ivoire, Guinée, Guyana, Haïti, Russie, etc.). Ainsi au cours des dernières années, et depuis la reconnaissance en 1997/1998 du droit à la protection des étrangers gravement malades résidant en France, jamais les personnes vivant avec le VIH n'auront été autant victimes de refus de séjour, de placements en rétention et d'expulsions.

de ce contrôle médical, notamment pour les mineurs et les personnes souffrant de psychotraumatisme grave ;
- pour les médecins rédigeant le certificat médical destiné au service médical de l'Ofii, le risque de démotivation lié au déficit de confiance et au mépris des règles habituelles de confraternité ;
- pour les médecins de l'Ofii enfin, aux prises avec les contradictions déontologiques (Art. 100 CDM) en devant pratiquer des actes de contrôle médical dans une mission initialement destinée à la protection de la santé.

Le format imposé par le « certificat médical » issu de la réforme (ce document succède au rapport médical précédemment en vigueur, cette nouvelle appellation étant elle-même le signe d'une logique de contrôle accru) complique encore la procédure de transmission des informations médicales :
- ce formulaire n'a pas été conçu pour que plusieurs médecins, incluant des spécialistes, le remplissent, alors que les malades concernés sont souvent atteints de plusieurs affections graves ;
- il conduit les médecins traitants à ne pas indiquer certains éléments importants d'appréciation des conditions médicales, notamment le risque « d'exceptionnelle gravité » du défaut de prise en charge, ou encore les informations permettant d'apprécier le risque de défaut de soins dans le pays d'origine (offre de soins et organisation du système de santé, éléments biographiques, environnement familial, parcours de soins antérieur, facteurs de vulnérabilité) ;
- ce formulaire oblige à une présentation « segmentée » des pathologies du patient, au détriment d'un rapport global décrivant son état de santé, ce qui complique d'autant le travail d'élaboration de l'avis de la part des médecins de l'Ofii ;
- enfin, ce format de « certificat médical » ne prend pas en compte les autres documents médicaux qu'il est souvent nécessaire de transmettre au service médical de l'Ofii.

S'agissant de la communication des avis médicaux au patient, nécessaire pour engager des recours éventuels, la pratique favorable observée dans certains Centres de rétention administrative (CRA) de remettre à la personne une copie de l'avis rendu par le médecin de l'Ofii est encore loin d'être généralisée. Il est urgent de mettre en place dans toutes les procédures (droit au séjour et protection contre l'éloignement) une communication systématique de l'avis du service médical de l'Ofii à l'intéressé.e. En cas de refus de communication de l'avis, les malades continuent de devoir enclencher une procédure de demande aboutissant *in fine* au même résultat (Art L.114-7 et L 311-2 du Code des relations entre le public et l'administration, Art L.1111-7 du Code de la santé publique).

Les étrangers malades privés de liberté et retenus dans les CRA n'ont pas connaissance du déroulement de la procédure de protection dont ils demandent la mise en œuvre. En dépit de la transmission à l'Unité médicale (Umcra) des rapports élaborés par leurs médecins traitants et hospitaliers, ils ne savent ni si le médecin de l'Ofii a été saisi, ni rien des suites qui ont été données à cette saisine. En outre, les procédures issues de la réforme souffrent d'un manque de coordination qui peut entraver leur effectivité, lorsqu'elles impliquent un délai incompatible avec une protection effective ; les Umcra faisant état d'un déficit d'information de la part de l'Ofii quant aux suites données à leurs saisines.

Enfin, les étrangers sont confrontés à des pratiques préfectorales toujours plus restrictives. Les conditions générales d'accueil en préfecture sont très dégradées, avec des délais de rendez-vous très longs. En Ile-de-France (hors Paris), des procédures de prise de rendez-vous par internet conduisent à l'impossibilité de prise de RV pour les personnes n'y ayant pas accès ou n'étant pas dans la capacité de le faire, et à la saturation empêchant toute prise de RV en ligne (« veuillez réessayer plus tard »).

Les refus illégaux de remise des récépissés de première demande de délivrance de titre de séjour, conjugués aux durées d'instruction et aux pertes de dossiers, ont placé/maintenu les

Evolution de la protection des étrangers malades dans l'observation du Comede

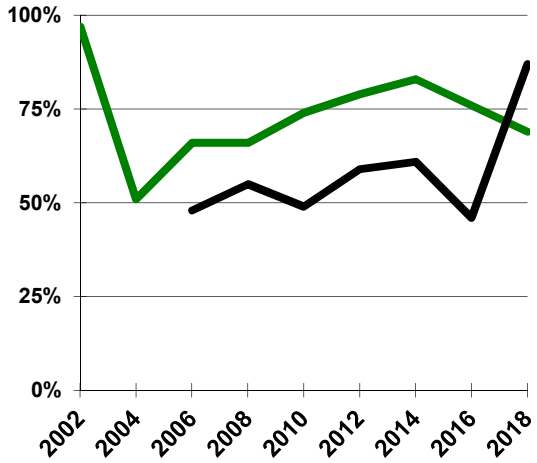
Depuis la chute de la protection apparue en 2003 et devant la carence de publication des données ministérielles jusqu'en 2017 (voir encadré page 103), le Comede a mis en place un programme d'observation des réponses administratives et juridictionnelles aux demandes de protection faites par les « étrangers malades », en vue d'informer les malades et les professionnel.le.s concerné.e.s 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 ont été enregistrées en continu pour les personnes accompagnées par les différents dispositifs du Comede et des partenaires associatifs de l'ODSE. Les critères médicaux de demande retenus par le Comede sont restés stables sur la période (voir Guide Comede).

La méthodologie utilisée et les caractéristiques des demandes/réponses (1 545 réponses préfectorales aux demandes de première délivrance et de renouvellement de titre de séjour, et 392 recours auprès des tribunaux administratifs) sont développées dans les précédents rapports d'observation. Les personnes concernées étaient majoritairement des hommes (72%), jeunes (âge moyen 40 ans), principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (45%), d'Afrique centrale (26%), d'Afrique du Nord (9%), d'Asie du Sud (7%) et d'Europe de l'Est (6%). Elles résidaient en France depuis 5,5 ans en moyenne au moment de la réponse et 76% d'entre elles avaient découvert leur maladie après l'arrivée en France (92% des personnes infectées par le VIH, le VHB ou le VHC). Elles étaient suivies pour une ou plusieurs affections graves (en moyenne 1,4), dont les plus nombreuses étaient l'infection par le VHB (23%), les maladies cardio-vasculaires (17%), les affections psychiatriques (14%), le diabète (10%), l'infection par le VHC (5%), l'infection par le VIH (3%), et les cancers (3%).

Proches de 100% jusqu'en 2002, les taux d'accord ont d'abord chuté de moitié en 2004 (voir graphique) suite aux pressions et mises en cause des médecins en charge de l'évaluation médicale jugés « complaisants » (voir rapports Comede précédents). Par la suite, la baisse des taux d'accord a pu être enrayée suite aux publications

Taux d'accords des préfectures et des tribunaux (TA et CAA)

Evolution 2002-2018, critères médicaux constants



par le ministère de la Santé de circulaires rappelant aux médecins la nécessité de protéger les étrangers vivant avec le VIH (voir encadré page 72), puis d'appliquer le même raisonnement médical à l'ensemble des maladies concernées (Instruction de novembre 2011 et Arrêté de janvier 2017). Le taux global de protection s'est alors stabilisé autour de 75% jusqu'en 2017.

C'est pourquoi la baisse des taux de protection consécutive au transfert de l'évaluation médicale au à l'Ofii est particulièrement préoccupante, en réduisant la capacité d'intervention du ministère de la Santé. Déjà préexistantes à la réforme de 2016, les différences de traitement selon les maladies – et ceci alors même que les critères médicaux étaient présents pour l'ensemble des malades – se sont encore aggravées depuis 2017 et le transfert à l'Ofii, particulièrement à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiques graves, dont le taux de protection était de 71% dans l'observation du Comede, soit plus de 3 fois plus élevé qu'en 2021.

Voir les résultats détaillés dans les précédents rapports d'observation du Comede, et les analyses du collectif Dasem psy sur la question particulière de la baisse de la protection à l'égard des étrangers malades souffrant de psychotraumatismes.

Données publiées par le ministère de l'Intérieur concernant l'application du droit au séjour pour raison médicale en France

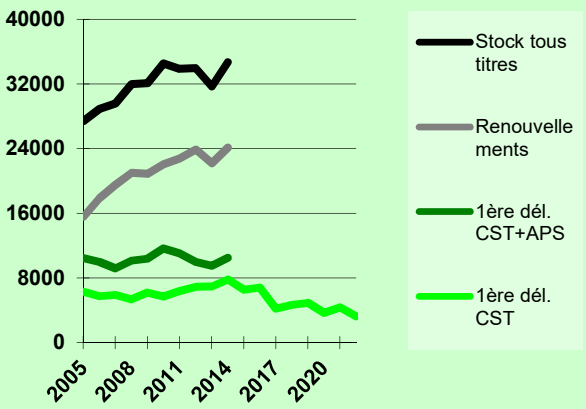
Contrairement au droit d'asile, il n'existe pas de document global permettant de mesurer précisément l'application du droit au séjour pour raison médicale, incluant à la fois l'état des demandes et des réponses en matière de droit au séjour et de protection contre l'éloignement des étrangers malades. Le ministère de l'Intérieur publie sur son site internet des statistiques relatives aux titres de séjour, mais ces documents ne fournissent d'information ni sur le nombre des demandes (de première délivrance ou de renouvellement de titre), ni sur la délivrance des Autorisations provisoires de séjour (APS) ou récépissés, ni sur le nombre de refus notifiés aux étrangers malades, ni sur les « stocks » d'étrangers protégés pour raison médicale chaque année. Le tableau ci-dessous recense des données publiées et et/ou communiquées aux associations lors de réunions ministérielles. A noter que les données de délivrance de titre présentées jusqu'en 2014 correspondent aux rapports de l'époque, et ne prennent pas en compte la révision à la baisse présentée sur le site du ministère.

S'agissant des avis médicaux rendus par les médecins de l'Administration, des données globales ont été publiées par le ministère de la Santé jusqu'en 2014 (voir tableau ci-dessous), avec une interruption en 2015 et 2016, avant la publication des données annuelles depuis 2017 dans le cadre du rapport publié pour le Parlement par le service médical de l'Ofii. Selon le rapport portant sur l'année 2021, sur les 27 702 demandes enregistrées au cours de l'année dont 39% pour la région Ile-de-France, 39% concernaient une première délivrance de titre et 61% un renouvellement. Agés en moyenne de 42 ans, les demandeurs étaient majoritairement des hommes (55%), et les deux tiers étaient originaires d'Afrique (dont Algérie 10%, Côte d'Ivoire 7%, Congo RD 6%, Guinée et Cameroun 5%). Ils résidaient en France depuis 5 ans en moyenne. Les principales pathologies concernées sont les maladies infectieuses et parasitaires (27%), les maladies cardiovasculaires (23%, stable), le diabète et les maladies endocriniennes (18%) et les troubles psychiques (classés par l'Ofii comme « troubles mentaux et du comportement », 17%). Comparativement à la répartition des maladies graves parmi les personnes exilées (voir chapitre Etat de santé), ces données signalent une sous-représentation des troubles psychotraumatiques, qui constituent pourtant la maladie grave la plus fréquente dans cette population.

Sur les 19 586 avis rendus en 2021, le taux global d'accord était de 60% (VIH 96%, troubles psychiques 22%). Alors qu'il avait encore davantage chuté pour les personnes malades menacées d'éloignement, les données sur ce point ne sont plus publiées depuis 2017.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total avis médicaux rendus	42 329	43 666	?	?	27 760	37 664	29 281	24 125	19 586
Taux d'avis favorables	78%	77%	?	?	53%	49%	58%	65%	60%
Total 1ère délivrance titres	6 944	7 835	6 906	7 155	4 477	5 157	5 411	3 927	4 403
Total 1ère déliv. dont APS	9 516	10 535	?	?	?	?	?	?	?
Total renouvellements	22 196	24 150	?	?	?	?	?	?	?
Données de stock	31 710	34 685	?	?	?	?	?	?	?

Selon ces données, le nombre de premières délivrances de titres (incluant les APS) oscillait autour de 10 000 par an jusqu'au transfert à l'Ofii, le nombre de CST ayant chuté de plus de la moitié entre 2014 et 2020. Dans la mesure où la plupart des pathologies concernées sont chroniques, et où les passages à la carte pluriannuelle restent rares, le « stock » (ensemble des malades régularisés en fin d'année) et les renouvellements devraient augmenter annuellement. On observait pourtant une jusqu'en 2014 la stagnation du nombre total de personnes protégées à moins de 35 000, ce nombre n'étant plus publié depuis lors.



.

demandeurs dans une situation « irrégulière » aggravant notamment les difficultés d'accès aux dispositifs d'hébergement (dans un contexte de non application du principe de l'inconditionnalité de l'accueil notamment en CHRS). Dénoncées souvent depuis des années par de nombreuses organisations, d'autres pratiques restrictives sont toujours en cours : refus d'enregistrer ou d'instruire les demandes en cas de défaut de passeport ou d'acte de naissance récent et traduit en français, d'absence de production des actes de naissance des enfants y compris ceux restés au pays, de défaut de preuves de présence en France depuis plus d'un an, de défaut d'hébergement pour les personnes sans domicile stable en possession d'une attestation de domiciliation en cours de validité (voir page 113) ; refus d'instruction pour les personnes sollicitant le réexamen de leur situation suite à une évolution de leur état de santé, ou encore pour les étrangers malades incarcérés.

DEMANDE D'ASILE ET CERTIFICATION MEDICALE

Les demandeurs d'asile se voient confrontés à des difficultés majeures d'accès à la procédure. Les difficultés d'enregistrement à la Plateforme d'accès des demandeurs d'asile (Pada) puis au Guichet unique pour demandeurs d'asile (Guda) sont majorées par la saturation des services téléphoniques payants de prise de rendez-vous en Ile de France, retardant l'accès à l'ensemble des conditions matérielles d'accueil (hébergement, ressources, et prise en charge des frais de santé). En matière d'accès à une protection maladie permettant l'accès aux soins (voir page 91), cette situation est aggravée par la réforme PUMa qui, depuis mai 2017, impose la justification de l'attestation de demande d'asile délivrée par le Guda pour l'ouverture des droits, ceci alors même que la Cour de justice de l'Union européenne a reconnu en juillet 2017 qu'une personne a la qualité de demandeur d'asile dès lors qu'un document administratif a enregistré sa demande (CJUE, 26 07 207, C-670-16).

La crise de l'hébergement des demandeurs d'asile s'est encore aggravée, l'accroissement des besoins en la matière dépassant largement l'accroissement de l'offre d'hébergement (voir les publications de la Coordination française pour le droit d'asile, http://cfda.rezo.net/). La mise en place de dispositifs d'accueil dégradés (CAO, CPA, PRADHA, CHUM) dépourvus d'accompagnement spécialisé, répond à une logique de « triage » en vue du renvoi des demandeurs d'asile rapidement déboutés ou placés sous procédure Dublin. Pour ces derniers, on déplore également des pratiques préfectorales d'assignation à résidence et d'interpellation au guichet en vue d'un placement en rétention, ces pratiques ayant été consacrées par la loi du 20 mars 2018. S'agissant des personnes déboutées de leur demande d'asile, les pressions exercées par les services préfectoraux sur les Cada conduisent à la mise à la rue de personnes particulièrement vulnérables, sans perspective d'hébergement ni accompagnement social.

Un droit d'asile dérogatoire en Guyane

Depuis 2018, un décret portant *expérimentation de certaines modalités de traitement des demandes d'asile en Guyane* prévoit notamment :
- de réduire le délai d'introduction de la demande d'asile à 7 jours (au lieu de 21 en métropole) et un délai supplémentaire pour compléter la demande de 3 jours (au lieu de 8 en métropole). La demande doit nécessairement être déposée physiquement à l'Ofpra,
- un délai de 15 jours pour instruire la demande est imposé à l'Ofpra,
- les convocations aux entretiens et notifications se font en main propre,
- le délai de distance d'un mois n'est plus applicable pour les recours auprès de la CNDA.

Ce décret expérimental survient dans un contexte déjà fragilisé de la demande d'asile en Guyane avec des conditions matérielles d'accueil très dégradées : absence de Cada, insuffisance des places d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile, montant de l'allocation de demande d'asile plus faible qu'en métropole (alors que le coût de la vie y est plus élevé), absence de Spada et donc d'accompagnement des demandeurs d'asile dans leurs démarches, etc. Les pratiques dérogatoires se sont renforcées depuis 2019 avec démonétisation de l'Ada par la délivrance d'une carte de paiement ne permettant pas de retrait d'argent liquide.

En outre, l'ensemble du parcours de la demande d'asile reste marqué par de multiples sollicitations de « certificat médical », dans de dangeureuses logiques de « tri » des victimes et des personnes vulnérables. Les certificats « de violences », demandés en vue d'appuyer la reconnaissance du statut de réfugié présentent des risques majeurs pour le droit d'asile et la santé des demandeurs. Fondé sur des craintes de persécutions et non sur des persécutions avérées, le droit d'asile n'est théoriquement pas corrélé aux éventuelles séquelles médico-psychologiques laissées par la torture ou les mauvais traitements, et les demandeurs ne devraient pas avoir à produire de *certificat de violence et torture*. Mais dans le contexte de crise du droit d'asile, l'exigence des « preuves » de persécutions entretient le mythe du « *bon certificat de torture* », selon l'expression d'un avocat sollicitant le Comede, susceptible d'influencer favorablement les Officiers de protection ou les juges de la CNDA.

Cette « prime à la torture », qui constitue une dérive dans l'application de la convention de Genève, peut avoir des effets particulièrement néfastes sur la santé des personnes concernées. 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. Pour ces raisons, le recours à la certification doit être limité aux seules situations nécessitant l'intervention d'un.e professionnel.le du soin pour évoquer la difficulté à dire ; donc en premier lieu autour du lien à l'autre, c'est-à-dire des questions posées par la santé mentale en particulier et par le soin en général.

Parmi les autres certificats médicaux également demandés aux demandeurs d'asile, citons la place croissante prise par les critères médicaux pour la priorisation de l'accès à l'hébergement, dans un contexte de saturation des dispositifs dédiés aux demandeurs d'asile, et face auquel les médecins soignants tentent de signaler les situations les plus dramatiques, dans le respect du secret médical. Il en est de même pour l'attribution des conditions matérielles d'accueil (dont l'allocation) qui sont de plus en plus souvent refusées aux personnes en procédure normale ou accélérée au prétexte qu'elles en ont « bénéficié » préalablement en procédure Dublin. Egalement en cas de maladie grave, des certificats sont de plus en plus souvent demandés en vue d'une « dérogation Dublin ». Par ailleurs, les médecins intervenant auprès des demandeurs d'asile se voient également réclamer des *certificats médicaux attestant de l'intégrité de leurs empreintes digitales,* face à la suspicion des préfectures à l'égard des personnes dont les empreintes ne sont pas lisibles par la machine de saisie (destinée à alimenter le système Eurodac) et leur « placement en procédure accélérée ». Pour les personnes qui souhaitent contester cette décision devant le tribunal administratif, un certificat médical peut-être utile. Le médecin y indique alors les observations dermatologiques et les facteurs évocateurs d'une altération des empreintes digitales (voir rapports Comede précédents).

Enfin, même si elle a été atténuée par la précédente réforme du droit d'asile, et désormais confiée aux services de médecine légale en accord avec l'article 100 du Code de déontologie médicale (voir rapports Comede précédents), l'exigence par l'Ofpra de *certificats d'absence de mutilation sexuelle féminine* (« non- excision ») reste dénoncée par le Comede et les associations de la CFDA (voir *De la protection à la suspicion : l'exigence annuelle du certificat de non-excision*, http://cfda.rezo.net/), et très difficile d'application pratique en raison de la saturation des services médico-légaux. Les parents d'enfants menacées de telles mutilations peuvent théoriquement obtenir le statut de réfugié, mais sont beaucoup plus souvent sous le régime plus précaire de la protection subsidiaire. Pour être maintenus dans ce statut, l'Ofpra leur impose de fournir « tous les

3 ans » un certificat d'absence de mutilations sexuelles féminines, afin de prouver qu'ils n'ont pas fait subir ces mutilations à leur enfant depuis qu'un titre de séjour leur a été octroyé. Discutable sur le plan du droit d'asile, cette exigence est dangereuse sur le plan psychique en imposant de manière répétée un examen médical particulièrement intrusif à des petites filles, puis à des adolescentes, ceci sans bénéfice médical attendu. Elle témoigne d'une logique paradoxale et discriminante à l'égard des parents d'enfants menacées d'excision, ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire : soupçonnés de faillir dans leur rôle protecteur à l'égard de leur enfant en ce qui concerne les mutilations sexuelles, alors même qu'une protection leur a été octroyée, ainsi qu'à leur enfant, pour leur permettre de tenir ce rôle.

AUTRES DIFFICULTES D'ACCES AUX DROITS

Les étrangers en séjour précaire subissent d'autres pratiques restrictives de l'administration, comme les refus répétés d'accès à la carte de résident de dix ans pour des personnes résidant en France depuis de nombreuses années, l'impossibilité de se faire rejoindre en France par sa/son conjoint.e en raison de faibles ressources financières et d'un logement estimé inadapté dans le cadre de la procédure de regroupement familial, l'incompatibilité de l'état de santé et du handicap avec la fréquence des démarches à accomplir et les conditions d'accueil dans les préfectures, l'augmentation des taxes relatives aux titres de séjour, etc.

En matière d'hébergement, on déplore la remise en cause généralisée du principe légal (dispositions du CASF) de l'inconditionnalité de l'accueil, l'accès à un hébergement d'urgence ou en CHRS n'étant pas conditionné par la loi à la régularité du séjour. Pour les personnes étrangères en situation irrégulière et/ou administrative précaire, on constate un affaiblissement face à ces mesures de la protection par les juges contre l'esprit même des textes garantissant l'inconditionnalité de l'accueil. Le Conseil d'Etat tend ainsi à considérer depuis 2016 que, sauf circonstances exceptionnelles, le refus de faire bénéficier du principe de l'inconditionnalité de l'accueil les demandeurs d'asile déboutés et les personnes sous le coup d'une mesure d'éloignement ne saurait être censuré. Dans ce contexte, un nombre croissant de personnes en situation de grande vulnérabilité (voir Etat de santé page 69) se retrouvent sans abri, incluant des familles, enfants, femmes isolées et/ou enceintes, personnes âgées ou handicapées… Il faut alors

Dégradation du droit à l'hébergement

La dégradation de l'accès à l'hébergement pour les exilé.e.s est documentée dans le chapitre Etat de santé (voir page 72). La question de l'hébergement se pose dans la plupart des consultations pluridisciplinaires du Comede, et occupe également des espaces de travail en commun et de travail partenarial. En 2019, dans le cadre d'une mission de cartographie élaborée en partenariat avec la Fondation de France, une assistante sociale référente du Comede a répertorié, rencontré des associations, collectifs et dispositifs spécifiques d'hébergement en région Ile-de-France. Ce travail de terrain a permis d'identifier, de rencontrer et de travailler avec des partenaires jusqu'à alors pas ou peu connus du Comede.

Dans la période récente, la situation a évolué défavorablement même pour les personnes bénéficiant d'un droit au séjour (dont des réfugié.e.s, ou encore des mineur.e.s). Les réponses apportées par l'Etat et les communes sont loin d'être suffisantes et satisfaisantes. Bien qu'exemplaires pour pallier les carences de l'Etat, les initiatives des associations et des collectifs citoyens sont rapidement saturées. Dans ce contexte, le Comede a dû augmenter l'aide directe au paiement des nuits d'hôtel pour les personnes les plus vulnérables.

Cette situation nous a conduit.e.s à élargir nos orientations et à travailler sur les orientations médicales, lorsque les personnes remplissent les critères médicaux pour entrer dans des dispositifs de LHSS (Lit halte soins santé), ACT (appartement de coordination thérapeutique) et LAM (lit d'accueil médicalisé). Mais ces dispositifs sont eux aussi saturés, les tentatives que nous avons faites pour des admissions en ACT notamment sont restées le plus souvent infructueuses.

Enfin, la situation est particulièrement grave pour les femmes exilées, confrontées à des violences sexuelles sur l'ensemble du parcours d'exil, et dont les violences se répètent souvent lorsqu'elles sont « à la rue » ou se voient contraintes d'accepter un hébergement en échange de services sexuels. Le Comede propose à ces personnes un accompagnement physique lorsqu'elles souhaitent porter plainte.

L'accompagnement des femmes victimes de viols et/ou de violences conjugales en France.

La précarité ou l'absence d'hébergement adapté constitue un danger, les femmes étant particulièrement exposées. Face à une femme victime de viol et/ou de violences conjugales, les assistantes sociales du Comede prennent le temps nécessaire pour qu'elle puisse déposer ce qu'elle veut, dans l'espace qu'elle choisit. Elles sont amenées à donner les informations, explications sur le dépôt de plainte. Si la victime souhaite entamer une démarche de dépôt de plainte, et si un accompagnement physique au commissariat paraît nécessaire parce que « seule c'est trop difficile », alors les assistantes sociales organisent ce déplacement au commissariat, prennent un rendez-vous si un.e interprète profesionnel.le doit être sollicité.e par la police.

Ces suivis sont longs, pluridisciplinaire, mobilisent beaucoup de temps de professionnel et nécessitent un travail en partenariat. Le Comede est souvent conduit à pallier le droit commun en matière d'hébergement. Il n'est pas envisageable de dire à une femme victime de viol (qu'elle porte plainte ou non) qu'elle doit retourner à la rue parce que le 115 ou l'Ofiil ne peut pas l'héberger.

engager des recours juridictionnels dits Dalo/Daho pour faire valoir ses droits à un hébergement ou un logement, mais la reconnaissance des droits par les juges ne permet pas leur effectivité, la personne demeurant à la rue ou en situation d'hébergement précaire.

Parmi les nombreuses pratiques restrictives et discriminatoires observées, citons en particulier :
- les refus SIAO/CHRS à l'encontre des personnes en situation irrégulière ;
- l'obligation d'une participation financière en Ile-de-France (dont 115) ;
- l'inaccessibilité téléphonique du 115 (impossible d'être mis.e en attente – obligation de rappeler), cette étape étant obligatoire pour accéder aux dispositifs de mise à l'abri ;
- en dehors du département 75, aucune place via le 115 pour les autres départements d'Ile-de-France, et mise en place de critères d'exclusion (par exemple dans le 92 quand un enfant a plus de 3 ans) ;
- saturation des dispositifs d'hébergement ;
- et pour les logements sociaux, exclusion des personnes sans titre de séjour, des personnes sous APS, ou encore des couples dont l'un des deux membres n'a pas le titre de séjour requis ;
- abus sur les pièces justificatives exigées pour prouver la séparation de fait, le décès, la disparition.

En matière de domiciliation, le cadre légal et réglementaire a été amélioré (voir notamment l'instruction DGCS du 10 juin 2016), à l'exception d'un recul important avec le refus de faire bénéficier les demandeurs d'asile de l'accès au dispositif de domiciliation de droit commun (ils sont renvoyés de manière exclusive vers la domiciliation dite « asile », dont l'accès ne leur est pourtant pas toujours garanti). En pratique, il existe toujours des obstacles majeurs à l'accès aux droits des personnes sans domicile stable, d'une part la persistance des difficultés à accéder à une domiciliation de droit commun auprès de nombreux CCAS, et d'autre part le refus, notamment des préfectures, de reconnaître la validité de ces attestations de domiciliation.

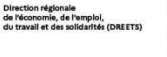
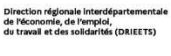
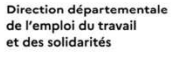
Parmi les nombreuses autres atteintes aux droits, on note en particulier :
- la création en 2019 d'un fichier national biométrique et de nouvelles modalités d'évaluation, ainsi que la sous-dotation des moyens de protection des Mineurs non accompagnés, notamment par un engorgement de la procédure de « mise à l'abri » rendue obligatoire avant la mesure de placement à l'ASE, cette situation conduisant à maintenir les jeunes sans ressources, sans hébergement et sans protection ;
- la multiplication des décisions d'interruption de versements des prestations (RSA, prestations familiales, AAH) en l'absence de réponse aux demandes, souvent abusives, de justifier des documents d'état-civil permettant l'attribution d'un numéro définitif d'immatriculation à la sécurité sociale (dit NIR) ;
- les entraves à l'accès aux droits sociaux des citoyens de l'Union européenne et des membres de leur famille, notamment par une appréciation restrictive des conditions de leur droit au séjour en France et/ou par un renvoi illégal de leur prise en charge par leur pays d'origine ou leur ancien Etat de résidence au sein de l'UE. ■

Notes méthodologiques

▪ **Recueil de données.** Les données présentées et analysées dans ce rapport (voir indicateurs d'observation page 25) sont saisies directement lors des consultations et permanences téléphoniques par les professionnel.le.s salarié.e.s et bénévoles dans une base de données développée par le Comede. Après correction des erreurs de saisie et élimination des doublons, les résultats présentés dans ce rapport sont issus d'une analyse descriptive. Lorsque les différences observées sont statistiquement significatives (test du Chi 2), le degré de probabilité indiqué (p) correspond à la probabilité que la différence observée soit due au hasard (p=0,05 signifie qu'il y a 5% de « chances » que le hasard « seul » explique cette différence).

▪ **Présentation des résultats.** Les résultats en pourcentages indiqués dans le texte et les différents tableaux sont calculés par rapport aux seules situations caractérisées, puis rapportés à l'ensemble du groupe observé. Les pourcentages présentés dans le texte et les différents tableaux sont systématiquement arrondis aux nombres entiers correspondants. Pour cette raison, certains totaux peuvent varier de 99% à 101%. Par ailleurs dans les tableaux, la tête de colonne « 23/22 » indique le pourcentage d'évolution d'activité entre 2022 et 2023.

▪ **Calcul des files actives des bénéficiaires.** Les personnes suivies dans les lieux d'accueil et de soins du Comede se voient attribuer un numéro unique de dossier, qui permet de déterminer la file active exacte du dispositif (nombre de personnes ayant été reçues au moins une fois sur la période). Ce n'est pas le cas pour les bénéficiaires des permanences téléphoniques, dont la file active doit être estimée. Les répondant.e.s téléphoniques notent pour chaque appel si la situation a déjà fait l'objet d'un précédent accompagnement (« suites d'appel » dans 20% des cas entre 2014 et 2018). L'année du premier appel n'étant pas connue (année en cours ou antérieure), la part de ces « suites d'appels » doit être estimée au sein de la file active globale des bénéficiaires. On évalue à la moitié d'entre elles celles dont le 1er appel avait eu lieu avant l'année en cours, ce qui correspond par ailleurs au taux (10%) de réponses sans caractérisation d'un bénéficiaire direct (conseils aux professionnel.le.s dans tel ou tel type de situation). Ces deux évaluations se compensant, on peut estimer que la file active globale correspond au nombre de nouveaux appels sur l'année. Enfin, certains appels comportant au moins une donnée démographique manquante (sexe, âge ou nationalité), il faut recruter le nombre correspondant en fin d'année précédente pour avoir un échantillon entièrement caractérisé.

▪ **Répartition géopolitique des régions d'origine.** La répartition utilisée au Comede est fondée sur une catégorisation corrélée aux causes de l'exil et aux flux d'exilé.e.s vers l'Europe de l'Ouest et la France, incluant l'Outre-Mer. Ainsi, au-delà des répartitions géographiques classiques :
- l'Afrique centrale inclut l'Angola (une majorité d'exilé.e.s sont originaires des régions frontalières du Congo RD et de l'enclave de Cabinda) ainsi que le Rwanda et le Burundi (compte-tenu des interactions géopolitiques avec le Congo RD) ;
- l'Afrique de l'Ouest inclut la Mauritanie, dont les exilé.e.s en France sont très majoritairement issu.e.s des populations frontalières du Sénégal et du Mali ;
- Au sein des Amériques, sont individualisées l'Amérique du Sud ainsi que les Caraïbes, compte-tenu de leur poids particulier dans les départements français d'Amérique et dans l'hexagone ;
- l'Europe de l'Ouest comprend les 27 membres de l'Union Européenne, ainsi que l'Islande, la Norvège, le Liechtenstein (Espace économique européen), la Suisse (Association européenne de libre échange), et le Royaume-Unis, les ressortissant.e.s de cette région bénéficiant d'une protection en matière de droit au séjour en France ;
- l'Europe de l'Est : les autres membres du Conseil de l'Europe (inclut la Fédération de Russie et la Turquie) et Biélorussie.

En 2022, les activités du Comede ont été soutenues par des particuliers, et par :