

La Santé des

exilés

RAPPORT  
D'ACTIVITÉ ET  
D'OBSERVATION  
2019

COMITÉ POUR LA  
SANTÉ DES EXILÉS

comede



# Table des matières

NB : le rapport d'activité porte sur l'année 2018, le rapport d'observation s'appuie également sur les données des années précédentes pour les caractéristiques épidémiologiques, et sur l'année 2018 concernant l'accès aux soins et aux droits.

## ACTIVITE

Synthèse sur l'activité du Comede en 2018	5	Le Centre-ressources national	17
<i>Principaux indicateurs d'activité en 2018</i>	5	<i>Permanences téléphoniques</i>	17
<i>Evolution des indicateurs 1983-2018</i>	6	<i>Formation, information et interventions</i>	23
<i>Dispositifs et pôles d'activité</i>	7	<i>Observatoire, recherches et publications</i>	26
<i>Bénéficiaires du Comede par région de résidence</i>	8	Le Centre de santé à Bicêtre	29
<i>Organigramme</i>	9	Activités du Comede à Paris	39
<i>L'équipe du Comede</i>	10	L'Espace santé droit à Aulnay-sous-Bois	41
L'Association Comede	11	Activités du Comede au Centre MSF Pantin	47
<i>Extraits des statuts</i>	12	Le Comede à Saint-Etienne et dans la Loire	49
<i>Gouvernance et soutiens</i>	12	Le Comede à Marseille et en région Paca	51
<i>Communication et plaidoyer</i>	14	Le Comede à Cayenne et en Guyane	57
<i>Rapport moral du président</i>	15		

## OBSERVATION

Populations	61
<i>Population globale et publics vulnérables</i>	61
<i>Populations et caractéristiques des exilés soutenus par le Comede</i>	63
<i>Femmes et genre</i>	69
<i>Demandeurs d'asile et réfugiés</i>	71
<i>Migrants âgés</i>	73
<i>Enfants mineurs</i>	74
Etat de santé	75
<i>Vulnérabilité sociale et populations prioritaires</i>	75
<i>Caractéristiques des questions d'hébergement et de séjour</i>	78
<i>Violence, traumatismes, , risques et troubles psychiques</i>	80
<i>Epidémiologie médico-psychologique et taux de prévalence</i>	83
<i>Epidémiologie par groupe vulnérable et par dispositif de soutien</i>	87
Accès aux soins	91
<i>Obstacles à l'accès aux soins, fréquence et caractéristiques</i>	93
<i>Analyse qualitative des obstacles dans l'accès à la protection maladie</i>	94
<i>Accès aux soins de santé mentale et aux Centres médico-psychologiques</i>	98
<i>Refus, restrictions et retards de soins à l'hôpital public</i>	98
Accès aux droits	101
<i>Droit au séjour pour raison médicale et protection des étrangers malades</i>	103
<i>Taux d'accord et de refus pour le droit au séjour des étrangers malades</i>	106
<i>Droit d'asile et certification médicale</i>	109
<i>Autres difficultés d'accès aux droits</i>	111

# Glossaire

Adfem	Action pour les droits des femmes exilées et migrantes
AME	Aide médicale Etat
Anafé	Assistance nationale aux frontières pour les étrangers
ANSP	Agence nationale de santé, Santé Publique France
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
CMU	Couverture maladie universelle
CMUc	Complémentaire-CMU
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
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
SROS	Schéma régional d'orientation sanitaire
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

## Termes utilisés au Comede et dans ce rapport

- Admission immédiate et instruction prioritaire : procédures d'obtention rapide de la CMU-C et de l'AME
- Etrangers malades : personnes ayant demandé ou obtenu le bénéfice du droit au séjour pour raison médicale
- File active : nombre de patients ayant consulté au moins une fois sur l'année 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 2018

Au total en 2018, l'équipe du Comede a effectué **18 823 consultations et appels téléphoniques pour 6 837 personnes** (voir encadré), et développé ses activités de formation et publications destinées aux acteurs et décideurs. En progression sur l'ensemble de l'année en dépit des mesures d'économie imposées au premier semestre, les actions du Comede ont augmenté dans la plupart des dispositifs, pour le Centre de santé (consultations +8%), et avec la mise en place de nouvelles activités à Paris (consultations socio-juridiques), à Pantin avec MSF (consultations santé mentale), en Paca (développement des consultations et nouvelles permanences téléphoniques), dans la Loire (accompagnement en santé mentale) et en Guyane (nouvelle permanence téléphonique). Ces augmentations d'activité sont atténuées par les baisses survenues pour les permanences téléphoniques et à l'Espace santé droit.

Parmi les bénéficiaires, on compte 2 528 femmes (37%), 1 272 demandeurs d'asile (19%), 745 enfants mineurs (11%) et 569 migrants âgés (8%). En 2018, ces exilé.e.s étaient originaires de 121 pays, principalement d'Afrique de l'Ouest (total 34%, Guinée 11%, Côte d'Ivoire 7%, Mali 6%), d'Afrique du Nord (22%, Algérie 15%), d'Afrique centrale (16%, Congo RD 8%), d'Asie du Sud (9%, Bangladesh 5%), d'Europe de l'Est (5%), d'Afrique de l'Est (2%), et d'Asie centrale (2%).

Les activités de l'association sont développées à partir des dispositifs nationaux et régionaux du Comede, en Ile-de-France (siège et Centre de santé à Bicêtre, locaux à Paris, Espace santé droit avec la Cimade à Aulnay-sous-Bois, Centre MNA avec MSF à Pantin), Auvergne-Rhône-Alpes (Saint-Etienne), Provence-Alpes-Côte d'Azur (Marseille) et Guyane (Cayenne). Les activités de permanences téléphoniques nationales et régionales, les formations et interventions, l'observatoire, la recherche et les publications (dont Guide Comede et Maux d'exil) constituent le Centre-ressources du Comede.

### Evolution de l'activité et principaux indicateurs 2018

#### Accueil, soins et soutien

La progression de l'activité globale (total des actes +9%, file active +6%) recouvre une augmentation des consultations dans l'ensemble des dispositifs (+23%), et une diminution des permanences téléphoniques (-17%), notamment due à celle du Centre de santé (-61%). On note la forte progression d'activité globale pour les pôles santé mentale (+109%), socio-juridique (+14%) et médical (+8%).

#### Information, formation et recherche

Ces activités se sont stabilisées sur l'ensemble des modalités d'interventions et publications, dans la limite des moyens disponibles et de la capacité de réponse du Centre-ressources aux multiples sollicitations. En 2018 a notamment paru la nouvelle édition du Livret de santé bilingue, en partenariat avec Santé publique France et la DGS.

- **13 853 consultations effectuées**, dont 11 295 au Centre de santé, 1 406 à Pantin, 504 à l'Espace santé droit, 320 à Marseille, 165 à Saint-Etienne, 163 à Paris **et 4 970 appels traités** par les permanences téléphoniques : 2 028 nationales, 1 099 Ile-de-France (894 ESD, 816 CDS), 744 Paca et 246 Guyane.

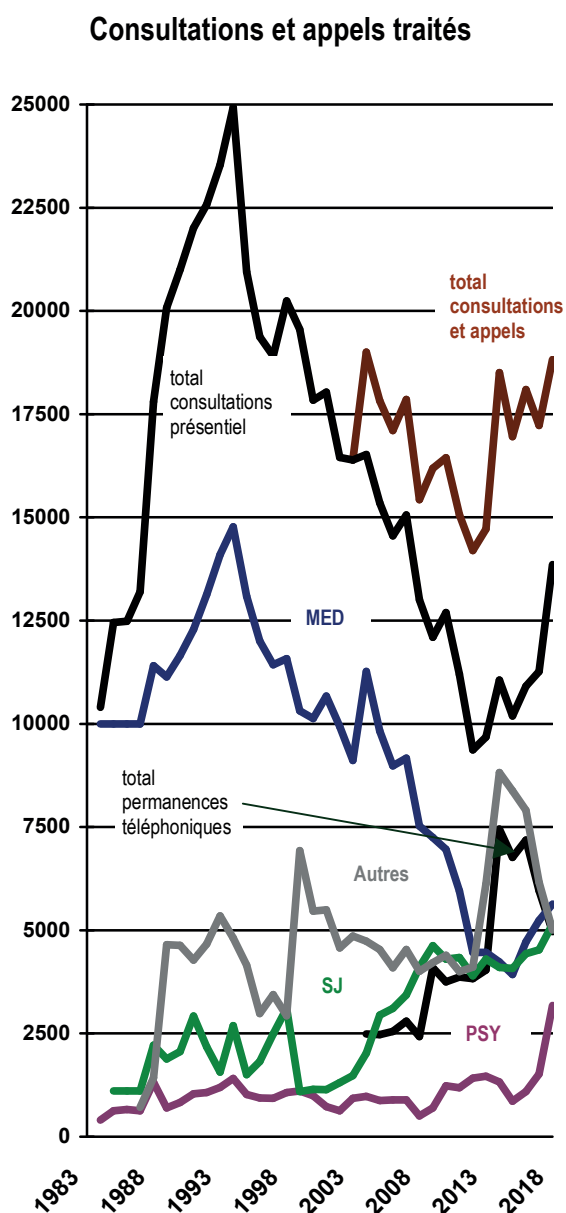
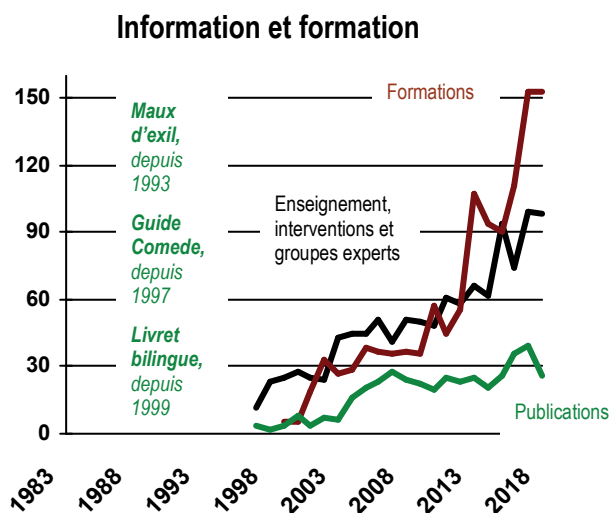
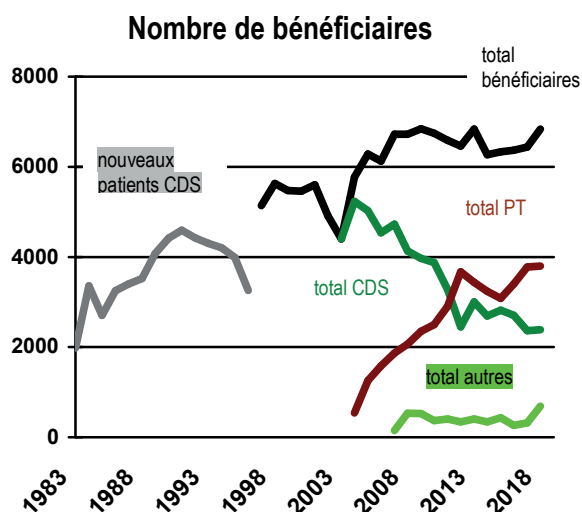
- **Par pôle d'activité** (consultations et appels) : 5 637 pôle médical, 5 142 pôle social et juridique, 3 485 accueil Centre de santé, 3 180 pôle santé mentale et 1 521 pôle prévention, exclusivement au Centre de santé (638 éducation thérapeutique, 529 infirmière, 299 ostéopathie et 55 sage-femme).

- **6 837 personnes soutenues** : 3 795 dans le cadre des permanences téléphoniques, 2 383 au Centre de santé, 244 à l'Espace santé droit, 200 à Pantin, 123 à Marseille, 50 à Saint-Etienne et 42 à Paris.

- **153 demi-journées de formation**, 16 séances d'enseignement, 38 interventions publiques (colloques, séminaires etc.) et contribution à 44 groupes experts et collectifs.

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

## EVOLUTION DES INDICATEURS D'ACTIVITE DU COMEDE, 1983-2018



- 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 Dispensaire médico-psycho-social.

→ Augmentation progressive du nombre de consultations, principalement médicales (55% médecine générale et 9% spécialités en 1989) et infirmières (19%).

- 1989-2003 : transformation du dispensaire en Centre de santé et structuration professionnelle. Développement des actions de santé publique, d'accès aux soins et aux droits 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 infirmières (32% en 1999) et sociales (15% en 1998).

- 2003-2018 : 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, 2017 Paca, 2018 Guyane). Ouverture de l'Espace santé droit en 2007 avec la Cimade. En 2012, fondation du Comede Loire et mise en place du Comede Paca avec Espace. En 2013, le Comede devient Comité pour la santé des exilés. En 2018, ouverture du Centre Pantin avec MSF, du local du Comede à Paris, et intégration du Comede Loire en 2019.

→ Accueil, soins et soutien : le nombre de bénéficiaires se stabilise à plus de 6 000 par an pour plus de 18 000 consultations et appels, avec la progression en 2018 des pôles médical (5 637), socio-juridique (5 142) et santé mentale (3 180), et stabilisation des autres activités du Centre de santé (5 006, dont accueil, ETP et IDE).

→ Information, formation et recherche : développement des activités de formation (153 en 2018), d'enseignement et interventions publiques (59 en 2017), de publications (39 en 2017) et de participation à des groupes experts et collectifs (44 en 2018).

L'**Association** fêtera en juin 2019 à Saint-Etienne ses 40 ans. Elle compte 96 adhérent.e.s dont 12 membres du Conseil d'administration, et s'appuie sur une équipe professionnelle constituée de 40 salarié.e.s et 61 bénévoles en mai 2019.

Le **Centre-ressources** a traité 4 970 appels téléphoniques en 2018 au bénéfice de 3 795 personnes, de nouvelles permanences téléphoniques ayant été mises en place en Paca et en Guyane. L'équipe a effectué 153 demi-journées de formation, 54 interventions publiques (colloques, séminaires etc.) et enseignement, 26 publications spécialisées, et participe à 44 groupes experts. Les activités de recherche sont organisées autour de l'**Observatoire** de la santé des exilés, dont les données proviennent des différents dispositifs.

Le **Centre de santé à Bicêtre** a délivré 11 295 consultations pluridisciplinaires en 2018 pour une file active de 2 383 patients, et traité 816 appels téléphoniques. Un tiers des consultations ont lieu en langue étrangère (total 33%, avec interprète en présentiel 18% et par téléphone 7%), principalement en bengali, anglais, arabe, tamoul, pular et dari. Le bilan de santé a été effectué par 90% des patients et les activités de prévention se sont renforcées.

Le **Comede à Paris** a pu développer son activité grâce à l'ouverture d'un local de l'association dans le 18<sup>ème</sup> avec le soutien de la Mairie. S'y développent notamment des ateliers de prévention et de promotion de la santé pour les patient.e.s du Comede, outre la poursuite des ateliers de danse avec le #104 et des consultations pour l'accès aux soins avec la LDH et RESF.

L'**Espace santé droit à Avicenne**, animé en partenariat avec la Cimade, a effectué 504 consultations juridiques et médicales et traité 894 appels pour un total de 989 bénéficiaires en 2018. Ayant dû quitter l'hôpital Avicenne en raison de travaux, l'équipe de l'ESD intervient à nouveau dans les locaux de la Cimade à Aulnay-sous-Bois dans l'attente d'un lieu adapté et pérenne.

### Pôles d'activité et répartition par dispositifs en 2018

*Outre les activités d'information, formations et recherche au sein du Centre-ressources*

- **Pôle médical** : 5 637 consultations et appels (30% du total), CDS 77%, PT 18%, ESD 3%, Marseille 1%.
- **Pôle social et juridique** : 5 142 actes (27%), PT 57%, CDS 28%, ESD 9%, Marseille 4%, Paris 1%.  
En outre l'équipe d'accueil du Centre de santé a effectué 3 485 actes (19%) : CDS 77%, PT 23%.
- **Pôle santé mentale** : 3 180 actes (17%), Pantin 44%, CDS 42%, PT 6%, Saint-Etienne 5%, Paris 3%, Marseille 1%.
- **Pôle prévention et promotion de la santé** : 1 521 actes (8%) au Centre de santé.

L'activité du **Comede au Centre MSF à Pantin** est dédiée à la santé mentale des mineurs non accompagnés. En 2018, 1 406 consultations de et séances collectives ont été réalisées pour une file active de 200 mineurs.

Le **Comede Loire à Saint-Etienne** a effectué 165 consultations de santé mentale en 2018 pour 50 patient.e.s, le plus souvent en binôme. Le développement des activités et la nécessité de renforcer l'équipe, exclusivement bénévole, ont conduit à l'intégration du Comede Loire au sein du Comede en mars 2019.

Le **Comede à Marseille et en Paca** a développé ses activités depuis l'installation dans ses nouveaux locaux en mai 2018. L'équipe pluridisciplinaire a traité 849 appels, dont 697 PT régionales, et effectué 123 consultations pour un total de 696 bénéficiaires, outre l'animation de 52 demi-journées de formation dans la région.

Le **Comede à Cayenne et en Guyane** a traité 246 appels au bénéfice de 190 personnes, la permanence téléphonique régionale ayant ouvert en février 2018. Les membres du Comede ont également développé les activités de formation (12 demi-journées), enseignement et information des acteurs de la région.

**Bénéficiaires du Comede par région de résidence**

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE

2018	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Ile-de-France	5087	79%	375	4275	437	3252	261	2786	205	1835	114	1489	232
Paca	694	11%	48	575	71	394	32	330	32	300	16	245	39
Autres régions	641	10%	96	478	67	343	56	256	31	298	40	222	36
<b>Total</b>	<b>6422</b>	<b>100%</b>	<b>519</b>	<b>5328</b>	<b>575</b>	<b>3989</b>	<b>349</b>	<b>3372</b>	<b>268</b>	<b>2433</b>	<b>170</b>	<b>1956</b>	<b>307</b>

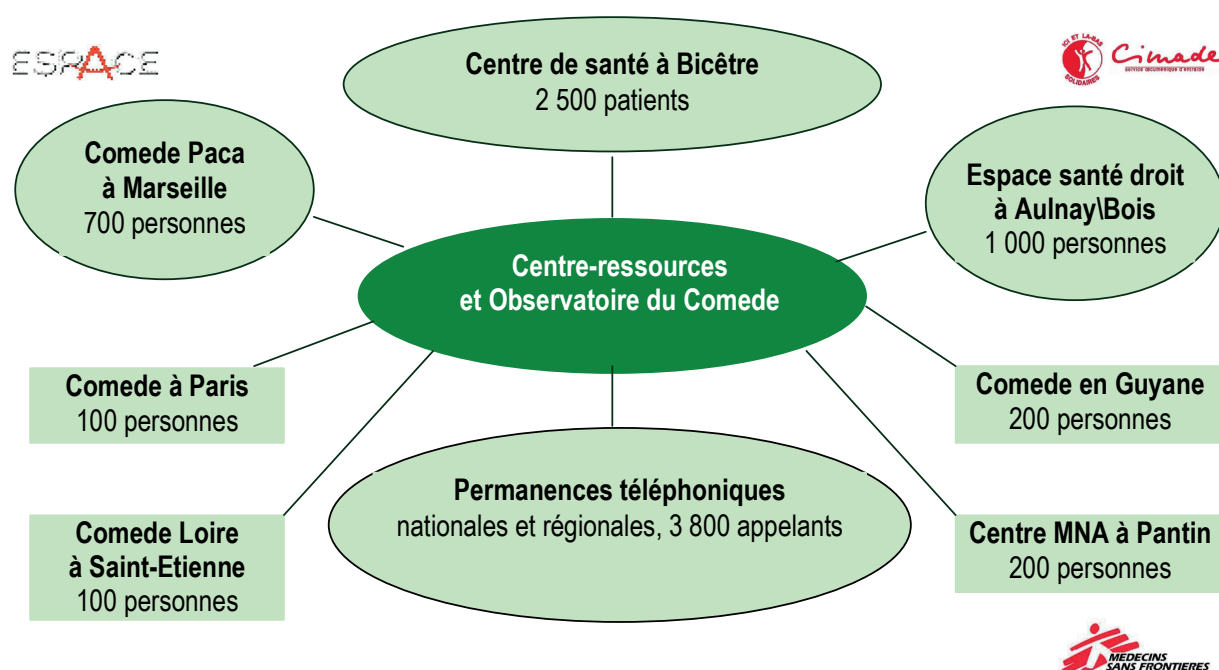
*Ne sont pas comptées les personnes suivies à Paris et les mineurs suivis au Centre MSF de Pantin*

EFFECTIFS PAR REGION D'ORIGINE ET NATIONALITE

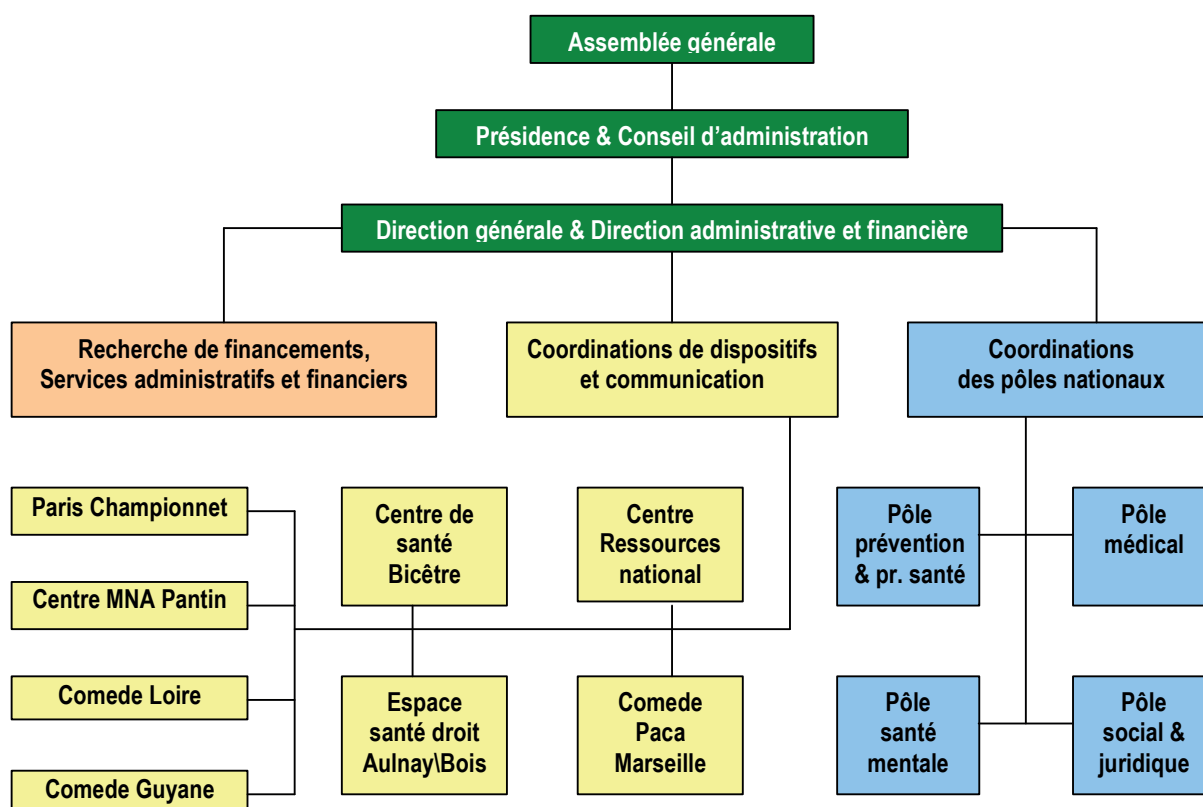
NATIONALITE	TOT	IDF	PACA	AUT	TOT	IDF	PACA	AUT	TOT	IDF	PACA	AUT		
nombre PERSONNES	121 6422	95 5087	71 694	77 641										
<b>AFRIQUE AUSTRALE</b>	<b>97</b>	<b>69</b>	<b>23</b>	<b>5</b>					<b>EUROPE DE L'EST</b>	<b>340</b>	<b>157</b>	<b>103</b>	<b>80</b>	
AFRIQ. DU SUD	3	3			<b>AMERIQUE CENT. &amp; NORD</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	ALBANIE	53	9	33	21
COMORES	33	21	11	1	CANADA	3	1	1	1	ARMENIE	37	10	10	17
ILE MAURICE	16	11	3	2	ETATS-UNIS	4			4	AZERBAÏDJAN	4	2	2	
MADAGASCAR	42	33	7	2	HONDURAS	1	1			BIELORUSSIE	1	1		
MOZAMBIQUE	3	1	2		MEXIQUE	2	2			BOSNIE	1			1
					NICARAGUA	1		1		GEORGIE	88	71	4	13
										KOSOVO	25		19	6
<b>AFRIQUE CENTRALE</b>	<b>1029</b>	<b>943</b>	<b>30</b>	<b>56</b>	<b>AMERIQUE DU SUD</b>	<b>94</b>	<b>32</b>	<b>7</b>	<b>55</b>	MACEDOINE	4	1	2	1
ANGOLA	55	48	1	6	ARGENTINE	2	2			MOLDAVIE	6	6		
BURUNDI	5	3		2	BOLIVIE	1			1	MONTENEGRO	3		1	2
① CAMEROUN	218	184	17	17	BRESIL	26		4	22	RUSSIE	47	23	17	7
CENTRAFRIQUE	24	18	2	4	CHILI	4	3		1	RUS/TCHETCH.	6	4		2
CONGO	124	116	3	5	COLOMBIE	13	8	1	4	SERBIE	15	6	5	4
② CONGO RD	520	504	3	13	GUYANA	12			12	TURQUIE	15	12	3	
CRD / ZAIRE	1	1			PEROU	15	15			UKRAINE	30	20	5	5
GABON	44	37	4	3	PARAGUAY	8		1	7					
GUINEE EQUAT.	1			1	SURINAM	7			7	<b>EUROPE DE L'OUEST</b>	<b>134</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>34</b>
RWANDA	5	4		1	VENEZUELA	6	4	1	1	ALLEMAGNE	5	2	2	1
TCHAD	30	26		4						BELGIQUE	3		3	
					<b>ASIE CENTRALE</b>	<b>129</b>	<b>116</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	BULGARIE	10	5	4	1
<b>AFRIQUE DE L'EST</b>	<b>151</b>	<b>131</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	AFGHANISTAN	120	102	4	4	ESPAGNE	13	4	7	2
DJIBOUTI	5	1		4	KAZAKHSTAN	2	2			FRANCE	12	1	4	7
ERYTHREE	26	20	2	4	MONGOLIE	6	2	3	1	HONGRIE	4	1	1	2
ETHIOPIE	14	14			TADJIKISTAN	1		1		ITALIE	8		7	1
KENYA	7	6		1						LETTONIE	1	1		
SOMALIE	21	20		1	<b>ASIE DE L'EST</b>	<b>56</b>	<b>46</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	LITUANIE	2	1	1	
SOUDAN	75	67	6	2	BIRMANIE	5				PAYS-BAS	1			1
					CAMBODGE	4	3		1	POLOGNE	7	3	3	1
<b>AFRIQUE DU NORD</b>	<b>1415</b>	<b>1006</b>	<b>284</b>	<b>125</b>	CHINE	19	18		1	PORTUGAL	5			5
① ALGERIE	980	707	199	74	CHINE/TIBET	2	2			REP. TCHEQUE	4		1	3
LIBYE	16	9	7		COREE DU NO.	3	3			ROUMANIE	53	26	16	9
② MAROC	257	192	28	37	MALAISIE	1	1			ROYAUME-UNI	1		1	
TUNISIE	160	96	50	14	PHILIPPINES	10	6	4		SUEDE	1			
					VIETNAM	11	7	3	1	<b>MOYEN-ORIENT</b>	<b>110</b>	<b>95</b>	<b>8</b>	<b>7</b>
<b>AFRIQUE DE L'OUEST</b>	<b>2181</b>	<b>1910</b>	<b>156</b>	<b>115</b>	<b>ASIE DU SUD</b>	<b>549</b>	<b>537</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	EGYPTE	23	20	2	1
BENIN	52	44	2	6	③ BANGLADES.	348	345	2	1	IRAK	43	43		
BURKINA FASO	41	37	4		INDE	21	21			IRAN	16	14	2	
CAP VERT	14	10	4		NEPAL	2	2			LIBAN	9	8		1
④ COTE D'IVOI.	438	405	17	16	PAKISTAN	67	59	4	4	PALESTINE	2	1	1	
GAMBIE	21	18	2	1	④ SRI LANKA	110	109		1	SYRIE	12	4	3	5
GHANA	19	15	2	2						YEMEN	2	2		
GUINEE BISSAU	14	6	3	5	<b>CARAÏBES</b>	<b>112</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>105</b>	<b>APATRIDES &amp; INCONNUS</b>	<b>6</b>	<b>6</b>		
⑤ GUINEE CON.	734	635	57	42	BAHAMAS	1	1			APATRIDES	1	1		
⑥ MALI	378	358	10	10	CUBA	4	2	2		INCONNUS	5	5		
MAURITANIE	80	76	4		DOMINIQUE	2			2					
NIGER	9	8	1		GUATEMALA	2	1		1					
NIGERIA	78	34	32	11	HAITI	95		1	94					
⑦ SENEGAL	259	230	10	19	JAMAÏQUE	1			1					
SIERRA LEONE	16	7	8	1	REP. DOMINIC.	7			7					
TOGO	25	24		1										



## Dispositifs d'intervention et d'observation



## Organigramme de l'association



## L'EQUIPE DU COMEDE

En mai 2019, l'association Comede compte **96 membres adhérent.e.s**, et l'équipe opérationnelle est constituée de 102 professionnel.le.s, dont **41 salarié.e.s et 61 bénévoles**, intervenant sur les sites de Bicêtre, Paris, Aulnay-sous-Bois, Pantin, Saint-Etienne, Marseille, Cayenne, ou en télétravail notamment dans le cadre des permanences téléphoniques.

### LE CONSEIL D'ADMINISTRATION en mai 2019

**Président** : Didier Fassin (*Médecin, Professeur d'Anthropologie et de Sociologie*), **Vice-Présidente** : Laure Feldmann (*Médecin praticienne*), **Trésorier** : Christophe David (*Journaliste*), **Secrétaire** : Estelle d'Halluin (*Sociologue*), **Membres** : Perrine Dommange (*Infirmière*), Catherine Donnars (*Chargée de mission*), Dalila Haddadi-Collet (*Infirmière*), Patrick Lamour (*Médecin praticien*), Christian Mongin (*Médecin praticien*), Denis Natanelic (*directeur et représentant d'Espace*), et Jose Polo Devoto (*Médecin praticien*).

### L'EQUIPE PROFESSIONNELLE en mai 2019

- **Direction, administration et communication** : Rose Adu (*Agent d'entretien*), Nils Castel (*Chargé de financements*), Yasmine Flitti (*Directrice administrative et financière*), Fanny Gras (*Chargée des actions du Comede en Guyane*), Matthieu Humez (*Chargé de communication*), Claire Katembwe (*Assistante de direction*), Monili Lumoni (*Agent d'entretien*), Faroudja Mameri (*Comptable*), Andrée Martins (*Bénévole*), Céline Pellegrin (*Responsable des financements*), Joseph Rustico (*Coordinateur du Centre de santé*), et Arnaud Veisse (*Directeur général, Médecin*).
- **Pôle médical** : Pascal Chevit (*Médecin bénévole*), Mady Denantes (*Médecin consultante*), Samuel Dezelee (*Médecin référent*), Perrine Dommange (*Infirmière bénévole*), Claire Fessard (*Médecin référente*), Marie-Madeleine Gutle (*Pharmacienne bénévole*), Muriel Ini-Visse (*Médecin bénévole*), Elsa Le Pape (*Médecin consultante*), Liliane Leconte (*Médecin bénévole*), Olivier Lefebvre (*Coordinateur médical*), Christian Mongin (*Médecin bénévole*), Dina Nfon Priso (*Médecin bénévole*), Barbara Pellegri-Guegnault (*Médecin consultante*), Dorothee Naudet (*Médecin bénévole*), Marie Petruzzi (*Médecin référente*), Marion Tambourindeguy (*Médecin référente*), Lydie Tindo (*Médecin consultante*), Franck Vignal (*Médecin bénévole*), et Laura Weinich (*Médecin référente*).
- **Pôle prévention et promotion de la santé** : Assane Aw (*Accueillant référent*), Lea Bourse (*Bénévole Guyane*), Samuel Dezelee (*Médecin référent*), Perrine Dommange (*Infirmière bénévole*), Marie Eckert (*Ostéopathe référente*), Bénédicte Maraval (*Assistante sociale référente*), Dina Nfon Priso (*Médecin bénévole*), Marie Petruzzi (*Médecin référente*), Joseph Rustico (*Coordinateur du Centre de santé*), Clémence Stouffet (*Bénévole, sage-femme*), Marion Tambourindeguy (*Médecin référente*), Khaldia Vescovacci (*Coordinatrice prévention, Médecin chargée de l'ETP*), Zornitza Zlatanova (*Psychologue référente*), et les ostéopathes bénévoles Olivier de Beauchaine; Leila Chaïb, Pierre Launay, Anaïs de Mareuil, Felix Meyer, Manisha Shibdoyal, Audry Lebihan, Alexia Hisseli-Guevel.
- **Pôle santé mentale** : Muriel Bamberger (*Psychologue clinicienne référente*), Franck Enjolras (*Psychiatre bénévole*), Andrée Martins (*Psychologue bénévole*), Marie Jacob (*Psychologue clinicienne référente*), Magali Perl (*Psychologue clinicienne référente*), Sarah Schulmann (*Psychologue bénévole*), Monique Valentino (*Médecin bénévole*), Laure Wolmark (*Coordinatrice santé mentale, psychologue clinicienne*), Zornitza Zlatanova (*Psychologue clinicienne référente*), et les bénévoles du **Comede Loire** : Christine Calandra (*Psychologue*), Josiane Feudo (*Infirmière psychiatrique*), Dalila Haddadi-Collet (*Infirmière*), Christine Racodon (*Psychiatre*), François Ribeyron (*Infirmier psychiatrique*), François Roussel (*Psychiatre*) et Pascal Zimmermann (*Cadre infirmier*).
- **Pôle social et Juridique** : Marie-Ange d'Adler (*Juriste bénévole*), Assane Aw (*Accueillant référent, Technicien d'accueil*), Marcos Azevedo (*Accueillant bénévole*), Marcia Burnier (*Assistante sociale*), Nils Castel (*Technicien d'accueil*), Cécile Chaussignand (*Accueillante bénévole*), Anne-Marie Chémali (*Accueillante bénévole*), Sandrine Colas (*Juriste, Formatrice occasionnelle*), Karine Crochet (*Coordinatrice Espace santé droit, Assistante sociale référente*), Aurélie Destouches (*Assistante sociale consultante*), Guy de Gontaut (*Accueillant bénévole*), Benjamin Demagny (*Coordinateur Comede Paca, Juriste*), Sylvie Ducaud, (*Juriste bénévole*), Fanny Gras (*Chargée des actions du Comede en Guyane*), Anne Legoff (*Assistante sociale consultante*), Didier Maille (*Coordinateur social et juridique*), Bénédicte Maraval (*Assistante sociale référente*), Andrée Martins (*Accueillante bénévole*), Antoine Math (*Juriste bénévole*), Patrick Mony (*Juriste*), Johanna Pavie (*Bénévole Guyane*), Lorraine Poncet (*Intervenante sociale bénévole*), Elise Rathat (*Ecrivaine publique bénévole*), Blandine Renaud (*Accueillante bénévole*), Claire Soldevila (*Accueillante sociale*), Elise Vallois (*Juriste, Formatrice occasionnelle*), et les bénévoles de l'**Espace santé droit** : Rebecca Basukisa, Julien Bobot, Cécile Brossard, François David, Elizabeth Descombe, Danièle Fuchs, Michèle Jacrot, Françoise Jamme, Virginie Lamit et Jean-Michel Tissier.

## L'Association Comede

Créé en 1979, le Comede (Comité pour la santé des exilés) s'est donné pour mission d'*Agir en faveur de la santé des exilés et de défendre leurs droits*. En près de 40 ans, le soin et l'accompagnement de 150 000 personnes de plus de 150 nationalités dans le cadre des consultations et des 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 professionnels de la santé, du droit et de l'action sociale.

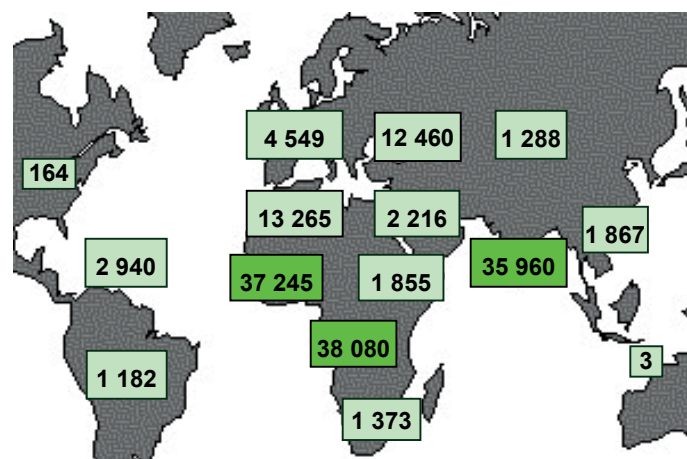
### ÉVOLUTION ET PRINCIPES D'ACTION

(voir *Evolution des indicateurs d'activité page 6*)

Lors de la création de l'association en 1979, les membres du Comede se préoccupent avant tout des conséquences traumatiques de l'exil et de la torture, ainsi que, déjà, des difficultés d'accès aux soins des exilés. Mais dans un contexte économique et politique difficile, la détérioration progressive du statut juridique et administratif des exilés 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 des exilés, notamment en lien avec ses partenaires associatifs de la Coordination française pour le droit d'asile (CFDA) et de l'Observatoire du droit à la santé des exilés (ODSE).

### Région d'origine des 154 453 personnes bénéficiaires du Comede depuis 1979



Au cours des vingt dernières années, l'exclusion des soins continue de progresser parmi les déboutés et sans-papiers, exclus de la sécurité sociale en 1993, de la couverture maladie « universelle » en 1999, puis partiellement de l'Aide médicale Etat résiduelle en 2003 et en 2010, alors que le droit d'asile et le droit au séjour pour raison médicale sont progressivement restreints depuis 2007 avec le rattachement des questions d'immigration au sein du ministère de l'Intérieur. Dans la course d'obstacles que constitue pour de nombreux exilés 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 exilés, 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 fois perte d'affection et de protection, perte de l'identité familiale, sociale, professionnelle et des repères culturels et affectifs.

## 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 inexistantes 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.

Dans ce contexte, la demande de soins et de soutien de la part des exilés recouvre très souvent une demande de relation, de réparation et de reconnaissance, que les intervenants doivent prendre en compte au quotidien, selon les principes d'action définis par les statuts de l'association (voir encadré).

Les actions du Comede visent en priorité pour 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 du Centre de santé et des différents dispositifs de consultation et de permanences téléphoniques (voir page 17).

## GOUVERNANCE ET SOUTIENS

L'administration de l'association est assurée par un Conseil de 12 membres élus 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 et de coordination (voir organigramme page 9).

Exercées dans les locaux de l'association et des partenaires à Bicêtre, Paris, Aulnay-sous-Bois, Pantin, 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 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 de plus en plus importante, en raison des exigences exponentielles des cabinets d'audit mandatés par les financeurs.

En 2018, le Comede a pu compter sur une **quarantaine de soutiens financiers** (voir ci-contre), en particulier les ARS d'Ile-de-France, de Guyane et de Paca (453 k€), le Fami (Asile 300 k€, Intégration 90 k€), la DGS (273 k€), le Service de l'asile (200 k€), la Fondation Sanofi Espoir (130 k€), Santé Publique France (120 k€), la Fondation de France (93 k€), la Ville de Paris (61 k€), la Daeen (60 k€), Sidaction (56 k€) et Médecins sans frontières (54 k€). Les produits des prestations (total 128 k€) sont issus des activités de formation et des remboursements des CPAM, les dons des particuliers s'étant élevés à 97 000 euros. L'exercice 2018 s'achève avec un résultat financier de +98 k€, pour un total de charges de 2,445 k€ (+5%) et un total de produits de 2,543 k€ (+7%). Signe de reconnaissance de l'importance de ses actions, cette progression des moyens du Comede repose sur un travail considérable du service financier.

Les charges de salaires et d'interprétariat représentent 79% du total des charges. Les difficultés de trésorerie restent une préoccupation permanente, en raison des incertitudes sur le renouvellement de plusieurs subventions au cours du premier semestre de l'année, ainsi que des contraintes de gestion des dossiers et des retards de versement des financements européens (Fami). Outre les frais bancaires engendrés par cette situation, l'association doit pouvoir régulièrement compter sur des prêts financiers, et continuer à renforcer les fonds associatifs en réalisant des excédents annuels.

### Donateurs et dons en 2018

Suite à des appels à soutien réguliers, le Comede a perçu 455 dons et cotisations en 2018, pour un total de 97 000 €, dont un don de 35 000 € et 15 dons ≥ 1000 €. Le montant médian est de 50 € et le montant moyen de 211 €. Le nombre de donateurs est de 282 personnes en 2018.

### Financements 2018

En 2018, les activités du Comede ont également été soutenues 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),
- Le Ministère du logement et de l'habitat durable, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS),
- Le Ministère de l'intérieur, Direction générale des étrangers en France, Direction de l'asile (DA) et Direction de l'accueil, de l'accompagnement des étrangers et de la nationalité (Daeen),
- Le Ministère de l'éducation nationale, Fonds pour le développement de la vie associative (FDVA),
- Santé publique France, Agence nationale de santé publique (ANSP),
- Le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET),
- Le Fonds européen, Fonds asile, migration et intégration (Fami),
- Les Agences régionales de santé (ARS) d'Ile-de-France (et DT 94), de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et de Guyane,
- La Direction régionale de la jeunesse, des sports, et de la Cohésion Sociale IDF (DRJSCS),
- La Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité IDF (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, La Direction départementale de la cohésion sociale du Val-de-Marne (DDCS 94),
- La Direction départementale de la cohésion sociale de la Loire (DDCS 42),
- La Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (Cramif),
- La Caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne,
- La Ville du Kremlin Bicêtre,
- Sidaction, Ensemble contre le Sida
- La Fondation de France, la Fondation Abbé Pierre, la Fondation du Barreau de Paris, le Fonds Inkermann, la Fondation MJP, la Fondation Raja, la Fondation Sanofi Espoir,
- Aides, Médecins sans frontières.

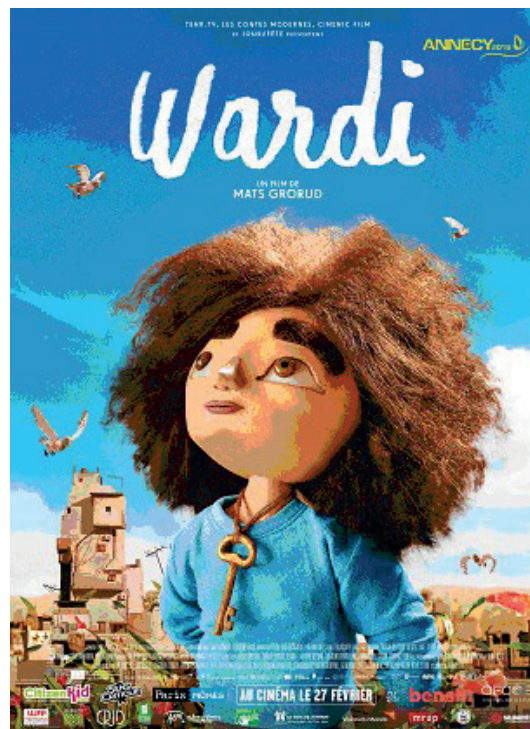
## COMMUNICATION ET PLAIDOYER

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 2018 a été consacré aux questions de discriminations dans le champ de la santé des migrants, avec la présentation par Migrations santé Alsace du projet de Guide à ce sujet. Celui de juin 2018, en ouverture de l'Assemblée générale ordinaire, portait sur les Etats-généraux des migrations, avec la participation de la Cimade.

L'association a également poursuivi son soutien à des œuvres cinématographiques consacrées aux exilés. Après les films *La mécanique des flux* et *Un Paese di Calabria* en 2017, le Comede a soutenu la distribution du film *Wardi* (voir affiche), notamment à l'occasion d'une projection-débat au cinéma Le Louxor (Paris 18ème) en février 2019.

Le site internet [www.comede.org](http://www.comede.org) propose des actualités sur la santé des exilés, des informations sur l'association et ses partenaires, ainsi qu'un accès détaillé aux différentes activités et publications du Comede. Il est destiné aux personnes exilées et aux citoyens, professionnels et associations intervenant auprès d'elles. Le site s'est enrichi début 2018 de la rubrique *Brèves d'exil*, qui porte témoignage des situations individuelles rencontrées par l'équipe pluridisciplinaire et au sein des différents pôles et dispositifs de l'organisation, dans le respect de l'anonymat des personnes concernées. Le site est également relié aux réseaux sociaux Facebook, Twitter et LinkedIn, la publication en ligne des actualités y étant répercutée.

Enfin, 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 exilés. Ces actions sont prioritairement conduites en partenariat avec les associations et acteurs du médico-social, notamment dans le cadre de collectifs pérennes



comme l'Adfem (Action pour les droits des femmes exilées et migrantes), l'Anafé (Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers), la CFDA (Coordination française pour le droit d'asile), l'ODSE (Observatoire du droit à la santé pour les étrangers) ou encore l'OEE (Observatoire de l'enfermement des étrangers).

## PERSPECTIVES

Dans un contexte de réduction des subventions publiques, la capacité du Comede à renforcer ses ressources propres sera déterminante pour permettre la pérennité 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 compléteront, 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 acteurs de la santé des exilés, en conjuguant l'engagement humaniste et la rigueur professionnelle prescrits par les statuts de l'association ■

**Rapport moral du Comede**  
*Année 2017, Assemblée générale 2018*

En 2017, les flux d'immigration vers l'Europe ont continué de décroître, avec par exemple, pour le premier trimestre de l'année, 6 fois moins d'arrivées que pour la même période en 2016, selon l'Organisation internationale pour les migrations. La France, qui se situe seulement au 20ème rang européen sur 28 pour le nombre d'immigrants entrés sur son territoire rapporté à sa population, selon les données publiées par Eurostat, a eu en 2017 un bilan net de migration positif de 66.000 personnes. Ces chiffres, qui indiquent qu'on est bien loin de ce qu'on avait appelé la « crise des migrants » ou « crise des réfugiés » en 2014 et 2015, traduisent une politique européenne, en général, et française, en particulier, reposant sur un double dispositif, d'une part, d'externalisation du contrôle des frontières, en Turquie et en Libye notamment, et d'autre part, de refoulement des personnes aux frontières, singulièrement entre la France et l'Italie. Ce dispositif s'est accompagné d'une criminalisation de l'assistance humanitaire, qu'elle se fasse, en Méditerranée, à l'encontre de navires venant au secours de naufragés, ou bien dans les Alpes, à l'encontre de collectifs sauvant des migrants menacés par le froid. C'est dire que le prix à payer pour la réduction de flux dont on avait largement exagéré les conséquences est considérable en termes de recul des droits humains mais aussi de nombre de vies perdues.

Pour autant, ces chiffres modestes d'immigration n'ont pas empêché la poursuite de la politique d'inhospitalité que l'État français a mise en œuvre depuis plusieurs décennies et que le nouveau gouvernement a encore durcie. Non seulement l'accueil notoirement insuffisant en termes de places d'hébergement conduit à ce que nombre d'hommes, de femmes et d'enfants se retrouvent à la rue et dans des espaces publics, mais la répression s'abat sur eux de manière toujours plus dure, les personnes exilées étant chassées avec des gaz lacrymogènes, les tentes fournies par les organisations non gouvernementales étant lacérées et les aliments délivrés par des associations d'aide aux migrants étant souillés. Le sort de celles et ceux qui n'ont pas accès au centre d'accueil dans le nord de Paris ou qui se trouvent à Calais et ses environs est à cet égard tristement emblématique. Pour beaucoup d'observateurs, le traitement des migrants et réfugiés, déjà indigne, s'est donc encore aggravé sous le nouveau pouvoir.

C'est à la lumière de cette situation qu'il faut interpréter les données concernant plus spécifiquement l'asile. Si, selon l'Ofpra, le nombre de demandes de protection a augmenté en 2017 pour dépasser les 100.000, les pays en guerre fournissant une part importante de ce contingent, il ne reflète pas la réalité des personnes désirant solliciter l'asile en France puisque beaucoup d'entre elles se voient privées de ce droit, soit par application de la règle dite de Dublin, soit par simple empêchement de déposer un dossier. Parmi celles dont les demandes sont examinées, deux sur cinq le sont en procédure accélérée car considérées comme provenant de pays sûrs. Le taux de protection s'élève à 27% au niveau de l'Ofpra, atteignant 36% après examen des recours par la CNDA. Ces taux sont depuis une dizaine d'années en régulière augmentation, de même que les valeurs absolues qui dépassent les 30.000 protections accordées, dont un peu moins de la moitié sous le régime moins favorable de la protection subsidiaire, lui aussi en augmentation. Au total, 252.000 personnes sont actuellement protégées par l'Ofpra, dont 210.000 réfugiés, soit à peine 0,4% de la population, ce qui est 60 fois moins qu'au Liban.

Deux lois, l'une votée en 2017, l'autre en préparation pour 2018, ne peuvent que susciter l'inquiétude quant à une nouvelle détérioration de la condition des migrants et des réfugiés en France. Premièrement, la loi sur la sécurité intérieure a fait entrer la plupart des mesures de l'état d'urgence dans la législation ordinaire, donnant plus de prérogatives à la police en matière de perquisitions administratives, de résidence surveillée et de contrôles d'identité sans justification sur un territoire correspondant aux deux tiers de la population. Or, contrairement à ce qui avait été annoncé, cette banalisation de l'exception ne concerne pas seulement les activités terroristes mais également la criminalité et même l'immigration. Elle a fait l'objet de condamnations de la part de deux rapporteurs spéciaux sur les droits de l'homme des Nations Unies. Deuxièmement, la loi sur l'asile et l'immigration en préparation prévoit une réduction du délai de dépôt des dossiers des demandes d'asile et des appels après rejet initial, l'autorisation de ne pas auditionner les demandeurs dans leur langue maternelle, le remplacement du courrier physique par le courrier électronique pour les convoquer et la possibilité de considérer l'appel comme non suspensif et donc de procéder à un éloignement du territoire, autant d'obstacles à l'application de la Convention de Genève. Quant au volet sur l'immigration proprement dite, il prévoit, entre autres, la création de brigades chargées de vérifier les listes des personnes hébergées dans les centres d'accueil pour sans-domicile,

la possibilité de détentions plus longues pour vérification d'identité et l'allongement de la durée maximale de séjour en centre de rétention administrative de 45 à 135 jours, éléments qui s'ajoutent à ceux de la loi sur la sécurité intérieure.

L'ensemble de ces faits montre que les discours lénifiants du président de la République affirmant dans les forums internationaux, d'une part, son attachement au droit d'asile et, d'autre part, son souci de traiter migrants et réfugiés avec une égale dignité, est contredit au quotidien par la fragilisation de la protection conventionnelle et par la répression indiscriminée à l'encontre de celles et ceux venus chercher un refuge dans notre pays.

C'est dire combien l'action du Comede, comme des autres associations œuvrant pour la prise en charge médicale, psychologique, sociale et juridique des exilés et le respect de leurs droits, est essentielle. Cette action est toutefois menacée par les restrictions budgétaires qui leur sont imposées par la diminution des financements publics et par les règles de plus en plus bureaucratiques de vérification qui régissent ces derniers entraînant des retards parfois considérables de versement des aides. Malgré ce contexte défavorable, les activités se sont globalement maintenues, notamment en ce qui concerne les consultations et les appels, la file active ayant même connu une légère augmentation, avec 6440 personnes. Ce sont notamment 2500 patients qui sont suivis à Bicêtre et 3800 appelants qui sont orientés dans les Permanences téléphoniques. L'Espace santé droit a consolidé sa présence à l'hôpital Avicenne et le Comede Paca à Marseille a développé ses activités avec le soutien de l'ARS Paca. Le Centre ressources, lui, a continué de renforcer sa présence et d'élargir ses prestations, notamment en termes de formation, celle-ci demeurant essentielle à travers le Guide Comede dont la diffusion gratuite bénéficie à de nombreuses institutions et associations. Les opérations de communication se sont elles aussi développées, avec la refonte du site internet, l'ouverture de comptes sur les réseaux sociaux et la réalisation de débats, notamment à l'occasion de projection de films. Un fait remarquable est l'augmentation du nombre de bénévoles qui passe de 32 en 2016 à 48 en 2018, attestant un renouveau d'engagement et une attractivité croissante du Comede.

L'extension de l'association sur des nouveaux territoires s'est poursuivie puisqu'au Centre de santé de Bicêtre, à l'Espace santé droit d'Avicenne et au Comede Paca de Marseille, se sont ajoutées diverses activités tels des ateliers de danse et d'éducation nutritionnelle à Paris, une présence au centre MSF de Pantin dans le domaine de la santé mentale, l'ouverture d'un accueil au Comede Loire à Saint-Etienne, et la création d'une antenne à Cayenne avec le soutien de l'ARS Guyane. Parallèlement, le Comede a continué de travailler au sein de plusieurs réseaux, à savoir l'ODSE, Observatoire du droit à la santé des étrangers, la CFDA, Coordination française pour le droit d'asile, l'OEE, Observatoire de l'enfermement des étrangers, l'Anafé, Association nationale aux frontières pour les étrangers, et l'Adfem, Action pour les droits des femmes exilées et migrantes. Ces partenariats sont importants dans un contexte où les menaces pesant sur les organisations non gouvernementales et les individus qui portent assistance aux personnes étrangères en difficulté, y compris mineurs étrangers non accompagnés, s'accroissent dans le cadre de ce qu'on appelle « délit de solidarité ». Quant à l'association elle-même, elle poursuit sa croissance lentement mais sûrement, avec le recrutement de nouveaux membres, signe de sa bonne santé, mais aussi du désir de nombreuses personnes, en France, de s'engager sur ces questions délaissées par les pouvoirs publics. Les États généraux de l'immigration qui ont donné lieu en 2017 à de nombreuses réunions préparatoires en témoignent.

Le Conseil d'administration souhaite enfin exprimer sa gratitude à celles et ceux, salariées ou bénévoles, qui permettent au Comede de conduire depuis près de 40 ans ses actions en apportant leurs compétences et leurs enthousiasmes au service de la cause des personnes exilées. Médecins, infirmiers, psychologues, juristes, travailleurs sociaux, personnels administratifs, agents d'accueil et de permanence, et bien sûr directeurs, que toutes et tous soient convaincus que nous reconnaissons l'importance de leur travail.

Didier Fassin, président, 9 juin 2018





## Le Centre-Ressources national

**Information, formation et recherche** destinées aux acteurs de la santé des exilés en France : les actions du Centre-ressources constituent la moitié de l'activité globale du Comede. Elles reposent sur l'expérience de l'équipe opérationnelle - salariés et bénévoles - en matière de soins et d'accompagnement des personnes, et l'expertise des référent.e.s thématiques. Le Centre-ressources participe aux activités de soutien pour les exilés, 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 exilés. Les actions sont développées depuis les différents dispositifs du Comede en Ile-de-France, Paca, Auvergne-Rhône-Alpes et Guyane.

Les activités du Centre-ressources ont poursuivi leur progression en 2018, en particulier en régions Paca et Guyane. La mise en place de ces nouvelles permanences téléphoniques a permis de compenser en partie la baisse d'activité globale (-17%), dans un contexte de réduction des moyens au cours du 1<sup>er</sup> semestre ayant affecté en premier lieu la PT du Centre de santé (-61%), ainsi que celle de l'Espace santé droit (-26%) et la PT nationale sociale et juridique (-23%). Marquées par la sortie de la nouvelle édition du Livret de santé bilingue en partenariat avec Santé Publique France et le DGS (voir page 27), les activités d'information et formation sont restées globalement stables en 2018, les limitations des moyens disponibles ne permettant pas une augmentation des réponses aux multiples sollicitations.

En mai 2019, l'équipe pluridisciplinaire du Centre-ressources compte 28 salarié.e.s et 8 bénévoles, dont 22 référent.e.s thématiques et 20 répondant.e.s téléphoniques (voir page 28).

### PERMANENCES TELEPHONIQUES (PT) ET CARACTERISTIQUES DES APPELS

Accessibles sur 8 numéros, les permanences téléphoniques sont réparties en permanences nationales et régionales :

- les permanences téléphoniques nationales (socio-juridique, médicale et santé mentale), ouvertes aux professionnels et particuliers sur l'ensemble du territoire,
- les permanences téléphoniques Ile-de-France (depuis l'Espace santé droit et le Centre de santé), ouvertes aux professionnels et particuliers,
- les permanences téléphoniques Provence-Alpes-Côte-d'Azur (socio-juridique et médicale), destinées exclusivement aux professionnels,
- et la permanence téléphonique Guyane, destinée exclusivement aux professionnels.

Au total, les répondants du Comede ont traité **4 970 appels** en 2018, dont près de la moitié dans le cadre des PT nationales (46%, voir tableau ci-dessous), un tiers pour les PT Ile-de-France (34%), 15% pour les PT Paca et 5% pour la PT Guyane. Ces appels ont bénéficié à **3 795 personnes exilées**, dont 2 028 pour les PT nationales et 1 767 pour les PT régionales.

#### Permanences téléphoniques, activité 2018

Type de PT	n	%	18/17	File active
PT nationales	2 270	46%	-14%	2028
socio-juridique	1 196	24%	-23%	1044
médicale	898	18%	+1%	816
santé mentale	176	4%	-4%	168
PT Ile-de-France	1 710	34%	-48%	1099
Esp. santé droit	894	18%	-26%	745
Centre de santé	816	16%	-61%	354
PT Paca	744	15%	nouv	453
socio-juridique	616	12%	nouv	355
médicale	128	3%	nouv	117
PT Guyane	246	5%	nouv	189
<b>Total</b>	<b>4 970</b>	<b>100%</b>	<b>-17%</b>	<b>3795</b>

### Permanences téléphoniques, Régions et départements d'appel

Régions	PT Nat.	PT IDF*	PT Paca	PT Guya.
Ile-de-France	70%	95%	2%	1%
75-Paris	26%	26%	<1%	1%
77-Seine-et-Mar.	3%	3%	-	-
78-Yvelines	5%	3%	<1%	-
91-Essonnes	4%	5%	-	-
92-Hauts-de-Sei.	5%	7%	<1%	-
93-Seine-St-De.	13%	38%	<1%	-
94-Val-de-Marne	10%	9%	1%	-
95-Val-d'Oise	4%	5%	<1%	-
Paca	7%	1%	95%	-
04-Alpes-Haut-P.	<1%	-	2%	-
05-Hautes-Alpes	<1%	-	2%	-
06-Alpes-Mariti.	<1%	-	2%	-
13-Bouches-d-R.	6%	<1%	82%	-
83-Var	1%	-	5%	-
84-Vaucluse	<1%	<1%	3%	-
Outre-Mer	1%	<1%	-	99%
973-Guyane	<1%	-	-	99%
Auvergn.-Rhône-A.	6%	1%	<1%	-
38-Isere	1%	<1%	-	-
42-Loire	1%	<1%	-	-
69-Rhône	2%	<1%	<1%	-
Occitanie	4%	<1%	2%	<1%
30-Gard	1%	-	<1%	-
31-Haute-Garon.	1%	<1%	<1%	-
34-Herault	2%	<1%	1%	<1%
Autres régions	11%	3%	1%	-
Bourgogne-F.-C.	1%	<1%	<1%	-
Bretagne	1%	-	-	-
Centre-Val-de-Loi.	1%	<1%	-	-
45-Loiret	1%	<1%	-	-
Corse	<1%	-	-	-
Grand Est	2%	1%	-	-
67-Bas-Rhin	1%	<1%	-	-
Hauts-de-France	2%	1%	-	-
59-Nord	1%	<1%	-	-
Normandie	1%	-	-	-
76-Seine-Mariti.	1%	-	-	-
Nouv. Aquitaine	2%	<1%	<1%	-
33-Gironde	1%	-	<1%	-
Pays-de-la-Loire	1%	<1%	-	-
Effectif	2270	1710	744	246

\* PT de l'Espace santé droit et du Centre de santé

Sur le plan géographique (voir tableau ci-contre), les appels proviennent principalement de 5 régions : Ile-de-France (70% des PT nationales et 95% des PT IDF), Provence-Alpes-Côte d'Azur (95% PT Paca et 7% PT Nat), Guyane (99% PT Guyane), Auvergne-Rhône-Alpes (6% PT Nat) et Occitanie (4% PT Nat). Les principaux départements d'appel sont Paris (21% de l'ensemble des PT), la Seine-Saint-Denis (19%), les Bouches-du-Rhône (15%), le Val-de-Marne (8%), la Guyane (5%) et les Hauts-de-Seine (5%), sachant que 5% des bénéficiaires des appels résident à l'étranger.

Les **2 270 appels des PT nationales** (dont 12% traités, principalement par courriel, en dehors des horaires des PT) se répartissent entre les permanences socio-juridiques (53%), médicales (40%) et santé mentale (7%). Leur diminution (-14% par rapport à 2017) est due à la réduction d'une demi-journée hebdomadaire de réponse pour les PT socio-juridique et médicale. Dans le même temps, une partie des appels des régions Paca et Guyane ont été reportés sur les permanences régionales nouvellement mises en place en 2018.

Le profil des appelants diffère significativement selon le type de permanence (voir tableau page suivante). **Les appelants** des PT nationales sont pour la moitié des particuliers (total 54%, 31% sont les personnes concernées, 18% un membre de la famille et 5% un proche), les autres appels émanant des associations (20%, Cimade 4%), services publics (13%, assistantes sociales 5%) et services de santé (13%, hôpital 7%). La part des particuliers est prépondérante parmi les appelants des PT Ile-de-France (73%, dont 48% la personne

	PT Nat.	PT IDF	PT Paca	PT Guy.
Effectifs	2270	1710	744	246

### Profil des appelants

Associations de soutien	20%	9%	36%	46%
Aides	1%	<1%	4%	2%
Cimade	4%	1%	3%	<1%
Comede	1%	<1%	-	<1%
LDH	1%	-	-	-
Médecins du Monde	<1%	-	1%	10%
Points d'appui	<1%	<1%	7%	1%
Secours catholique	1%	<1%	-	-
Avocats et tribunaux	3%	1%	9%	2%
Collectifs	1%	<1%	1%	2%
Particuliers	54%	73%	10%	5%
Ami, proche	5%	9%	1%	2%
Famille	18%	16%	3%	1%
Personne concernée	31%	48%	6%	2%
Services publics	13%	11%	16%	7%
AS & travailleur social	6%	9%	5%	5%
Cada	1%	<1%	2%	-
CHRS	1%	-	7%	-
CRA	3%	-	-	1%
Services de santé	9%	6%	29%	37%
ACT	<1%	-	-	7%
CMP	<1%	-	1%	-
Hôpital	7%	5%	25%	23%
dont PASS	<1%	-	6%	1%
Médecin ville	1%	<1%	1%	1%

### Type des demandes

Droit au séj. raison méd.	58%	42%	52%	34%
Personne concernée	58%	37%	52%	34%
Parent enfant malade	nc	4%	nc	nc
Acc majeur de malade	nc	1%	nc	nc
Accès aux soins et PM	19%	32%	13%	14%
Soins médicaux et PM	17%	28%	nc	nc
Santé mentale	2%	4%	nc	nc
Autre info & soutien	31%	19%	36%	39%
Demande d'asile	4%	1%	9%	<1%
Soutien social autre	9%	8%	13%	14%
Droit au séjour autre	12%	7%	12%	25%
Médico-psychologique	6%	3%	2%	<1%

### Orientation au terme de l'appel

Associations de soutien	19%	45%	14%	16%
Cimade & ESD	4%	7%	1%	3%
Comede CDS	3%	22%	-	-
Comede CR & PT nat	10%	14%	9%	4%
Avocats et tribunaux	3%	1%	4%	9%
Services publics	2%	13%	2%	48%
Assistant social	1%	1%	<1%	<1%
Préfecture	1%	8%	<1%	28%
Sécurité sociale	1%	1%	-	8%
Services de santé	7%	8%	12%	10%
CMP et consult. psy.	1%	<1%	<1%	<1%
Hôpital & PASS	4%	6%	5%	8%
Médecine ambulatoire	1%	<1%	7%	1%

concernée), alors que les permanences Paca et Guyane s'adressent quasi-exclusivement aux professionnels et associations (voir chapitres ad hoc).

**Les demandes** portent sur le droit au séjour et la protection contre l'éloignement pour raison médicale (58% des appels des PT nationales), des questions d'accès aux soins et à la protection maladie (19% NAT, 32% IDF), de soutien et protection sociale (9% NAT, 13% Paca), de droit au séjour pour autre motif (12% NAT, 25% Guyane), d'information sur le plan médico-psychologique (6% national) ou dans le domaine de l'asile (4% national).

Le **soutien** développé dans le cadre des permanences téléphoniques conduit à suivre certaines situations pendant plusieurs semaines. Ainsi dans le cas des PT nationales, 11% des appels traités en 2018 correspondaient à de nouveaux appels pour les mêmes personnes. 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 26% des appels de la PT nationale.

Lorsqu'il est proposé une **orientation** au terme de la réponse téléphonique (dans 27% des cas pour les PT NAT, 67% PT IDF), celle-ci se fait principalement vers les associations de soutien (19% NAT, 45% IDF), les services publics (48% Guyane) et les services de santé (12% Paca).

### PERMANENCES TELEPHONIQUES NATIONALES, HOMOGENEITE ET PARTICULARITES

En dépit de leurs différences d'affichage (répondants socio-juridiques, médecins et psychologues), les 3 permanences téléphoniques nationales présentent une certaine homogénéité en ce qui concerne la typologie des appelants, des demandes, et, dans une moindre mesure, des orientations proposées au terme de l'appel. Le choix des appelants de solliciter telle ou telle permanence est en effet largement déterminé par le statut

professionnel du répondant, ainsi que des compétences précises attendues. Il existe toutefois des particularités propres à chaque permanence :

- **La PT socio-juridique** est davantage sollicitée par les particuliers (60% vs 54% du total des PT nationales), les assistantes sociales et travailleurs sociaux (7%) et les hôpitaux (9%). On observe une proportion plus importante de demandes en matière de droit au séjour pour motif de vie privée et familiale (18%) et de soutien social (14%), ainsi qu'une orientation plus fréquente vers les avocats (4%).

- **La PT médicale** est sollicitée dans la moitié des cas par des particuliers (51%), et dans près d'un quart par des associations (22%, Cimade 7%), ainsi que les intervenants des Centres de rétention administrative (CRA, 8%, principalement Assfam et Cimade). On observe une proportion plus importante de demande d'évaluation en matière de droit au séjour pour raison médicale (74%) et d'information de santé (9%).

- **La PT santé mentale** est la plus sollicitée par les associations (29% vs 20% du total), et les services publics (21%, Assistantes sociales 10%). On observe une proportion importante de demande spécifique d'accès aux soins de santé mentale (27%), ainsi que d'information et conseil en matière de soins psychothérapeutiques (27%). La répartition des orientations proposées au terme de l'appel est très caractéristique de cette permanence, vers les consultations psychologiques et psychiatriques de droit commun (14%) et les associations spécialisées, dont le Centre de santé du Comede dans 21% des cas.

## Caractéristiques des 3 PT nationales

	TOT	PT SJ	PT MED	PT PSY
Effectifs	2270	1196	898	176

### Profil des appelants

Associations de soutien	20%	16%	22%	29%
Aides	1%	2%	1%	-
Cimade	4%	2%	7%	8%
Comede	1%	1%	1%	1%
LDH	1%	1%	<1%	1%
Médecins du Monde	<1%	1%	<1%	-
Points d'appui	<1%	1%	-	-
Secours catholique	1%	<1%	<1%	1%
Avocats et tribunaux	3%	2%	3%	3%
Collectifs	1%	2%	1%	1%
Particuliers	54%	60%	51%	35%
Ami, proche	5%	7%	4%	4%
Famille	18%	20%	17%	9%
Personne concernée	31%	33%	30%	22%
Services publics	13%	11%	15%	21%
AS & travailleur social	6%	7%	3%	10%
Cada	1%	1%	2%	3%
CHRS	1%	2%	1%	2%
CRA	3%	<1%	8%	-
Services de santé	9%	10%	9%	11%
ACT	<1%	-	-	1%
CMP	<1%	<1%	<1%	2%
Hôpital	7%	9%	3%	4%
dont PASS	<1%	<1%	1%	1%
Médecin ville	1%	<1%	3%	2%

### Type des demandes

Droit au séj. raison méd.	58%	50%	74%	37%
Accès aux soins et PM	19%	19%	18%	32%
Soins médicaux et PM	17%	18%	17%	4%
Santé mentale	2%	<1%	1%	27%
Autre info & soutien	31%	37%	21%	40%
Demande d'asile	4%	5%	4%	1%
Soutien social autre	9%	14%	4%	2%
Droit au séjour autre	12%	18%	4%	10%
Médico-psychologique	6%	1%	9%	27%

### Orientation au terme de l'appel

Associations de soutien	19%	19%	12%	52%
Cimade & ESD	4%	5%	2%	5%
Comede CDS	3%	1%	1%	21%
Comede CR & PT nat	10%	1%	8%	18%
Avocats et tribunaux	3%	4%	1%	2%
Services publics	2%	4%	1%	1%
Assistant social	1%	1%	<1%	1%
Préfecture	1%	1%	<1%	-
Sécurité sociale	1%	<1%	<1%	-
Services de santé	7%	6%	6%	23%
CMP et consult. psy.	1%	<1%	<1%	14%
Hôpital & PASS	4%	5%	3%	6%
Médecine ambulatoire	1%	<1%	2%	2%

## Personnes accompagnées par l'ensemble des permanences téléphoniques en 2018

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

2018 Région d'origine	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18- 59	≥60 ans	Total	<18 ans	18- 59	≥60 ans	Total	<18 ans	18- 59	≥60 ans
Afrique australe	78	2%	4	54	20	29	2	22	5	49	2	32	15
Afrique centrale	501	13%	26	410	65	251	13	214	24	250	13	196	41
Afrique de l'Est	64	2%		59	5	55	4	47	4	9		8	1
Afrique du Nord	1 275	33%	185	882	208	677	99	473	105	591	81	407	103
Afr. de l'Ouest	1 053	28%	68	915	70	690	50	604	36	363	18	311	34
Amér. Du Nord	16	<1%		11	5	5		4	1	11		8	3
Amér. Du Sud	67	2%	3	51	13	41	3	33	5	26		18	8
Asie centrale	50	1%	2	48		43	2	41		7		7	
Asie de l'Est	39	1%	5	28	6	22	3	15	4	17	2	13	2
Asie du Sud	138	4%	6	121	11	100	4	81	4	38	2	30	6
Caraiïbes	92	2%	4	86	4	37		45	3	55	4	51	
Europe de l'Est	263	7%	20	207	36	136	10	109	17	127	10	99	18
Europe de l'Ou.	112	3%	7	82	23	55	1	42	12	57	6	40	11
Moyen-Orient	52	1%	4	42	6	41	2	33	6	11	2	9	
<b>Total</b>	<b>3 795</b>	<b>100%</b>	<b>333</b>	<b>2 994</b>	<b>468</b>	<b>2 184</b>	<b>193</b>	<b>1 765</b>	<b>226</b>	<b>1 611</b>	<b>140</b>	<b>1 229</b>	<b>242</b>

### PERMANENCES TELEPHONIQUES, CARACTERISTIQUES DES PERSONNES SOUTENUES

Au total, les répondants ont pu caractériser la situation de **3 795 bénéficiaires des appels téléphoniques en 2018**, dont 1 611 femmes (42%), 468 migrants âgés ≥60 ans (12%), 333 enfants mineurs <18 ans (9%) et 248 demandeurs d'asile (7%, voir tableau ci-dessous). Ces personnes sont originaires de 113 pays (voir détail des nationalités page 64), principalement d'Afrique du Nord (total 33%, Algérie 23%, Maroc 6%), d'Afrique de l'Ouest (28%, Guinée 6%, Côte d'Ivoire 6%, Mali 5%), d'Afrique centrale (13%, Congo RD 5%), d'Europe de l'Est (7%), d'Amérique du Sud (4%), d'Europe de l'Ouest et d'Asie du Sud (3%).

Les personnes bénéficiaires des permanences téléphoniques (voir tableaux infra) sont âgées de 37 ans en moyenne, et récemment arrivées en France (moyenne 3 ans et médiane 1,5 an lors des appels 2018). Les deux tiers des personnes concernées étaient atteintes d'une ou plusieurs maladies graves et/ou chroniques (voir Etat de santé page 83). Près d'un tiers avaient effectué par le passé une demande d'asile, et plus d'un d'un tiers une demande de titre de séjour pour raison médicale. On constate des différences selon les groupes vulnérables (voir tableau ci-dessus) ainsi que par région d'origine et de résidence (tableau page suivante). Les migrant.e.s âgé.e.s sont plus souvent des femmes (54%), et résident en France depuis plus longtemps (4 ans).

### Personnes soutenues par les permanences téléphoniques nationales, Paca et Guyane

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, DETAIL PAR GROUPE VULNERABLE

2018	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD Asile	ATCD dasem
<b>Total</b>	<b>2 752</b>	<b>100%</b>	<b>44%</b>	<b>35 ans</b>	<b>37 ans</b>	<b>1,5 an</b>	<b>3 ans</b>	<b>67%</b>	<b>32%</b>	<b>35%</b>
<b>Groupes vulnérables</b>										
Malades	1 842	67%	41%	35 ans	37 ans	1,5 an	3 ans	100%	32%	35%
Femmes	1 177	44%	100%	36 ans	39 ans	1,5 an	3 ans	64%	27%	34%
Agés≥60	333	12%	54%	66 ans	68 ans	1 an	4 ans	64%	15%	29%
Mineurs<18	269	10%	44%	8 ans	9 ans	1 an	1 an	71%	18%	17%
Dem. asile	248	9%	28%	29 ans	30 ans	1 an	1 an	65%	100%	14%

## Personnes soutenues par les permanences téléphoniques nationales, Paca et Guyane

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

2018	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD Asile	ATCD dasem
Total	2 752	100%	44%	35 ans	37 ans	1,5 an	3 ans	67%	32%	35%

### Région d'origine

Afrique N.	915	33%	47%	35 ans	38 ans	1 an	3 ans	68%	3%	36%
Afrique O.	712	26%	34%	32 ans	34 ans	1,5 an	3 ans	71%	44%	34%
Afrique C.	345	13%	49%	37 ans	38 ans	2 ans	4 ans	77%	47%	41%
Europe E.	225	8%	54%	39 ans	40 ans	2 ans	4 ans	67%	70%	41%

### Région de résidence

Ile-de-Fra.	1 566	57%	42%	35 ans	38 ans	1,5 an	3 ans	78%	31%	31%
Paca	576	21%	44%	35 ans	36 ans	2 ans	4 ans	41%	33%	37%
Outre-Mer	130	5%	65%	36 ans	37 ans	2 ans	6 ans	48%	33%	36%
Auv.-Rhôn.	110	4%	53%	36 ans	37 ans	2 ans	3 ans	75%	39%	35%

Les mineurs sont de jeunes enfants (âge moyen 9 ans) souvent atteints d'une maladie grave (71%), et récemment arrivés en France (1 an en moyenne). Plus souvent des hommes (femmes 28%), les demandeurs d'asile sont également récemment exilés (1 an). Les exilé.e.s d'Afrique centrale, d'Europe de l'Est et des Caraïbes sont plus souvent des femmes et résident en France depuis plus longtemps que les autres. Les migrants d'Afrique de l'Ouest sont les plus jeunes, ceux d'Europe de l'Est les plus âgés. Les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne sont plus souvent atteintes de maladie grave que les autres. On observe une proportion plus importante de personnes ayant demandé l'asile parmi les ressortissants d'Europe de l'Est et d'Afrique centrale. S'agissant de la région de résidence, les personnes vivant en Ile-de-France et en Auvergne-Rhône-Alpes sont arrivées plus récemment et déclarent davantage de maladies graves, alors que celles vivant en régions Paca et Outre-Mer résident en France depuis plus longtemps lors du recours au Comede.

Enfin, parmi les 2 297 maladies graves déclarées par les bénéficiaires des PT en 2018 (voir tableau ci-contre), les plus fréquentes sont les troubles psychiques (16%), les cancers

### Maladies graves déclarées par les bénéficiaires des PT

Ensemble des permanences

2018	n	%
Maladies chroniques NT*	1 455	63%
Cancer	327	14%
Diabète	207	9%
Drépanocytose	60	3%
Handicap	154	7%
Insuffisance rénale	78	3%
Maladies cardio-vasculair.	222	10%
Maladies infectieuses	468	20%
Infection par le VHB	189	8%
Infection par le VHC	42	2%
Infection par le VIH	187	8%
Tuberculose	39	2%
Troubles psychiques	374	16%
Total	2 297	100%

(14%), les maladies cardiovasculaires (10%), le diabète (9%), l'infection par le VHB (8%), l'infection par le VIH (8%) et les handicaps graves (7%), voir Epidémiologie page 83.

**Contribution des permanences téléphoniques à l'activité globale du Comede en 2018 :**  
26% du total des actes (PT nationales 12%)  
56% des personnes soutenues (PT nationales 30%)

## FORMATION, ENSEIGNEMENT, INTERVENTIONS PUBLIQUES ET GROUPES EXPERTS

En 2018, les professionnel.le.s du Comede ont effectué **153 demi-journées de formation professionnelle** (stable par rapport à 2017) pour une moyenne de 14 stagiaires par demi-journée (voir page suivante). Ces stages de formation se sont inscrits dans divers cadres institutionnels, dont notamment :

- Comede, stages nationaux à Bicêtre, 12 demi-journées ;
- Cicade, 8 demi-journées à Montpellier, Nîmes et Toulouse,
- Espace, 14 demi-journées à Marseille et Toulon ;
- FAS, 10 demi-journées à Digne et Marseille, incluant des ateliers de mutualisation ;
- Gisti, 7 demi-journées à Montreuil et Paris.

Fin 2018, le Comede a également contribué à la mise en place et à l'animation d'un atelier de mutualisation à Grenoble, le *Dispositif de concertation pluridisciplinaire sur des situations complexes*, dans le cadre du collectif Migrants en Isère.

Les membres du Comede ont également assuré **16 séances d'enseignement** en Ile-de-France, Paca et Guyane ; ainsi que **38 interventions publiques** en 2018 (voir page 25), pour une grande diversité institutionnelle d'acteurs, décideurs et personnes concernées par la santé des exilés et le droit à la santé des étrangers.

Le temps consacré aux réunions et travaux des groupes d'information, de recherche et de plaidoyer est resté très élevé face à l'aggravation de la situation des migrants. L'équipe du Comede s'est ainsi investie sur plus de **44 groupes experts et collectifs** en 2018.

Enfin, le Comede accueille dans l'ensemble de ses dispositifs et de ses pôles d'activité des **stagiaires en formation**, une trentaine en 2018. L'activité de l'association constitue également un terrain de recherche pour des travaux et thèses, notamment en médecine, psychopathologie, santé publique et sciences sociales.

### Groupes experts et collectifs en 2018

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aceso, Vescovacci K., Dommange P.</li> <li>▪ Adfem, Crochet K., Flitti Y.</li> <li>▪ Anafé, Flitti Y., Veïsse A.</li> <li>▪ ARS IDF, Pacours de soins et VHC, Revault P.</li> <li>▪ ARS IDF, Praps, Rustico J., Wolmark L.</li> <li>▪ ARS Guyane, Comité de veille accès aux soins, Gras F.</li> <li>▪ ASE 94 Mineurs étrangers isolés, Lefebvre O., Revault P.</li> <li>▪ Asile Ile-de-France, Crochet K.</li> <li>▪ CFDA, Crochet K., Chemali A.-M.</li> <li>▪ Centre Hubert. Auclert, Femmes &amp; violence, Wolmark L.</li> <li>▪ Coll. pour que personne ne dorme à la rue, Comede Loire.</li> <li>▪ Comité de veille Guyane pour l'accès aux soins, Gras F.</li> <li>▪ Corevih Guyane, Gras F.</li> <li>▪ CPAM 93, Droits des étrangers, Maille D., Crochet K.</li> <li>▪ Défenseur des droits, Comité santé, Maille D.</li> <li>▪ Défenseur des droits, GT Dasem, Maille D., Lefebvre O.</li> <li>▪ Domiciliation, Demagny B., Maille D.</li> <li>▪ DGCS, Domiciliation, Demagny B., Maraval B.</li> <li>▪ DGEF, Accès aux soins des réfugiés, Maille D.</li> <li>▪ DGS, Comité de suivi hépatites, Revault P.</li> <li>▪ DGS, Santé mentale des migrants, Wolmark L.</li> <li>▪ DGS/DGCS/DSS/Cnam/PHI, Gütle M.-M.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Droits Guyane, Gras F.</li> <li>▪ DSS, Groupe de suivi accès aux soins, Maille D.</li> <li>▪ FAP IDF, Droits sociaux, Maraval B.</li> <li>▪ FAP FAS IDF, Comité de veille Dalo, Maraval B.</li> <li>▪ FNCS, Rustico J., Mongin C.</li> <li>▪ Fonds CMU, Comité de suivi associatif, Maille D.</li> <li>▪ Groupe Egalité des droits sociaux, Maille D.</li> <li>▪ Hôpital Avicenne, Copil PASS, Maille D., Flitti Y.</li> <li>▪ Hôpital Delafontaine, Copil PASS, Maille D.</li> <li>▪ Mairie de Paris Comité 3x90, PVVIH, Vescovacci K.</li> <li>▪ Mairie de Saint-Denis, GT accès aux soins des, Maille D.</li> <li>▪ Migrants en Isère, groupe santé, Chevit P.</li> <li>▪ MOM, Migrants Outre-mer, Maille D., Gras F.</li> <li>▪ MSA, Copil Guide discriminations, Veïsse A., Hervieu B.</li> <li>▪ Non-lieux de l'exil, Wolmark L.</li> <li>▪ Observatoire asile Marseille, Vallois E.</li> <li>▪ ODSE, Maille D., Demagny B., Fessard C.</li> <li>▪ OEE, Hervieu-Léger B., Dumanoir S., Martins A.</li> <li>▪ Réseau TB Dases Ile-de-France, Revault P.</li> <li>▪ Réseau Ville-Hôpital Kikiwi Guyane, Gras F.</li> <li>▪ Solipam, Périnatalité et précarité, Petruzzi M., Ménard C.</li> <li>▪ Université Lyon 2, Médiation cinema MNA, Comede Loire.</li> </ul>
--	---

## Formation professionnelle en 2018

153 demi-journées effectuées et 58 formations dans 21 villes pour 2 189 stagiaires/demi-journée  
En moyenne 14 stagiaires par demi-journée. Nombre d'intervenants.e.s 21 au total, moyenne 1,5

Ville	Cadre	Intitulé/Contenu	Intervenants X demi-journée	Dem- jour. 153	Stagi. X DJ 2 189
20	57				
AIX-EN-PROV. 13	CH Aix-en-Provence	Droit à la santé des citoyens UE et non UE	Demagny B.	6	12
AVIGNON 84	Atelier PASS 84	Accès aux droits des citoyens non UE	Demagny B.	2	7
AVIGNON 84	CH Avignon	Droit à la santé des citoyens UE	Demagny B.	2	9
AVIGNON 84	CH Avignon	Droit à la santé des citoyens non UE	Demagny B.	2	9
BICETRE 94	Comede stage nat.	Accès aux soins et aux droits	Maille D., Maraval B.	6	20
BICETRE 94	Comede stage nat.	Droit au séjour raison méd.	Crochet, Petruzzi, Lefebvre, Wolmark	6	16
BICETRE 94	Comede stage intra.	Droits des exilés	Maraval B., Burnier M.	6	14
BOBIGNY 93	Conseil Départem. 93	Droit au séjour pour raison médicale	Cochet K.	1	50
BOBIGNY 93	Hôp. Avicenne	Droits des demandeurs d'asile et Dublin	Cochet K.	1	12
CAYENNE 973	CGSS	Protection maladie des étrangers	Maille D., Gras F.	4	9
CHAMBERY 73	Corevih Arc alpin	Droits à la santé des étrangers malades	Vallois E., Chevit P.	2	86
ÉTAMPES 91	Hôp. Barthélémy Dur.	Protection maladie des étrangers	Maille D.	4	18
EVRY 91	CRPVE Evry	Santé des primo-arrivantes	Petruzzi M., Wolmark L., Maille D.	4	15
KOUROU 973	ADER & Aides	Accès aux droits et aux soins	Gras F.	4	8
KOUROU 973	C.H. de Kourou	Protection maladie des étrangers	Maille D, Gras F, Pavie J.	4	11
LAVAL 53	CHU de Laval	Santé des exilés	Wolmark L., Fessard C.	4	19
LILLE 59	Cimade	Protection sociale UE et Aide médicale Etat	Math A.	2	10
MACON 71	FAS Bourgogne	Accès aux droits des citoyens UE	Demagny B.	4	5
MARSEILLE 13	APHM	Droit à la santé des citoyens non UE	Demagny B.	8	12
MARSEILLE 13	APHM	Droit à la santé des citoyens UE	Demagny B.	2	14
MARSEILLE 13	Atelier ACT HAS	Santé et accès aux droits	Demagny B., Dezelee S., Perl M.	1	10
MARSEILLE 13	Atelier PASS 13	Accès aux soins des étrangers	Demagny B., Destouches A.	2	9
MARSEILLE 13	Atelier PASS AP-HM	Accès aux droits des étrangers	Demagny B., Vallois E.	1	15
MARSEILLE 13	Atelier PASS AP-HM	Certification médicale et procédure Dublin	Dezelee S., Perl M.	1	9
MARSEILLE 13	Atelier PASS AP-HM	Protection maladie des demandeurs d'asile	Demagny B., Vallois E.	1	16
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Accès aux droits sociaux citoyens non UE	Demagny B., Destouches A.	2	9
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Accès aux droits sociaux citoyens UE	Demagny B.	2	13
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Droits des demandeurs d'asile et réfugiés	Vallois E., Guévremont S.	4	16
MARSEILLE 13	FAS Paca	Accès aux droits sociaux des étrangers	Demagny B.	4	7
MARSEILLE 13	FAS Paca ARS	Accès aux droits des étrangers	Demagny B.	6	12
MONTPELLIER 34	Cicade/Comede	Droits sociaux des citoyens UE	Demagny B.	2	15
MONTPELLIER 34	Cicade/Comede	Droits sociaux des citoyens non UE	Demagny B.	2	11
MONTREUIL 93	Gisti/Comede	Démarches d'admission au séjour	Maille D.	1	27
NEUILLY/MARNE 93	Hôp. Ville-Evrard	Protection maladie des étrangers	Math A.	4	14
NIMES 30	Cicade/Comede	Droits sociaux des citoyens UE	Demagny B.	2	14
PARIS 75	Adoma	Droit à la santé et prestations familiales	Maille D.	4	8
PARIS 75	Anafé	Santé et droit de la santé des exilés	Fessard C.	1	13
PARIS 75	Cimade	Santé mentale et rétention	Bamberger M., Crochet K.	2	10
PARIS 75	Gisti/Comede	Démarches d'admission au séjour	Maille D.	3	20
PARIS 75	Gisti/Comede	Démarches d'admission au séjour	Crochet K.	1	25
PARIS 75	Gisti/Comede	Protection maladie & Protection sociale	Maraval B.	2	22
PARIS 75	Ligue contre le cancer	Santé des exilés	Fessard C.	1	25
PARIS 75	Médecins du monde	Droit à la santé des étrangers	Maille D.	4	16
PARIS 75	MDM Jasmine	Psychotraumatismes chez les exilés	Bamberger M.	1	11
PARIS 75	MDM lotus bus	Analyse de pratiques	Bamberger M.	2	6
PARIS 75	Ordre de Malte	Santé mentale des exilés et accès aux soins	Wolmark L.	2	11
PARIS 75	Secours catholique	Introduction au droit des étrangers	Maille D.	1	15
PARIS 75	Socle médiation santé	Droit à la santé	Rustico J., Maraval B.	2	14
SAINT-DENIS 93	Les enfants du canal	Protection maladie des citoyens UE	Maraval B.	1	15
SAINT-DENIS 93	Hôp. Delafontaine	Droit au séjour pour raison médicale	Crochet K., Maraval B.	4	15
SAINT-DENIS 93	Hôp. Delafontaine	Protection maladie des citoyens UE	Maille D.	1	10
SAINT-DENIS 93	Réseau Ville-Hôpital	Droit au séjour pour raison médicale	Lefebvre O., Crochet K.	2	19
TOULON 83	Espace/Comede	Accès aux droits sociaux citoyens non UE	Demagny B.	2	10
TOULON 83	Espace/Comede	Accès aux droits sociaux citoyens UE	Demagny B.	2	12
TOULON 83	Espace/Comede	Le droit d'asile en France	Vallois E.	2	9
TOULOUSE 31	Cicade/Comede	Droits sociaux des citoyens UE	Demagny B.	2	14
VILLEJUIF 94	Hôp. Paul Brousse	Droit à la santé des étrangers	Maraval B., Crochet K.	2	14



## Enseignement en 2018

- Aix-en-Provence, Université, *Santé des migrants et acteurs en région Paca*, Demagny B.
- Bobigny, DU Paris 8, Médiation en santé, *Accès aux droits et aux soins*, Maille D.
- Bobigny, DU Paris 8, Santé des migrants, *Accès aux droits et aux soins*, Maille D.
- Bobigny, DU Paris 8, Santé des migrants, *Santé des exilés et santé publique*, Veisse A.
- Cayenne, CHAR, Internes en médecine générale, *Accès aux droits et aux soins*, Gras F.
- Cayenne, CHAR, Internes UMIT, *Accès aux droits et aux soins*, Gras F.
- Marseille, EHES, séminaire *Frontières, temporalités, migrations*, Santé des exilés, Perl M.
- Nogent-sur-Marne, IEDES Paris 1, *Santé des exilés et santé publique*, 3 séances, Revault P.
- Paris, CIEE Global Institute, *Comede et santé des migrants*, Revault P.
- Paris, IEDES Paris 1, *Prendre en compte les questions de genre dans l'économie sociale et solidaire*, Flitti Y.
- Paris 1, Licence Publics en difficultés et intervention sociale, *Publics Rom et migrants/exilés*, Rustico J.
- Paris 1, Master Développement et aide humanitaire, *Migrations et santé*, Rustico J.
- Paris 7, Université, DU Violences faites aux femmes, *Figures des victimes de violences liées au genre*, Wolmark L.
- Paris 7 Formation qualifiante Comede, *Construction du cadre dans la clinique de l'exil*, Wolmark L.

## Interventions publiques en 2018

- Avignon, Journée Aides Paca, *Santé des migrants et accès aux droits*, Demagny B.
- Bicêtre, Débat associatif du Comede, *Discriminations et santé des exilés*, présid. Fassin D.
- Bicêtre, Audition Conseil économique, social et environnemental, *Santé des exilés*, Feldmann L., Veisse A.
- Carcassonne, Journée FAS ARS Occitanie, *Santé mentale des migrants/exilés*, Veisse A.
- Cayenne, CHAR, PASS, *Accès aux droits des populations vulnérables*, Gras F.
- Cayenne, Corevih, projet Kairos, restitution du groupe *Accès aux droits après la détention*, Gras F.
- Cayenne, Entr'Aides Guyane, atelier thématique *Droit au séjour des PVVIH*, Gras F.
- Cayenne, MDM, Journée du bénévolat, présentation et perspectives autour du film *Un Paese di Calabria*, Gras F.
- Créteil, Maison de l'adolescent 94, *Santé des jeunes migrants*, Lefebvre O.
- FontenayBois, Ofpra, *Prise en compte des psychotraumatismes dans la demande d'asile*, Wolmark L.
- Grenoble, Migrants en Isère, *Accès aux soins et aux titres de séjour pour soins*, Chevit P.
- Grenoble, CFS Médecine des voyageurs, *Santé des migrants et bilan de santé*, Revault P.
- Kourou, Comede, *Etrangers malades et demandeurs d'asile*, Gras F.
- Metz, Casam, Assemblée générale, *Santé des exilés et discriminations*, Veisse A.
- Montpellier, Planning familial, *Entendre et accueillir la parole des femmes exilées*, Wolmark L.
- Paris, ADDE Cimade Comede, *Droit au séjour des étrangers malades*, Demagny B., Crochet K., Petrucci M.
- Paris, Association lacanienne internationale, *Clinique de l'exil*, Wolmark L.
- Paris, Catred colloque migrants âgés, *Assurance maladie des retraités de droit français*, Maille D.
- Paris, DGS séminaire interprétariat, *Education thérapeutique du patient*, Vescovacci K.
- Paris, DGS séminaire interprétariat, *Livret de santé bilingue*, Veisse A.
- Paris, EHESP colloque santé des migrants, *Prendre soins, rôle des politiques et des institutions*, Veisse A.
- Paris, France inter La tête au carré, *Santé des migrants*, Veisse A.
- Paris, Institut convergences migrations, *Santé mentale des exilés, données épidémiologiques*, Veisse A.
- Paris, Kali, *Santé des femmes exilées*, Wolmark L., Petrucci M.
- Paris, Kali, *Les femmes exilées et l'amour*, Wolmark L.
- Paris, MDM, Journée scientifique de la santé humanitaire, *Santé et enfermement des étrangers*, Veisse A.
- Paris, Migr'ENS, Après-midi d'études, *Santé des femmes exilées*, Bamberger M.
- Paris, Non-lieux de l'exil, *Exil et empreinte des traumas*, Wolmark L.
- Paris, REHAP Ecole nationale d'architecture, *Discussion autour de la notion de vulnérabilité*, Wolmark L.
- Paris, Service public d'information en santé, *Information en santé des exilés*, Veisse A.
- Paris, Sidaction, Journée de mutualisation, *Les PVVIH vieillissantes, situation dans les Antilles*, Gras F.
- Paris, Solipam, *Psychotraumatismes et périnatalité*, Wolmark L.
- Reims, Congrès SFLS, coanimation de la session *Migrants et épidémie VIH en Outre-mer*, Gras F.
- Rennes, Réseau Louis Guillou, Journée santé et migration, *Droit au séjour et santé*, Veisse A.
- Roubaix, Ecole nationale de la PJJ, *Santé des mineurs non accompagnés*, Lefebvre O., Bamberger M.
- Saint-Etienne, Etats-généraux des migrations, *Atelier santé des migrants*, Veisse A.
- Saint-Laurent-du Maroni, CHOG, *Domiciliation et renouvellement du titre de séjour*, Gras F.
- Saint-Laurent-du Maroni, TA Aides, *Diagnostic externe sur les enjeux de santé liés au VIH*, Gras F.

## OBSERVATOIRE, RECHERCHES ET PUBLICATIONS

Les activités de recherche du Comede sont organisées autour de l'**observatoire** de la santé des exilés. Le dispositif d'observation du Comede (voir présentation page 9) est alimenté par les données recueillies dans l'ensemble des dispositifs d'intervention :

- Consultations à Bicêtre, Avicenne, Pantin, Saint-Etienne et Marseille ;
- Appels traités par les permanences téléphoniques nationales, et celles du Centre de santé, de l'Espace santé droit, du Comede en Paca et du Comede en Guyane ;
- Observation qualitative des obstacles à l'accès aux soins et aux droits, effectuée par les intervenant.e.s et partenaires du Comede, dans le cadre des activités de formation et de plaidoyer.

La vérification et l'analyse des données ainsi recueillies sont effectuées au moyen d'un programme informatique développé par le Comede. Les principaux résultats figurent dans les chapitres d'observation du présent rapport. Les indicateurs retenus (voir ci-contre) sont d'ordre démographique (caractéristiques des populations), épidémiologique incluant les données psychiques et facteurs de vulnérabilité sociale (caractéristiques de l'état de santé), 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 le Centre-ressources (permanences téléphoniques), 2007 à l'Espace santé droit, 2012 en Paca et depuis 2018 dans la Loire et en Guyane) permet d'augmenter la taille des effectifs observés au cours des dernières années, et ainsi de mettre en évidence des associations statistiques ou encore 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 font l'objet de publications, notamment

## Indicateurs d'observation

Données recueillies dans chaque dispositif

Variable	Cons.	PT	ESD
<b>DEMOGRAPHIE</b>			
Sexe			
Age			
Nationalité			
En France depuis			
Etudes, profession au pays			
Protection juridique et date			
Département de résidence			
<b>EPIDEMIOLOGIE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE</b>			
Violences et torture			
Pratique du bilan de santé			
Maladies graves			
Frottis cervico-vaginal			
Grossesse			
<b>VULNERABILITE SOCIALE</b>			
Situation de famille			
Hébergement			
Séjour			
ATCD Asile et Dasem			
Ressources			
Protection maladie			
Pathologie.s grave.s			
Date.s de diagnostic			
Soutien médical et social			
DS langue, allophone			
DS sans hébergement			
DS isolement relationnel			
DS difficultés déplacement			
DS sans droit au séjour			
DS sans accès alimentation			
DS sans ressources financ.			
<b>ACCES AUX SOINS, ACCES AUX DROITS</b>			
Obstacle accès aux soins			
Dasem intervention date, type			
Dasem réponse date, type			

Consultations, Permanences téléphoniques et Espace santé droit  
DS Critères de détresse sociale, voir page 32

dans la lettre **Maux d'exil**. L'ensemble des publications réalisées par l'équipe du Comede sont consultables et téléchargeables sur le site internet (voir Association page 14).

Trois numéros de **Maux d'exil**, la lettre du Comede sur la santé des exilés, ont été publiés en 2018. D'un tirage moyen de 5 500 exemplaires par numéro, **Maux d'exil** est destiné aux acteurs de la santé, du social, du

droit, de l'administration, de l'enseignement et de la recherche. Les 5 000 lecteurs réguliers de Maux d'exil exercent principalement en régions Ile-de-France (57% en 2017), Auvergne-Rhône-Alpes (7%) et Paca (5%). Chaque numéro est consacré à un dossier proposant des regards croisés sur le même thème, en 2018 (voir ci-contre) :

- Europe : Par-delà les frontières, les murs politiques, n°57 ;
- La santé sexuelle, ce droit fondamental et malmené, n°58 ;
- Santé des exilés en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, n°59.

Depuis sa première version à usage interne en 1997, le **Guide Comede** a connu une diffusion croissante avec l'impression des éditions 2003 (par le Comede), 2005, 2008 et 2015 (par l'INPES, tirage à plus de 50 000 exemplaires). Le caractère pluridisciplinaire des interventions du Comede a conduit à concevoir le Guide comme un pont entre des pratiques qui restent trop souvent cloisonnées. Le Guide Comede 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, le Comede a entrepris en 2019 la nouvelle édition du Guide Comede, dans un format mixte papier et informatique.

Conçu à partir du Livret de santé utilisé au Centre de santé du Comede depuis 2001, et édité en 2006 en partenariat avec la DGS et l'INPES, le **Livret de santé bilingue** a bénéficié d'une nouvelle édition en octobre 2018 avec Santé Publique France, au terme d'un important travail d'élaboration et de rédaction associant de nombreux acteurs de la santé des migrants. D'un format de 200 pages,



il est disponible en 15 langues, et se présente en trois parties : l'accès aux soins et à la prévention ; la santé ; et enfin des informations utiles dans le champ social, administratif et juridique.

Au total, le Comede a réalisé ou participé en 2018 à **26 publications spécialisées** (voir encadré page suivante). Outre les articles parus dans Maux d'exil, les membres du Comede ont publié dans la Nouvelle revue de psychosociologie et contribué au Livre blanc sur l'accès aux soins des populations vulnérables pour l'hépatite C, ainsi qu'au Rapport de l'Observatoire Asile à Marseille.

Enfin, le pôle social et juridique publie sur le site internet des **notes pratiques**, outils et analyse permettant la mise à jour du Guide Comede. En 2018 ont notamment été publiés des notes sur l'Aide médicale Etat après la réforme Puma, sur la régularité du séjour après la réforme Puma, sur la domiciliation et les démarches préfectorales, ainsi qu'un aide-mémoire sur la réforme Puma et une synthèse sur l'accès aux soins des migrants/étrangers.

## Publications du Comede en 2018

(téléchargeables sur [www.comede.org](http://www.comede.org))

- Aierbe P., *Du radeau au pénitencier*, Maux d'exil n°57, mars 2018.
- Blanchard E., *L'union à l'épreuve des damnés de la mer*, Maux d'exil n°57, mars 2018.
- Bonis M., Colombo F., Mésini B., *Les collectifs phocéens unis face aux carences des politiques d'accueil*, Maux d'exil n°59, décembre 2018.
- Comede, *La santé des exilés*, Rapport d'activité et d'observation 2018.
- Comede, *La santé sexuelle, ce droit fondamental et malmené*, Maux d'exil n°58, juin 2018.
- Comede, *Europe : Par-delà les frontières, les murs politiques*, Maux d'exil n°57, mars 2018.
- Comede, *Prise en charge du CHC chez les personnes migrantes*, Contribution au Livre blanc sur l'accès aux soins des populations vulnérables pour l'hépatite C, avril 2018.
- Comede, *Santé des exilés en région Provence-Alpes-Côte d'Azur*, Maux d'exil n°59, décembre 2018.
- Comede, DGS, Santé publique France, *Livret de santé bilingue, 15 langues*, octobre 2018.
- Favier C., *L'éducation à l'assaut des stéréotypes*, Maux d'exil n°58, juin 2018.
- Franssens M., *L'édification d'un mur législatif*, Maux d'exil n°57, mars 2018.
- Gal F., *Déni de soi et abandon multiple*, Maux d'exil n°58, juin 2018.
- Hervieu-Léger B., *A l'aube de la rétention punitive*, Maux d'exil n°57, mars 2018.
- Laffitte E. et de Bussy C., *L'enjeu de la barrière linguistique*, Maux d'exil n°59, décembre 2018.
- MacKeith B., *La politique de "l'environnement hostile"*, Maux d'exil n°57, mars 2018.
- Natanelic D., *Une politique territoriale d'intégration réussie*, Maux d'exil n°59, décembre 2018.
- Pavie J., *La stigmatisation, facteur aggravant des conduites à risque*, Maux d'exil n°58, juin 2018.
- Petruzzi M., *Le libre choix au cœur de la santé sexuelle*, Maux d'exil n°58, juin 2018.
- Poutot E., Moyano C., Coquantif C. et Laforgue C., *Les femmes kurdes font évoluer l'offre de soins*, Maux d'exil n°59, décembre 2018.
- Prestiani S., *Tri et sélection dans les hotspots*, Maux d'exil n°57, mars 2018.
- Troussier T., *Des outils d'observation au service des publics prioritaires*, Maux d'exil n°58, juin 2018.
- Vallois E. contribution à *L'asile en exil, un rapport de l'Observatoire Asile à Marseille, État des lieux de l'accueil des personnes en demande d'asile à Marseille*, décembre 2018.
- Vallois E., Perl M. et Dezélee S., *Une permanence d'accueil pour un accompagnement global*, Maux d'exil n°59, décembre 2018.
- Vandevannet N., Mancini S., Peretz L. et Araguás M., *Le sanctuaire sanitaire se fissure*, Maux d'exil n°57, mars 2018.
- Wolmark L., *La détection de la vulnérabilité et ensuite ?*, in Actes de la journée d'étude Orspere-Samdarra Vulnérabilité et demande d'asile, mai 2018.
- Wolmark L., Zlatanova Z., *La danse comme foyer d'accueil. Circulation, corps et institution*, in Migrants, réfugiés, exilés : résistances et créativité, Nouvelle revue de psychosociologie n°25, octobre 2018.

### L'ÉQUIPE DU CENTRE-RESSOURCES en mai 2019

Si l'ensemble de l'équipe est conduite à intervenir dans le cadre du Centre-ressources, les activités reposent en particulier sur :

- **Le membres de la coordination nationale et référent.e.s thématiques** : Muriel Bamberger (*Psychologue référente*), Karine Crochet (*Assistante sociale référente, Coordinatrice ESD*), Benjamin Demagny (*Juriste, Coordinateur Comede Paca*), Samuel Dezelee (*Médecin référent*), Claire Fessard (*Médecin référente*), Yasmine Flitti (*Directrice administrative et financière*), Fanny Gras (*Chargée des actions du Comede en Guyane*), Marie Jacob (*Psychologue référente*), Olivier Lefebvre (*Coordinateur médical*), Didier Maille (*Coordinateur social et juridique*), Bénédicte Maraval (*Assistante sociale référente*), Magali Perl (*Psychologue référente*), Marie Petruzzi (*Médecin référente*), Joseph Rustico (*Coordinateur du Centre de santé*), Marion Tambourindéguy (*Médecin référente*), Arnaud Veisse (*Directeur général*), Khaldi Vescovacci (*Coordinatrice prévention et promotion de la santé*), Laura Weinich (*Médecin référente*), Laure Wolmark (*Coordinatrice santé mentale*), Zornitza Zlatanova (*Psychologue référente*).
- **Les autres répondant.e.s téléphoniques et formateur/trice.s occasionnel.le.s** : Assane Aw (*Accueillant référent, Technicien d'accueil*), Julien Bobot (*Juriste bénévole*), Marcia Burnier (*Assistante sociale*), Nils Castel (*Technicien d'accueil*), Pascal Chevit (*Médecin bénévole*), Sandrine Colas (*Juriste, formatrice occasionnelle*), Elisabeth Descombe (*Juriste bénévole*), Aurélie Destouches (*Assistante sociale*), Sylvie Ducaud, (*Juriste bénévole*), Françoise Jamme (*Juriste bénévole*), Antoine Math, (*Juriste bénévole*), Andrée Martins (*Psychologue bénévole*), Christian Mongin (*Médecin bénévole*), Patrick Mony (*Juriste*), Sarah Schulmann (*Psychologue bénévole*), Claire Soldevilla (*Accueillante sociale*), Elise Vallois (*Juriste, formatrice occasionnelle*).



## Le Centre de santé à Bicêtre

Hébergé par l'hôpital Bicêtre (Hôpitaux universitaires Paris-Sud, AP-HP), au Kremlin-Bicêtre, le Centre de santé (CDS) du Comede a délivré **11 295 consultations en 2018** pour une file active de **2 383 personnes** reçues. L'augmentation de l'activité globale (+8%) est principalement due à la mise en place des consultations médicales « du jour » (+37%) et à l'accroissement des consultations d'accueil (+30%), en relais des précédentes consultations infirmières (-54%). La plupart des autres consultations ont également augmenté, notamment socio-juridiques (+44%), et éducation thérapeutique (+14%, incluant les groupes). Dans le même temps, la file active du Centre de santé a peu augmenté (+1%), en raison de la progression du nombre moyen de consultations par personne (de 4,4 à 4,7), alors que la durée moyenne de suivi est stable (12 mois).

En mai 2019, l'équipe pluridisciplinaire du Centre de santé compte 23 salarié.e.s et 20 bénévoles pour 18 équivalents temps plein, outre les interprètes professionnels présents sur 2 ETP.

### CARACTERISTIQUES DES CONSULTATIONS

De 12 mois en moyenne pour l'ensemble des patients, la durée de suivi est plus longue en éducation thérapeutique (ETP, 14 mois), en psychothérapie (15 mois), et sur le plan social et juridique (21 mois). Un tiers des consultations du Centre de santé ont lieu en langue étrangère (33% du total, 54% en psychothérapie et 41% consultation d'ETP). Un quart des consultations sont effectuées à l'aide d'un interprète professionnel, en présentiel (18%) ou par téléphone (7%).

En 2018, les consultations ont été effectuées en **52 langues** (voir tableau page suivante), principalement en bengali (28%), anglais (16%), arabe (13%), tamoul (12%), pular (6%) et dari (4%). Ces consultations ont fait intervenir un interprète professionnel dans 75% des cas, les autres étant effectuées directement en langue étrangère principalement par les consultants du Comede (20%, dont 75% en anglais, 10% en arabe et 4% en russe), et 5% à l'aide d'un accompagnateur (5%), en cas de non-disponibilité de l'interprétariat requis.

### Consultations du Centre de santé

TYPE DE CONSULTATION ET DE COMMUNICATION

2018	N	%	18/17	FA n	FA %	Cs par patient	Suivi moyenne	Langue étrang.	interprète présent.	interp. par tél.
Cs médicales	4355	39%	+6%	1726	72%	2,5	11 mois	36%	16%	11%
Cs de suivi	3380	30%	+2%	952	40%	3,6	13 mois	37%	18%	10%
Cs du jour	783	7%	+37%	690	16%	1,1	5 mois	38%	9%	17%
Gynécologie	192	2%	-11%	84	4%	2,3	10 mois	18%	8%	5%
Cs accueil	2669	24%	+30%	1829	77%	1,5	9 mois	29%	13%	6%
Cs socio-juridiques	1439	13%	+44%	486	20%	3,0	21 mois	20%	10%	6%
Cs psychologiques	1321	12%	-1%	263	11%	5,0	15 mois	54%	46%	<1%
Cs éducation théra.	638	6%	+14%	164	7%	2,7	14 mois	35%	29%	<1%
individuelle	434	4%	+4%	148	6%	1,7	14 mois	41%	32%	<1%
groupe ET et EPS	182	2%	+27%	66	3%	2,8	14 mois	19%	19%	-
podologie	22	<1%	nouv	20	1%	1,1	16 mois	9/22	22%	-
Cs infirmières	519	5%	-54%	453	19%	1,1	6 mois	30%	16%	4%
dont Cs du jour	401	4%	+38%	347	15%	1,2	7 mois	36%	20%	4%
Cs ostéopathie	299	3%	=	114	5%	2,6	17 mois	7%-	2%	<1%
Cs sage femme	55	<1%	+161%	41	2%	1,3	5 mois	13%	2%	-
<b>Total</b>	<b>11295</b>	<b>100%</b>	<b>+8%</b>	<b>2383</b>	<b>100%</b>	<b>4,7</b>	<b>12 mois</b>	<b>33%</b>	<b>18%</b>	<b>7%</b>

**3736 consultations en langue étrangère**

Langue	n	%	Langue	n	%
Bengali	1035	28%	Bambara	58	2%
Anglais	588	16%	Wolof	56	1%
Arabe	476	13%	Farsi	54	1%
Tamoul	462	12%	Oourdou	49	1%
Pular	228	6%	Lingala	49	1%
Dari	168	4%	Georgien	30	1%
Russe	118	3%	Portugais	28	1%
Soninke	79	2%	Albanais	26	1%
Pachtou	59	2%	Hindi	20	1%

**Orientation vers le Centre de santé et à partir des consultations**

2 384 patients et 2 658 orientations

2018	A l'entrée.	A la sortie
Associations de soutien	20%	29%
Accueil de jour	<1%	4%
Aide alimentaire	<1%	5%
Cimade	1%	3%
Comede	1%	8%
Coallia	1%	<1%
Domiciliation	<1%	1%
France terre d'asile	2%	<1%
Médecins du Monde	3%	<1%
Avocats et CNDA	2%	2%
Médias, internet	1%	-
Particuliers	60%	-
Ami, proche	6%	-
Famille	1%	-
Services publics	10%	13%
AS Ville	2%	1%
ASE	1%	<1%
Pada	1%	1%
CPA et CHU	1%	-
Ofpra	<1%	1%
Ofii	1%	2%
Préfecture	1%	4%
Samu social	1%	2%
Sécurité sociale	<1%	1%
Services de santé	6%	56%
Centre de santé	<1%	6%
CMP et disp. psy.	<1%	2%
CPOA	<1%	1%
Hôpital	2%	24%
dont Pass	<1%	18%
Laboratoire d'analyses	<1%	4%
Médecin Ville	1%	14%
PMI	<1%	1%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

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 vulnérabilité sociale (voir page 32). En cas de besoin, les patients peuvent être reçus par le médecin ou l'infirmière dans le cadre des consultations « du jour » ou des séances de vaccination. Par la suite, les premiers rendez-vous médicaux 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 de la moitié des patients du Centre de santé sont **orientés** par des particuliers (60% en 2018, voir tableau ci-contre), 20% par des associations (Médecins du Monde, 3%, France terre d'asile 2%), 10% par des services publics et 6% par des services de santé, alors que 2% des patients ont connu le Comede par internet. Par ailleurs, l'équipe d'accueil et l'ensemble des consultants du Centre de santé ont caractérisé 2 658 orientations externes en 2018, en premier lieu vers les services de santé (total 56%, hôpital 24%, médecine ambulatoire 14%), puis vers les associations de soutien (total 29%, vers les autres dispositifs du Comede 8%, pour une aide alimentaire 5%, ou un accueil de jour 4%), et enfin vers les services publics (13%, préfectures 4%).

**Département de résidence**

Lors de la première consultation en 2018 au Centre de santé, 28% des patients résidaient à Paris, 25% en Seine-Saint-Denis, 18% dans le Val-de-Marne, 7% dans l'Essonne, 7% dans le Val-d'Oise, 5% dans les Hauts-de-Seine, 3% dans les Yvelines, 3% en Seine-et-Marne, et 1% hors Ile-de-France.

### Patients du Centre de santé

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE SELON LA REGION D'ORIGINE EN 2018

Région d'origine	Ensemble					Hommes				Femmes			
	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%	3	10	2	6	2	3	1	9	1	7	1
Afrique centrale	496	21%	28	428	40	231	15	202	14	265	13	226	26
Afrique de l'Est	84	4%	4	79	1	70	4	66		14		13	1
Afrique du Nord	85	4%	12	66	7	55	9	43	3	30	3	23	4
Afr. de l'Ouest	1030	43%	124	889	17	745	114	627	4	285	10	262	13
Amér. du Nord	2	<1%		2		1		1		1		1	
Amér. du Sud	4	<1%		3	1	4		3	1				
Asie centrale	79	3%	1	77	1	73	1	72		6		5	1
Asie de l'Est	13	1%		11	2	8		7	1	5		4	1
Asie du Sud	419	18%	2	405	12	357	2	346	9	62		59	3
Caraïbes	7	<1%	1	5	1	4	1	3		3		2	1
Europe de l'Est	68	3%	2	62	4	42	2	39	1	26		23	3
Europe de l'Ou.	20	1%	4	15	1	12	2	9	1	8	2	6	
Moyen-Orient	55	2%	2	52	1	51	2	48	1	4		4	
Apatrides & inc.	6	<1%		6		5		5		1		1	
<b>Total</b>	<b>2383</b>	<b>100%</b>	<b>183</b>	<b>2110</b>	<b>90</b>	<b>1664</b>	<b>154</b>	<b>1474</b>	<b>36</b>	<b>719</b>	<b>29</b>	<b>636</b>	<b>54</b>

#### CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

Le Centre de santé du Comede a accueilli 2 383 personnes en 2018 (file active), dont 1 024 demandeurs d'asile (43%), 719 femmes (30%), 183 mineurs <18 ans (8%) et 90 personnes âgées ≥60 ans (4%, voir tableau ci-dessus). Les patients sont jeunes (âge médian 30 ans, moyen 33 ans), et récemment arrivés

en France (moyenne 2 ans, médiane 10 mois dont 6 mois pour les nouveaux patients). Ils déclarent 84 nationalités (voir détail page 64), principalement d'Afrique de l'Ouest (total 43%, Guinée Conakry 21%, Côte d'Ivoire 8%, Mali 7%), d'Afrique centrale (21%, Congo RD 14%), d'Asie du Sud (18%, Bangladesh 12%, Sri Lanka 4%), d'Afrique du Nord (4%), d'Afrique de l'Est (4%) et d'Afghanistan (3%).

### Patients du Centre de santé

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES EN 2018

	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra. méd	En Fra. moy	Maladie grave	Nouv. patients
<b>Total</b>	<b>2383</b>	<b>100%</b>	<b>30%</b>	<b>31 ans</b>	<b>33 ans</b>	<b>10 mois</b>	<b>2 ans</b>	<b>34%</b>	<b>67%</b>

#### Groupes vulnérables

Dem. asile	1024	43%	13%	30 ans	32 ans	9 mois	1 an	38%	71%
Femmes	719	30%	100%	33 ans	36 ans	9 mois	2 ans	37%	63%
Mineurs<18	183	8%	16%	16 ans	15 ans	6 mois	8 mois	9%	84%
Agés≥60	90	4%	60%	65 ans	66 ans	2 ans	5 ans	50%	50%

#### Région d'origine

Afrique O.	1030	43%	28%	28 ans	30 ans	9 mois	1,5 an	14%	70%
Afrique C.	496	21%	53%	36 ans	38 ans	1 an	2 ans	42%	59%
Asie du S.	419	18%	15%	34 ans	35 ans	1 an	2 ans	32%	63%
Afrique N.	85	4%	35%	34 ans	37 ans	8 mois	2 ans	9%	81%
Afrique E.	84	4%	17%	27 ans	29 ans	1 an	1 an	31%	77%
Asie centrale	79	3%	8%	26 ans	28 ans	6 mois	8 mois	33%	84%
Europe Est	68	3%	38%	40 ans	41 ans	1 an	3 ans	46%	57%
Moyen-Or.	55	2%	7%	33 ans	34 ans	5 mois	1 an	38 ans	85%

Les femmes sont davantage représentées parmi les patient.e.s d'Afrique centrale (53%) et les personnes âgées (60%), alors qu'elles sont très minoritaires parmi les exilé.e.s du Moyen-Orient (7%) et d'Asie centrale (8%). Les personnes les plus jeunes sont les exilés d'Asie centrale (âge médian 26 ans), d'Afrique de l'Est (27 ans) et d'Afrique de l'Ouest (28 ans). Ce sont les mineurs qui consultent le plus tôt après l'arrivée en France (médiane 6 mois) et les migrants âgés le plus tard (2 ans). Les caractéristiques des principaux groupes vulnérables sont détaillées dans les chapitres Populations et Etat de santé (pages 61 et 75).

Enfin les maladies graves les plus fréquentes sont les troubles psychiques (44%), les maladies cardio-vasculaires (11%), l'infection par le VHB (9%) et le diabète (7%), voir chapitre Etat de santé page 83.

### Maladies graves dépistées chez les patients du CDS

2018	n	%
<b>Maladies chroniques NT*</b>	<b>391</b>	<b>32%</b>
Asthme persistant	13	1%
Cancer	5	<1%
Diabète	89	7%
Handicap	22	2%
Maladies cardio-vasculair.	131	11%
Maladies thyroïde	13	1%
<b>Maladies infectieuses</b>	<b>298</b>	<b>24%</b>
Anguillulose intestinale	53	4%
Bilharziose/Schistosomose	54	4%
Infection par le VHB	114	9%
Infection par le VHC	24	2%
Infection par le VIH	23	2%
Tuberculose	7	1%
<b>Troubles psychiques</b>	<b>539</b>	<b>44%</b>
<b>Total</b>	<b>1 228</b>	<b>100%</b>

\* Maladies chroniques non transmissibles

### 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 patients du Centre de santé sont régulièrement évaluées au cours du suivi. Sur une durée médiane de 5 mois entre la première et la dernière évaluation effectuée pour 2523 patients entre 2014 et 2018, **la situation s'est améliorée en premier lieu sur le plan de la protection maladie** (+63 points, le taux de patients dépourvus a baissé de 80% à 17%, voir tableau), dans une moindre mesure pour l'accès à l'hébergement (+13, de 43% à 30%), à l'alimentation (+12, de 26% à 14%), sur le plan des ressources (+12, de 86% à 74%), du séjour (+11, de 40% à 29%), et enfin plus faiblement par rapport aux difficultés de déplacement (+5, de 25% à 20%), à l'isolement relationnel (+5, de 25% à 20%), et en matière de maîtrise du français (+4, de 35% à 31%). La part des patients en situation de détresse sociale a diminué de 14 points (de 28% à 14%).

	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.	30/11/15	35%	43%	25%	20%	40%	80%	26%	86%	28%
Dernière évaluat.	11/05/16	31%	30%	20%	15%	29%	17%	14%	74%	14%

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.

- Alimantation. 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 demande de droits.
- 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 CMU-C ni AME en cours)
- Séjour : pas de droit au séjour.
- Ressources financières : inférieures au plafond de la CMU-C.



## ACCUEIL, CONSULTATIONS ET PERMANENCE TELEPHONIQUE

La permanence d'accueil du Centre de santé est assurée du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 (à l'exception du jeudi matin où le centre est fermé au public). 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. La nouvelle procédure d'accueil mise en place depuis 2017, avec l'attribution de rendez-vous dans le cadre des consultations dédiées, a conduit à un renforcement de l'activité en présentiel au détriment de l'activité de la permanence téléphonique (voir infra), faute de moyens suffisants pour couvrir l'ensemble des besoins. En mars 2019, l'équipe d'accueil est constituée de 3 salarié.e.s et 5 bénévoles, pour un équivalent de 3,5 ETP au contact des patients et des appelants.

En 2018, les accueillant.e.s ont effectué **2 669 consultations** (+30%), dont 29% en langue étrangère (interprète présent 13%, par tel. 6%), pour 1 829 patients (77% de la file active). Ces consultations permettent d'évaluer la situation de vulnérabilité sociale et une orientation adaptée. En 2018, plus de la moitié de ces patients (60%) ont été intégrés dans les autres consultations du Centre de santé. Les accueillant.e.s proposent une orientation adaptée, principalement vers des services de santé (total 33%, médecine ambulatoire 12%, hôpital 8%), des associations (total 18%, autres dispositifs Comede 5%, aide alimentaire 4%, Cimade 3%, accueil de jour 3%, domiciliation 1%), et des services publics (5%).

Dans le cadre de la permanence téléphonique (voir aussi Centre-ressources page 17 et tableau ci-contre), l'équipe d'accueil a également traité **816 appels** (-61%) émanant en majorité de particuliers (total 67%, personne concernée 38%, membre de famille 7%, autre proche 8%), puis des services publics (15%, assistantes et travailleurs sociaux 12%), associations (10%) et services de santé (6%, hôpital 3%), et caractérisé la situation de 354 bénéficiaires. Les demandes portent sur l'accès

## Permanence téléphonique 816 appels caractérisés en 2018

	Appels	Orientat.
Associations	10%	74%
Cimade	1%	2%
Comede CDS		44%
Comede PT & autre		27%
Avocats	1%	1%
Particuliers	67%	
Ami, proche	8%	
Famille	7%	
Personne concernée	38%	
Services publics	15%	2%
Aide sociale à l'enfance	1%	
Ass. et trav. Social	12%	1%
Services de santé	6%	15%
Hôpital et Pass	3%	8%
Médecin Ville et CDS	1%	4%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

aux soins (54%, santé mentale 9%), un soutien social (19%, asile 3%) ou en matière de droit au séjour pour raison médicale (14%), et enfin une information médicale ou psychologique (6%). Les orientations sont principalement effectuées vers les associations spécialisées (74%, Comede CDS 41%, Comede PT & autres dispositifs 27%) et services de santé (15%, hôpital et Pass 6%, médecine de ville 4%).

## CONSULTATIONS DU JOUR, CONSULTATIONS INFIRMIERES ET VACCINATION

Effectuées par les médecins et les infirmières, les consultations « du jour » ont été mises en place en juillet 2017, en soutien des consultations d'accueil et sans limitation de rendez-vous. Elles permettent de répondre aux besoins médicaux ne pouvant attendre les délais de rendez-vous avec les consultations médicales et psychologiques. En 2018, **1 184 consultations du jour** ont été effectuées, dont 783 consultations médicales (38% en langue étrangère, 9% interprétariat présentiel et 17% par téléphone) et 401 consultations infirmières (36%, 20%, 4%).

Sur l'ensemble de l'année, **519 consultations infirmières** ont été effectuées pour 453 patients (19% de la file active), parmi lesquelles 118 consultations dédiées spécifiquement aux

### Centre de vaccination

dont mineurs orientés par Médecins du Monde

Au total, **883 vaccinations** ont été effectuées en 2018 (-9%) **pour 362 personnes** (87 femmes, 113 mineurs), dont 325 étaient âgées de 15 à 44 ans. L'activité de vaccination est effectuée par les médecins (68%), et les infirmières (32% en 2018).

Pour les **mineurs adressés par MDM**, 187 vaccinations ont été effectuées pour 76 jeunes. Principalement des garçons (97%), ils sont originaires de 12 pays, en premier lieu Mali (38%), Guinée (24%), et Côte d'Ivoire (18%).

Les **principaux vaccins** utilisés ont été Boostrix tetra-Tetravac (diphtérie, tétanos coqueluche poliomyélite, 27%) Priorix (rougeole, oreillons, rubéole, 26%), Engerix B (VHB, 18%), Revaxis (DTP, 18%), et Neisvac (méningocoque C, 5%).

activités de prévention. La part des consultations en langue étrangère est de 30% (interprète présent 16%, par téléphone 4%). En mars 2019, les consultations du jour et consultations infirmières sont assurées par 6 médecins et 1 infirmière pour un équivalent de 1 plein-temps auprès des patients.

Les consultations du jour et consultations infirmières constituent des moments privilégiés pour les actions de prévention. Elle portent notamment les activités de **vaccination** (voir encadré), à partir des résultats du bilan médical. La priorité est donnée au rattrapage vaccinal contre le VHB et DTP, à la prévention de la rougeole et de la méningite, à l'initiation/au rattrapage chez les mineurs, ainsi que la prévention des complications respiratoires (vaccin antipneumocoque) chez des personnes présentant des maladies chroniques. Les autres activités d'**éducation pour la santé** ont pour but de développer l'autonomie de la personne dans la préservation de sa santé, abordant en particulier les questions de contraception et sexualité, de prévention et dépistage des IST, de facteurs de risque des maladies chroniques, ou encore de suivi de grossesse (voir infra).

### CONSULTATIONS MEDICALES, GYNECOLOGIQUES ET SAGE-FEMME

Les médecins ont effectué **4 355 consultations** (+6%), dont 36% en langue étrangère (interprète présent 16%, par tel. 11%), pour 1 726 patients (72% de la file active). Ces consultations se répartissent en consultations de bilan et suivi (78%), consultations du jour (18%) et gynécologie santé sexuelle (4%). Avec 11 salarié.e.s et bénévoles pour 2,5 ETP en mars 2018, la consultation médicale permet de proposer le bilan de santé dont les résultats vont déterminer les soins préventifs (éducation santé, vaccination, ETP, sage-femme), curatifs (médicaux, psychothérapeutiques, ostéopathiques) et l'accompagnement social et juridique. D'une durée moyenne de 13 mois, le suivi médical repose sur l'écoute et le soutien des patients exilés, et favorise progressivement l'inscription des personnes dans un réseau de soins et de soutien de proximité, en relais du Comede.

Le **bilan de santé** a été effectué chez 90% des patients suivis en 2018. Au terme de la première consultation de suivi et avec l'accord de la personne, les médecins complètent l'examen clinique - incluant l'évaluation psychique - par la réalisation d'examens complémentaires ciblés. Pour les consultants encore dépourvus de protection maladie ou en cas de dépistage parasitologique, les examens complémentaires sont réalisés dans des laboratoires spécialisés avec le soutien de la Dases (Ville de Paris), dans le cadre d'un partenariat continu depuis 1984. Les résultats du bilan sont remis au patient et commentés lors de la consultation suivante. Ils permettent la prévention, le dépistage précoce et les soins de diverses affections graves (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 de médecine conduisent à la délivrance de

médicaments par la pharmacie du Comede (51% des patients, voir encadré), dans l'attente de l'ouverture des droits. Pourtant nécessaires en cas de recours à un examen spécialisé, au médecin spécialiste, ou encore pour permettre la continuité d'un traitement médicamenteux, les procédures réglementaires d'instruction rapide des droits ne sont plus que rarement respectées par les caisses de sécurité sociale (voir Accès aux soins page 91).

Les médecins sont régulièrement confrontés aux demandes de **certificat médical** (voir Accès aux droits page 101), en particulier à l'appui d'une demande d'asile (115 fois en 2018), ou en matière de droit au séjour pour raison médicale (27). Les médecins du Comede ont délivré 108 « certificats pour l'asile » sur l'année (ce qui représente 94% des demandes). L'évaluation des demandes de carte de séjour pour raison médicale a également conduit à la rédaction de rapports et certificats médicaux pour 26 patients (96% des demandes (voir Droit au séjour pour raison médicale page 103).

Les **consultations gynécologiques** sont effectuées deux demi-journées par semaine. En 2018, 192 consultations ont été effectuées pour 84 patientes, dont 18% en langue étrangère (interprétariat présentiel 8%). Agées de 33 ans en moyenne, les femmes concernées déclarent 19 nationalités, le plus souvent Congo RD (31%), Guinée (25%), Côte d'Ivoire (11%) et Bangladesh (6%). Outre les actions de prévention, dépistage (frottis cervico-vaginal), contraception et traitements, ces consultations sont l'occasion d'aborder les questions de sexualité, dont l'expérience est très souvent liée à des contextes de violence chez ces femmes exilées (voir Etat de santé page 75).

Enfin, 47 **femmes enceintes** ont été suivies en 2018, bénéficiant de 395 consultations médicales (35%), socio-juridiques (21%), d'accueil (16%), psychologiques (9%), gynécologiques (9%), sage-femme (6%), et infirmières (3%). Les caractéristiques des femmes enceintes sont développées dans le chapitre Etat de santé page 77.

### Pharmacie

Sous la responsabilité d'une pharmacienne bénévole, la pharmacie du Comede fournit une prestation essentielle en matière d'accès aux soins pour tous les patients 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 destinataires des médicaments dont le Comede.

En 2018, la pharmacie a honoré **4 510 prescriptions** correspondant à 1 770 consultations concernant 880 patients, soit 51% de la file active de médecine. Les molécules les plus utilisées reflètent les caractéristiques épidémiologiques de la population reçue au centre de santé : psychotropes (24%), antalgiques (24%), gastro-entérologiques (12%), cardiologiques (7%), dermatologiques (5%), anti-inflammatoires (5%), et antibiotiques et antiparasitaires (5%).

### EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

La médecin et l'infirmière chargées de l'ETP, renforcées par un podologue, ont effectué **638 consultations**, (+14%), dont 35% en langue étrangère (29% interprète présentiel) et 29% en groupe, pour 164 patient.e.s. Sur l'année 2018, le nombre moyen de consultations d'ETP était de 2,7 par personne, avec une durée moyenne de suivi de 14 mois. Pour les personnes atteintes de maladies chroniques, l'éducation thérapeutique vise à *renforcer l'autonomie des patients* en termes d'orientation dans le système de santé et d'accès aux droits pour la continuité des soins, et à *améliorer la maîtrise par les patients de leur traitement* en termes de connaissance, de compétences, et plus particulièrement d'adaptation en cas d'incident. L'ETP est centrée sur la personne en prenant en compte les conditions de vie, l'alimentation, l'accès aux soins et d'autres aspects importants dans la gestion de la maladie.

Mensuels, les ateliers de groupe sont effectués avec la collaboration de patients-experts dans le cadre de partenariats : pour les patients diabétiques avec l'Association française des diabétiques et le Réseau Paris Diabète, et pour les personnes atteintes du VHB et/ou du VHC,

### ETP, activité 2012-2018

Entre 2012 et 2018, 3718 consultations d'ETP ont été effectuées dont 25% en groupe. Plus d'un tiers des consultations (36%) ont été conduites en langue étrangère, principalement en bengali (54%), tamoul (10%), russe (8%), anglais (7%) et ourdou (5%). Parmi les 698 bénéficiaires :

- 24% ont eu une seule consultation d'ETP,
- 15% ont eu 2 consultations d'ETP,
- 10% ont eu 3 consultations d'ETP,
- 51% ont eu plus de 3 consultations d'ETP.

Les 698 personnes concernées sont majoritairement des hommes (66%), âgées de 40 ans en moyenne (10% ≥ 60 ans), principalement originaires du Congo RD (22%), du Bangladesh (21%), de Guinée (15%), du Mali (5%) et du Sri Lanka (5%). Elles sont le plus souvent atteintes de maladie cardiovasculaire (22%), diabète (21%) et infection chronique par le VHB (19%).

avec l'association SOS-Hépatites. A l'aide d'un diététicien, des réunions consacrées à l'alimentation sont proposées aux personnes atteintes de diabète et/ou d'hypertension artérielle, et/ou en surpoids/obésité. Ces réunions sont programmées en trois temps, le troisième consistant en un atelier cuisine en partenariat avec le Centre d'animation social René Goscinny (Voir activités Paris page 39).

### OSTEOPATHIE

En 2018, 9 ostéopathes bénévoles ont effectué **299 séances d'ostéopathie** pour 114 patients. L'ostéopathie a pour objectif de permettre à toutes les structures de l'organisme de se mouvoir de façon optimale. Du mouvement des articulations à la mobilité propre des organes, l'action de l'ostéopathe consiste à libérer l'ensemble des contraintes qui entravent le libre mouvement des structures anatomiques entre elles. Chez les exilés, 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 patient, 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.

### PSYCHOTHERAPIE ET SANTE MENTALE

En 2018, les psychologues ont effectué **1 321 entretiens** (-1%), dont 54% en langue étrangère (interprète présentiel 46%), pour 263 patient.e.s (11% de la file active). Sur l'année, le nombre moyen de consultations était de 5,0 par personne et la durée moyenne de suivi de 15 mois. En mars 2019, les consultations sont effectuées par 4 psychologues cliniciennes pour 1 plein-temps auprès des patients.

Au terme du bilan de santé initial (voir Consultations médicales), les troubles psychiques constituent la principale cause de morbidité chez les exilés (voir Epidémiologie page 83). Les patients reçus souffrent pour la grande majorité d'entre eux de syndromes psychotraumatiques dans lesquels dominent cauchemars et reviviscences, troubles de la mémoire et de la concentration mais aussi douleurs physiques rebelles au traitement antalgique. Les syndromes psychotraumatiques prennent parfois des formes particulièrement graves dans lesquelles peuvent survenir des épisodes dissociatifs. Certains patients traversent des états de détresse psychique intense, associés à des dépressions graves, et témoignent d'idées suicidaires (voir page 80).

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. Les effets psychiques du risque pour les personnes « sous règlement Dublin » d'être renvoyées dans un autre pays européen sans pouvoir poursuivre les soins entrepris en France prennent une place croissante dans l'accompagnement des patients.

Le suivi des patients recouvre des modes de prises en charge - thérapies d'orientation psychanalytique et/ou thérapies de soutien - adaptés à la situation du patient, dans laquelle se nouent les effets du traumatisme psychique et la précarité de la situation sociale. Les

### Délai d'amélioration de l'état psychique

Depuis 2013, les psychologues indiquent une date d'amélioration de l'état psychique des patients 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 reste peu renseigné (197 fois, pour un quart des patient.e.s), les situations documentées permettent toutefois d'observer un délai médian d'amélioration de 8 mois et un délai moyen de 11 mois par rapport à la première consultation au CDS. Le délai moyen apparaît plus long chez les exilé.e.s originaires d'Afrique centrale (14 mois) et les personnes en situation de détresse sociale (13 mois). L'augmentation du nombre des données permettra de préciser les éventuelles différences selon le tableau clinique et les caractéristiques des patient.e.s.

psychologues et médecins peuvent conduire l'essentiel des prises en charge requises, mais l'avis d'un psychiatre reste nécessaire en cas de tableau psychotique, de dépression ou de syndrome psychotraumatique grave. Ce type de prise en charge relève théoriquement des services de droit commun que sont les Centres médico-psychologiques de secteur, mais l'accueil des exilés s'y heurte souvent à de fortes résistances (voir aussi Accès aux soins page 91).

Le pôle santé mentale est également investi dans le cadre de l'atelier de danse à Paris (page 39), ainsi qu'au sein des dispositifs du Centre-ressources, du Centre MSF pour les mineurs, et du Comede à Saint-Etienne et à Marseille.

### CONSULTATIONS SOCIALES ET JURIDIQUES

Les intervenantes socio-juridiques ont effectué **1 439 consultations** (+44%), dont 20% en langue étrangère (interprète présentiel 10%, tel 6%), pour 486 patient.e.s (20% de la file active). Le nombre moyen de consultations était de 3,0 et la durée moyenne de suivi de 21 mois. En mars 2018, les consultations sont effectuées par 2 assistantes sociales et 1 écrivaine publique, pour 1,4 ETP auprès des patients. L'orientation est proposée par les

autres consultants, ou directement par l'accueil en cas d'urgence, pour des interventions relatives à l'exercice des droits (à la santé, à l'hébergement, à l'asile et au séjour), 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 exilés (voir page 78), le Comede développe un partenariat avec la Fondation Abbé Pierre pour défendre le droit à l'hébergement et au logement des exilés (voir encadré ci-dessous). 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 (à l'hôpital ou en ambulatoire). Les restrictions et discriminations à l'œuvre en matière de droit à l'hébergement pour les personnes étrangères sont développées dans le chapitre Accès aux droits (voir page 101).

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

Entre 2012 et 2018, les assistantes sociales du Comede ont pu caractériser 815 situations d'urgence de mise à l'abri. Les 399 personnes concernées étaient pour moitié des femmes (53%, alors qu'elles ne représentent qu'un tiers de la file active du Centre de santé), jeunes (âge moyen 33 ans, de 42 nationalités principalement Congo RD (30%), Guinée (22%), Côte d'Ivoire (7%), Bangladesh (7%) et Mali (5%).

Parmi les 195 situations caractérisées en 2018, on compte en particulier :

- 33 demandes de logement social,
- 6 requêtes devant le tribunal administratif pour des recours DAHO avec un accompagnement à l'audience,
- 6 demandes de reconnaissance prioritaire DAHO,
- 1 demande de reconnaissance prioritaire DALO.

Le pôle social et juridique assure également une veille réglementaire et des interventions spécialisées en matière d'accès aux soins et aux droits dans l'ensemble des dispositifs du Comede : Centre-ressources avec un investissement très important dans les actions de formation, Espace santé droit, ainsi que dans le cadre des activités développées en régions Paca et Guyane.

### SUIVI MEDICAL

Dédiées à la **coordination et à la continuité des soins** pour les patients du Centre de santé, les activités du Suivi médical sont assurées par 5 médecins pour 0,5 ETP. 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. Ils s'enquêtent régulièrement des comptes-rendus de consultation, d'hospitalisation, de centre de lutte anti-tuberculeuse ou d'autres services vers lesquels les consultants du Comede sont orientés, à partir de l'enregistrement informatique des relevés de consultation.

Les médecins du Suivi médical vérifient régulièrement les résultats des examens complémentaires et bilans de santé, afin d'anticiper les prises en charge à effectuer. En cas de résultat pathologique, le Suivi médical contrôle l'effectivité de la prochaine consultation et contacte - par téléphone et/ou par courrier - les patients qui ne se sont pas présentés. Les personnes atteintes de maladie chronique nécessitent une vigilance particulière de l'ensemble de l'équipe, souvent pendant plusieurs mois, jusqu'à ce qu'une prise en charge globale de proximité puisse être organisée lorsque les conditions médicales, psychologiques et sociales sont enfin réunies.

Le Suivi médical occupe un poste d'observation détaillée sur la pathologie et les soins apportés aux exilés. A partir de ses activités quotidiennes, le Comede peut dresser une carte épidémiologique permettant de cerner les

besoins, d'évaluer les actions de santé en cours et de cibler les actions prioritaires à mettre en place (voir Epidémiologie page 83) ■

#### Contribution du Centre de santé à l'activité globale du Comede en 2018 :

81% des consultations, 35% des personnes soutenues  
16% des appels des permanences téléphoniques

#### L'EQUIPE DU CENTRE DE SANTE en mai 2019

- **Coordination** : Joseph Rustico (*Coordinateur du Centre de santé*), assisté de Claire Katembwe (*Assistante de direction*).
- **Pôle médical** : Mady Denantes (*Médecin consultante*), Perrine Dommange (*Infirmière bénévole*), Claire Fessard (*Médecin référente*), Marie-Madeleine Gutle (*Pharmacienne bénévole*), Muriel Ini-Visse (*Médecin bénévole*), Elsa Le Pape (*Médecin consultante*), Liliane Leconte (*Médecin bénévole*), Olivier Lefebvre (*Coordinateur médical*), Barbara Pellegrini-Guegnault (*Médecin consultante*), Marie Petruzzi (*Médecin référente*), Marion Tambourineguy (*Médecin référente*), Lydie Tindo (*Médecin consultante*), Laura Weinich (*Médecin référente*) et Franck Vignal (*Médecin bénévole*).
- **Pôle prévention et promotion de la santé** : Assane Aw (*Accueillant référent*), Perrine Dommange (*Infirmière bénévole*), Marie Eckert (*Ostéopathe référente*), Bénédicte Maraval (*Assistante sociale référente*), Marie Petruzzi (*Médecin référente*), Joseph Rustico (*Coordinateur du Centre de santé*), Clémence Stouffet (*Bénévole, sage-femme*), Marion Tambourineguy (*Médecin référente*), Khaldia Vescovacci (*Coordinatrice prévention, Médecin chargée de l'ETP*), Zornitza Zlatanova (*Psychologue référente*), et les ostéopathes bénévoles Olivier de Beauchaine; Leila Chaïb, Pierre Launay, Anaïs de Mareuil, Felix Meyer, Manisha Shibdoyal, Audry Lebihan, Alexia Hisseli-Guevel.
- **Pôle santé mentale** : Muriel Bamberger (*Psychologue clinicienne référente*), Marie Jacob (*Psychologue clinicienne référente*), Laure Wolmark (*Coordinatrice santé mentale, psychologue clinicienne*), Zornitza Zlatanova (*Psychologue clinicienne référente*).
- **Pôle social et Juridique** : Assane Aw (*Accueillant référent, Technicien d'accueil*), Marcos Azevedo (*Accueillant bénévole*), Anne Legoff (*Assistante sociale consultante*), Nils Castel (*Technicien d'accueil*), Anne-Marie Chémali (*Accueillante bénévole*), Aurélie Destouches (*Assistante sociale consultante*), Guy de Gontaut (*Accueillant bénévole*), Didier Maille (*Coordinateur social et juridique*), Bénédicte Maraval (*Assistante sociale référente*), Andrée Martins (*Accueillante bénévole*), Elise Rathat (*Ecrivaine publique bénévole*), Blandine Renaud (*Accueillante bénévole*), Claire Soldevila (*Accueillante sociale*).



## Activités du Comede à Paris

Avec le soutien de la Mairie de Paris, le Comede bénéficie depuis fin 2018 d'un local situé dans le 18<sup>ème</sup> arrondissement permettant d'accueillir des activités du Centre-ressources (permanences téléphoniques, stages de formation, groupes experts) ainsi que de développer des actions de prévention et de promotion de la santé, notamment par l'accueil et l'animation d'ateliers collectifs. La Ville de Paris constitue à la fois le premier département de résidence des bénéficiaires des actions du Comede, et l'un des plus anciens partenaires de l'association depuis 1984 avec la co-réalisation des bilans de santé permettant de soutenir les actions de prévention, dépistage et d'observatoire sur la santé des exilés.

Débutés en mars 2019, les ateliers organisés dans les locaux du Comede rue Championnet sont réservés jusqu'à présent aux patients du Centre de santé (voir chapitre précédent). Cette activité complète ainsi deux autres actions menées par le Comede sur le territoire parisien, l'atelier de danse au 104 et les interventions pour l'accès aux soins à la permanence LDH et RESF 14/6.

### ATELIER DE DANSE AU #104

L'atelier de danse constitue l'une des actions pilotes de la coordination femmes et genre du Comede. Conçu et animé par une psychologue danseuse, il se déroule au Cinq, l'espace dédiée aux activités artistiques pour les amateurs du Centquatre Paris (19<sup>è</sup>). Mis en place en 2014, ce groupe semi-ouvert se réunit une fois par semaine depuis fin 2017, sous la forme suivante : trois ateliers de danse puis un atelier de discussion/création pour « consolider les racines de l'atelier » à la demande des participantes.

Souvent victimes de violences, ces femmes se trouvent en situation de *suspens* administratif, social et psychique. Elles sont orientées par les

soignant.e.s du Centre de santé du Comede. L'atelier mêle danses traditionnelles, « phrases » dansées inspirées de la danse contemporaine, relaxation et échange. Des membres de l'équipe salariée ou bénévole et une stagiaire y participent régulièrement dans une perspective de psychothérapie institutionnelle. L'atelier est co-construit par l'animatrice et les participantes, ce qui permet de se déprendre des positions habituelles de soignants et de soignés, avec pour objectif une autonomisation progressive des femmes et une réflexion sur le rôle des soignants.

Le dispositif est construit dans un cadre thérapeutique clinique qui s'appuie sur des travaux autour 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. Enfin, le moment de la danse est aussi un moment de plaisir, permettant aux participantes de réinvestir leur corps, malmené par les violences et les vécus de précarité.

En 2018, l'atelier de danse s'est déroulé au cours de 29 séances, avec **89 participations pour 11 femmes** (en moyenne 8 séances sur l'année). Les participantes sont âgées de 26 à 53 ans, elles résident en France depuis 20 mois (médiane), et sont originaires de 5 pays africains, principalement Congo RD (6 sur 11)

Cette expérience d'art-thérapie fait régulièrement l'objet d'interventions publiques (voir Centre-ressources page 17, dont l'article *La danse comme foyer d'accueil. Circulation, corps et institution* publié dans la Nouvelle revue de psychosociologie), cet atelier-pilote étant source d'inspiration dans d'autres dispositifs. En 2019, il doit notamment servir de modèle à un second atelier de danse mis en place à Saint-Etienne par l'équipe du Comede Loire (voir page 49).

### INTERVENTIONS POUR L'ACCES AUX SOINS A LA PERMANENCE LDH ET RESF

Depuis janvier 2018, une bénévole participe pour le Comede aux activités d'une permanence sociale et juridique coanimée par le Réseau éducation sans frontière (RESF Paris Sud-Ouest) et la Ligue des Droits de l'Homme (LDH Paris 14/6). La permanence a lieu le samedi matin dans une salle de la mairie du 14<sup>ème</sup> arrondissement, et reçoit principalement des personnes étrangères vivant à proximité et souvent en grande précarité : familles hébergées par le Samu social ou la Ville de Paris dans une chambre d'hôtel, jeunes hommes vivant en squat, mineurs isolés.

Les bénévoles LDH et RESF sont expert.e.s en droit au séjour, assurent un accompagnement complet à la préfecture (évaluation de la situation, préparation du dossier, accompagnement physique) et dans les démarches quotidiennes de survie. Certaines personnes, familles ou mineurs isolés, sont suivies depuis plusieurs années. L'appui du Comede a permis de développer l'activité d'accès au système de soins.

En 2018, **74 interventions** du Comede ont été effectuées pour **31 personnes**. Majoritairement des femmes (55%), les bénéficiaires, sont âgé.e.s de 37 ans et résident en France depuis 6 ans en moyenne. Elles sont originaires de 21 pays (Algérie 16%, Mali 14%, Brésil, Cap-Vert, Guinée, Maroc et Sénégal 6%).

Les interventions sont variées. Au-delà des demandes d'AME et d'une demande de CMU-c, des prises de contact avec assistantes sociales, médecins et services des frais de séjour hospitaliers, il y a eu rétablissement

rétroactif de la continuité des droits à l'AME pour deux personnes, annulation de dettes hospitalières réalisée ou en cours, orientation d'une personne vers le Centre de santé du Comede, médiation d'un médecin du Comede auprès d'un médecin hospitalier, demande de passage d'APS à répétition à un titre de séjour d'un an pour parent d'enfant malade. Ces interventions ont nécessité plusieurs fois le recours à l'expertise d'autres membres du Comede, notamment du pôle socio-juridique.

### ATELIERS DE PREVENTION A CHAMPIONNET

Depuis mars 2019, une partie des ateliers de prévention et promotion de la santé destinés aux patients du Centre de santé sont organisés dans les nouveaux locaux du Comede dans le 18<sup>ème</sup>. La médecin référente y anime notamment des ateliers destinés à l'éducation thérapeutique, à la nutrition ou encore à la podologie pour les personnes diabétiques, en partenariat avec le Réseau Paris Diabète. D'autres ateliers sont prévus, notamment pour les personnes atteintes d'infection chronique par les virus des hépatites, ainsi que des ateliers consacrés à la connaissance du système de santé. Enfin, le partenariat a été poursuivi avec le centre d'animation René Goscinny dans le 13<sup>ème</sup> arrondissement pour les ateliers cuisine ■

#### LES INTERVENANTES REGULIERES DU COMEDE A PARIS en mai 2019

Marie-Ange d'Adler (*Juriste bénévole*), Khalda Vescovacci (*Médecin chargée de l'ETP, Coordinatrice du pôle prévention*), Monique Valentino (*Médecin bénévole*), Zornitza Zlatanova (*Psychologue clinicienne référente*), et les membres de la coordination femmes et genre participant à l'atelier danse.





## L'Espace santé droit à Aulnay-sous-Bois

Partenariat opérationnel du Comede avec la Cimade Ile-de-France (voir encadré ci-contre), l'Espace santé droit (ESD) a été successivement hébergé par le foyer protestant d'Aubervilliers (2007-2015), la Cimade à Aulnay-sous-Bois (2015-2016), l'hôpital Avicenne à Bobigny (2016-2018) et à nouveau la Cimade à Aulnay-sous-Bois depuis septembre 2018. La contrainte d'un nouveau déménagement, consécutive aux travaux de rénovation en cours à l'hôpital Avicenne, a eu pour conséquence une réduction d'activité au second semestre.

En 2018, l'Equipe de l'ESD a traité **894 appels** dans le cadre de la permanence téléphonique (-26%, voir tableaux ci-dessous) au bénéfice de 745 migrant.e.s (voir page 63), et effectué **504 consultations et déplacements** (-20%) pour 244 personnes dont 55% nouveaux bénéficiaires, soit un total de 989 personnes soutenues. La moitié des consultations et interventions sont exclusivement socio-juridiques et plus d'un tiers sont effectuées par le médecin (28% avec le juriste et 7% seule). Moins d'une consultation sur dix est conduite en langue étrangère, principalement en anglais, bengali et arabe, avec un faible recours à l'interprétariat professionnel (total 3%, consultations médicales 12%).

### La Cimade, [www.lacimade.org](http://www.lacimade.org)

La Cimade a pour but de manifester une solidarité active avec les personnes opprimées et exploitées. Elle défend la dignité et les droits des personnes réfugiées et migrantes, quelles que soient leurs origines, leurs opinions politiques ou leurs convictions. Chaque année, La Cimade accueille dans ses permanences plus de 100 000 personnes : migrants, demandeurs d'asile et réfugiés. Elle héberge près de 200 demandeurs d'asile et réfugiés dans ses centres de Béziers et de Massy.

En mai 2019, l'équipe opérationnelle de l'Espace santé droit compte 16 intervenant.e.s bénévoles et salarié.e.s (pour 3,2 équivalents temps-plein ETP), juristes et médecins.

### PERMANENCE TELEPHONIQUE ET CONSULTATIONS

Le premier contact s'effectue par téléphone, la permanence téléphonique étant sollicitée directement par les personnes ou par les professionnels et associations qui les soutiennent. Elle est ouverte mercredi matin, après-midi et vendredi matin, les consultations étant effectuées mercredi et vendredi. Dans un contexte de forte sollicitation, l'activité de réponse téléphonique exige des compétences spécifiques (écoute active, mise à jour des

### Permanence téléphonique

2018	n	18/17	Région Ile-de-France								hors IDF
			75	77	78	91	92	93	94	95	
Total	894	-26%	23%	3%	3%	5%	7%	41%	8%	5%	5%

### Consultations

2018	n	%	18/17	FA	Nouv.	Cs par Personne	Cs LE *	Interpr. prof.	Suivi moyenne
Cs socio-juridiques	250	50%	-18%	150	49%	1,7	5%	2%	11 mois
Cs médico-jurid.	142	28%	-33%	101	79%	1,4	12%	6%	4 mois
Cs méd. & ETP	33	7%	-10%	30	70%	1,1	18%	12%	6 mois
Travail sur dossier	54	11%	-32%	36	22%	1,5	-	-	13 mois
Déplacements	24	5%	-17%	13	4/13	1,8	2/24	-	10 mois
Total	504	100%	-20%	244	55%	2,1	8%	3%	9 mois

\* Consultation en langue étrangère

connaissances, maniement de l'informatique). Les répondants attribuent des rendez-vous en priorité dans les situations de blocage. Dans les autres cas, les personnes sont adressées vers les services de droit commun, l'équipe de l'ESD agissant alors en soutien des professionnels du médico-social. Enfin, l'ESD assure une réponse téléphonique sur une ligne dédiée pour les personnes ayant déjà été reçues. Dans de nombreux cas, les répondant.e.s assurent un suivi et un soutien technique à distance, notamment par courriel. Face à la dégradation des situations des personnes, l'équipe de l'ESD a vu sa charge de travail s'alourdir au-delà des deux journées d'ouverture.

En 2018, la **permanence téléphonique** a été sollicitée en majorité pour des personnes résidant en Seine-Saint-Denis (41%, voir tableau page précédente), à Paris (23%), dans le Val-de-Marne (8%), les Hauts-de-Seine (7%), l'Essonne et le Val-d'Oise (5%). Les appels émanent majoritairement de particuliers (77%, dont personnes concernées 43% et membres de famille 22%, voir tableaux ci-contre). Les autres appels proviennent des associations (8% du total), des services publics (9%, assistantes sociales 8%) et des services de santé (5%, hôpital 5%). Les réponses conduisent à une orientation externe dans 48% des cas, principalement en direction des services publics (22% du total des appels, préfecture 16%), des associations (total 18% Cimade 10%, Comede 5%), et de l'hôpital (5%). Le traitement des appels entraîne un important travail de suivi « à distance » avec l'appelant (dans 12% des cas) : réception par courriel des documents et analyses, conseils par courriel, envoi de modèle de lettre, nouvelle analyse de la situation suite aux démarches effectuées etc.

Les **personnes accueillies** à l'Espace santé droit résident principalement en Seine-Saint-Denis (42%), à Paris (23%), dans le Val d'Oise (9%), les Hauts-de-Seine (7%) et le Val-de-Marne (6%). Elles ont été majoritairement orientées par des associations (total 59%, Cimade 18%), des services publics (14%, services sociaux de secteur 11%), des services de santé (12%, hôpital 9%) et des particuliers

## Orientation vers et depuis l'Espace santé droit

894 appels et 244 personnes accueillies

2018	PT	orient.	Accueil
Associations	8%	18%	59%
Cimade	2%	10%	18%
Comede CDS	<1%	1%	3%
Comede CR & PT	-	4%	<1%
Avocats et tribunaux	<1%	1%	3%
Particuliers	77%	1%	10%
Ami, proche	9%	<1%	1%
Famille	22%	<1%	<1%
Personne concernée	43%	-	1%
Services publics	9%	22%	14%
AS & travail. social	8%	2%	11%
Mairie CCAS	1%	1%	1%
Ofl	<1%	1%	-
Préfecture	<1%	16%	-
Sécurité sociale	<1%	3%	-
Services de santé	5%	6%	12%
Hôpital	5%	5%	9%
<b>Effectifs</b>	<b>894</b>	<b>894</b>	<b>244</b>

## Type des demandes

2018	PT	Cons.
Droit au séjour	79%	81%
Titre de séjour pour soins	56%	46%
Protection méd éloignement	9%	15%
Parent d'enfant malade	8%	11%
Accomp. majeur de malade	1%	2%
Titre de séjour autre motif	11%	7%
Accès aux soins et PM	17%	10%
Protection maladie	13%	6%
Dette hospitalière	2%	4%
Autre accès aux soins	2%	<1%
Autre information et soutien	1%	3%
Autres droits sociaux	1%	3%
<b>Effectifs</b>	<b>894</b>	<b>504</b>

(10%). L'attribution des rendez-vous est ainsi plus fréquente parmi les personnes orientées par les associations et professionnels que par les particuliers, ceci en raison d'une pré-orientation plus sélective pour les personnes les plus vulnérables.

Les **demandes** portent sur des questions de droit au séjour et protection contre l'éloignement des étrangers malades (79% des appels téléphoniques et 81% des consultations), d'accès aux soins et à la protection maladie (17% et 10%), et enfin pour d'autres soutiens et d'autres droits sociaux liés à l'état de santé (1% et 3%).

## Personnes accompagnées par l'Espace santé droit (PT et consultations)

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

Région d'origine	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	21	2%	1	13	7	6		4	2	15	1	9	5
Afrique centrale	127	13%	3	103	21	61		49	12	66	3	54	9
Afrique de l'Est	6	<1%		4	2	5		4	1	1			1
Afrique du Nord	356	40%	30	261	65	183	19	127	37	173	11	134	28
Afr. de l'Ouest	339	32%	6	303	30	217	5	197	15	122	1	106	15
Amér. du Nord	4	1%		3	1					4		4	
Amér. du Sud	8	1%		7	1	4		4		4		3	1
Asie centrale	2	<1%		2		2		2					
Asie de l'Est	15	1%		14	1	7		7		8		7	1
Asie du Sud	55	3%		42	3	41		38	3	4		4	
Caraïbes	11	1%		11		6		6		5		5	
Europe de l'Est	34	3%		30	4	17		16	1	17		15	2
Europe de l'Ou.	10	1%	1	6	3	5	1	3	1	5		3	2
Moyen-Orient	10	1%	1	7	2	6	1	4	1	4		3	1
<b>Total</b>	<b>989</b>	<b>100%</b>	<b>42</b>	<b>810</b>	<b>137</b>	<b>561</b>	<b>26</b>	<b>462</b>	<b>73</b>	<b>428</b>	<b>16</b>	<b>348</b>	<b>64</b>

### CARACTERISTIQUES DES BENEFICIAIRES DE L'ESPACE SANTE DROIT

Les 894 appels et 504 consultations ont concerné 989 personnes en 2018, dont 43% de femmes, 14% de migrant.e.s âgé.e.s ≥60 ans, 5% de demandeurs d'asile et 4% d'enfants mineurs de 18 ans. Les 244 personnes accueillies à l'ESD (voir tableau page suivante) sont originaires de 44 pays (détail des nationalités page 64), principalement d'Afrique de l'Ouest (total 40%, Mali 11%, Côte d'Ivoire 11%, Guinée Conakry 6%), d'Afrique du Nord (25%, Algérie 18%), d'Afrique centrale (13%, RD 6%), et d'Asie du Sud (9%).

Les personnes accompagnées par l'ESD sont relativement jeunes (âge moyen 40 ans) eu égard à la fréquence des maladies graves au sein de cette population, et récemment arrivées en France (moyenne 6 ans en consultation et 3 ans pour les bénéficiaires des PT). Une personne sur 10 est accompagnante d'un enfant mineur (9%) et une sur 20 d'un malade majeur (5%). Les femmes sont davantage représentées parmi les exilé.e.s d'Afrique centrale (49%) et d'Afrique du Nord (47%). Les personnes originaires d'Afrique centrale sont les plus âgées (moyenne 44 ans) déclarent davantage de maladies graves que les autres bénéficiaires des PT (84%).

## Personnes accompagnées par l'Espace santé droit (PT et consultations)

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

	N	%	Sexe F	Age méd	Age moy	en Fra méd	en Fra moy	Malad. grave	pour 1 mineur	pour 1 majeur
<b>Activité</b>										
PT	745	75%	44%	37 ans	40 ans	2 ans	3 ans	75%	9%	5%
Consultat.	244	25%	42%	39 ans	41 ans	3 ans	6 ans	54%	nc	nc
<b>PT, groupes vulnérables et régions d'origine</b>										
Femmes	325	44%	100%	39 ans	42 ans	1,5 an	3 ans	76%	14%	3%
Mig. âgés	120	16%	44%	67 ans	68 ans	1,5 an	3 ans	76%	-	8%
Af. centr.	95	13%	49%	40 ans	44 ans	2 ans	3 ans	84%	5%	1%
Af. Ouest	241	32%	39%	35 ans	38 ans	2 ans	3 ans	75%	6%	4%
Af. Nord	294	39%	47%	39 ans	41 ans	2 ans	2 ans	74%	14%	5%

## Personnes accueillies à l'Espace santé droit

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

Région d'origine	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	4	2%		3	1	2		2		2		1	1
Afrique centrale	32	13%	1	28	3	13		12	1	19	1	16	2
Afrique de l'Est	3	1%		3		3		3					
Afrique du Nord	60	25%	2	50	8	26	2	22	2	34		28	6
Afr. de l'Ouest	98	40%		94	4	68		65	3	30		29	1
Amér. du Sud	4	2%		4		2		2		2		2	
Asie de l'Est	4	2%		4		2		2		2		2	
Asie du Sud	22	9%		22		20		20		2		2	
Caraïbes	3	1%		3		2		2		1		1	
Europe de l'Est	9	4%		9		2		2		7		7	
Europe de l'Ou.	2	1%		1	1					2		1	1
Moyen-Orient	3	1%		3		1		1		2		2	
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100%</b>	<b>3</b>	<b>224</b>	<b>17</b>	<b>141</b>	<b>2</b>	<b>133</b>	<b>6</b>	<b>103</b>	<b>1</b>	<b>91</b>	<b>11</b>

### Maladies graves déclarées par les bénéficiaires de la PT

2018	n	%
Maladies chroniques NT*	308	67%
Cancer	80	18%
Diabète	43	9%
Drépanocytose	13	3%
Handicap	33	7%
Insuffisance rénale	21	5%
Maladies cardio-vasculair.	39	9%
Maladies infectieuses	92	20%
Infection par le VHB	29	6%
Infection par le VHC	7	2%
Infection par le VIH	44	10%
Tuberculose	6	2%
Troubles psychiques	57	12%
Total	457	100%

Les principales pathologies en cause sont les maladies chroniques non transmissibles (67% des maladies déclarées dans le cadre de la permanence téléphonique et 57% des maladies caractérisées chez les personnes accueillies à l'ESD, voir ci-contre), en premier lieu les cancers, les maladies cardio-vasculaires et le diabète ; puis les maladies infectieuses (20% PT, 26% Cs, principalement l'infection par le VIH et l'infection chronique par le VHB) ; enfin les troubles psychiques graves (12% PT, 17% Cs). La maladie a été découverte après l'arrivée en France dans la plupart des cas (70% pour l'ensemble des pathologies, voir aussi Epidémiologie page 83).

### Maladies graves observées chez les personnes accueillies

2018	n	%
Maladies chroniques NT*	58	57%
Cancer	7	7%
Diabète	10	10%
Handicap	4	4%
Maladie cardio-vasculaire	13	13%
Maladies infectieuses	26	26%
Infection par le VHB	11	11%
Infection par le VIH	12	12%
Troubles psychiques	17	17%
Total	101	100%

\* Maladies chroniques non transmissibles

### 10 ANS, BILAN ET PERSPECTIVES

L'année 2018 a été une année importante et complexe pour l'Espace santé droit. D'une part, elle a été marquée par la célébration de ses 10 ans d'existence. L'équipe a notamment réalisé une brochure pour témoigner de notre engagement commun, de nos champs d'intervention et notre singularité. Les festivités de cet événement ont également permis de dresser un bilan de ces dix années et de déterminer les axes de développement pour l'avenir. D'autre part, l'équipe a été contrainte de déménager du fait d'importants travaux réalisés au sein de l'hôpital Avicenne. L'ESD

est à nouveau temporairement accueilli dans les locaux de la Cimade situés à Aulnay sous Bois, en attendant des locaux pérennes plus adaptés aux besoins.

Ce déménagement a eu un retentissement sur l'équipe, les usagers, et sur l'ensemble de l'activité, alors que le suivi des situations est toujours plus long et complexe face à la dégradation de l'accès aux droits et aux soins. La mise en place en 2018 de cinq critères de vulnérabilité sociale (modalités d'hébergement, séjour, allophone, sans protection maladie et ressources inférieures au plafond de la complémentaire CMU) dans le recueil de données interne à l'ESD a permis d'objectiver désormais ces situations, et d'adapter les orientations sociales.

Depuis mars 2018, l'Espace santé droit a mis en place des consultations individuelles d'Education thérapeutique (ETP) pour les personnes atteintes d'une maladie chronique, suivies à l'ESD et non prises en charge dans un autre programme d'ETP extérieur. Le but de l'ETP est d'aider la personne à comprendre la maladie afin de pouvoir mieux la gérer au quotidien, préserver une bonne qualité de vie et éviter les complications. Il apparaît que la plupart des patients concernés, malgré un suivi médical effectif, n'avaient jamais bénéficié de consultations d'ETP. Ce précieux temps d'échange (« *c'est la première fois qu'on me demande comment je vais avec cette maladie* ») favorise une meilleure maîtrise de la maladie. Ces consultations mettent en avant la nécessité de faire appel à un interprète professionnel, ce qui semble avoir été peu fait dans leur parcours de soin. Le développement de cette activité reposera sur son appropriation par l'équipe et sur la formation de bénévoles intervenant dans ce champ.

En 2018, l'équipe de l'ESD a accueilli deux nouveaux médecins bénévoles au soutien des activités globales, à la fois pour l'accompagnement en matière de droit à la santé et pour le développement des activités de prévention.

### Espace Santé Droit, 10 ans déjà



Tout au long de l'année, l'équipe est restée très mobilisée sur l'accompagnement des demandeurs d'asile placés en procédure Dublin, et suivis pour des maladies relevant du droit au séjour pour raison médicale. Concernant la double demande asile/droit au séjour pour raison médicale, l'ESD constitue un terrain d'observation sur l'Île-de-France pour adapter au mieux ses réponses téléphoniques et ses accompagnements individuels.

L'équipe de l'ESD intervient également en matière d'accès aux soins et à la protection maladie (voir aussi Accès aux soins page 91), notamment autour des dettes hospitalières et du maintien de droits suite à la perte d'un titre de séjour. Nous continuons de constater le manque de recours au DSUV du fait d'une méconnaissance par les acteurs de l'article L.254-1 du CASF qui, loin de se limiter aux urgences vitales, porte sur l'ensemble des soins destinés à « prévenir une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître ». L'accès au DSUV pâtit encore des obstacles mis en place par les CPAM qui exigent préalablement un « refus d'AME » à la demande de DSUV, ceci en dépit de l'instruction de l'ARS du 8 juin 2018.

Enfin, l'équipe de l'ESD intervient pour d'autres droits sociaux, ainsi que le changement de statut administratif et la délivrance d'un titre de séjour en cohérence avec l'évolution de la situation de la personne.

Pour l'ensemble de ces activités, l'ESD s'appuie sur le recours au contentieux pour la défense des droits, et sollicite régulièrement le Défenseur des Droits en soutien des situations individuelles, outre les avis rendus sur des sollicitations collectives permettant de valoriser nos interventions.

Sur le plan organisationnel et face à la croissance des sollicitations, l'ESD se donne pour objectifs de :

- développer l'équipe des répondant.e.s téléphoniques du mercredi et du vendredi ;
- mettre en place des modalités d'accueil dédiées à des personnes se présentant sans rendez-vous ;
- améliorer la technicité des réponses apportées pour la permanence de suivi, notamment pour la double demande asile /droit au séjour pour raison médicale ;

- renforcer les activités de prévention et de promotion de la santé, en premier lieu l'éducation thérapeutique notamment au moyen de groupes de patient.e.s ;
- développer les activités de témoignage et de plaidoyer ;
- se mobiliser à la hauteur de nos moyens pour développer le réseau territorial et rencontrer les partenaires locaux ■

**Contribution de l'Espace santé droit à l'activité globale du Comede en 2018 :**

18% des appels des permanences téléphoniques, 14% des personnes soutenues, 4% des consultations

**L'EQUIPE DE L'ESPACE SANTE DROIT en mai 2019**

Dorothée Basset (*Coordinatrice Cimade, Juriste*), Rebecca Basukisa (*Juriste bénévole*), Julien Bobot (*Juriste bénévole*), Cécile Brossard (*Juriste bénévole*), Karine Crochet (*Coordinatrice Comede, Assistante sociale référente*), François David (*Juriste bénévole*), Elizabeth Descombe (*Juriste bénévole*), Claire Fessard (*Médecin référente*), Danièle Fuchs (*Juriste bénévole*), Michèle Jacrot (*Juriste bénévole*), Françoise Jamme (*Juriste bénévole*), Virginie Lamit (*Juriste bénévole*), Christian Mongin (*Médecin bénévole*), Dina Nfon Priso (*Médecin bénévole*), Marie Petruzzi (*Médecin référente*), Jean-Michel Tissier (*Juriste bénévole*) et Khalda Vescovacci (*Médecin chargé de l'ETP, Coordinatrice du pôle Prévention du Comede*).



## Activités du Comede au Centre MSF à Pantin

Dans le cadre d'un partenariat avec Médecins sans frontières (voir encadré), le pôle santé mentale du Comede développe des activités au sein du centre géré par MSF pour les Mineurs non accompagnés (MNA), qui a ouvert ses portes fin 2017 à Pantin. Il accueille des mineurs étrangers non reconnus mineurs par l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Dans ce centre pluri-associatif, les jeunes sont accompagnés dans leurs démarches juridiques, sociales et de santé, et bénéficient si besoin d'une psychothérapie. Les consultations y sont effectuées par des psychologues des deux associations pour 2 ETP, et coordonnées conjointement.

### CONSULTATIONS ET PATIENTS

En 2018, l'équipe du Comede et de MSF a délivré **1 406 consultations** de santé mentale pour **200 jeunes patients**, parmi 709 mineurs admis au centre. Les orientations initiales vers le centre sont effectuées par Utopia (38%), MSF (maraudes, 27%), le Barreau de Paris (3%), l'ADJIE (2%), alors que 18% des jeunes se présentent spontanément.

Il est proposé à tous les jeunes admis au centre (73% de ceux qui se présentent) de rencontrer une psychologue et/ou de participer à un atelier sur la santé mentale, qui permet souvent une orientation secondaire. Les mineurs accueillis sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (Mali 32%, Guinée 28%, Côte d'Ivoire 12%, Sénégal 5%), d'Asie centrale (Afghanistan 8%), d'Afrique de l'Est (Erythrée 2%, Soudan 2%, Somalie 1%) et d'Afrique centrale (Cameroun 3%). Les Erythréens sont essentiellement des jeunes en transit vers le nord de la France.

L'activité de santé mentale est constituée d'entretiens psychologiques (77%), d'entretiens concernant l'hébergement dans le dispositif Passerelle (17%), de séances de prévention

#### Médecins sans frontières, [www.msf.fr](http://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 les plus immédiatement en danger.

(2%) et de consultations psychiatriques (2%), outre les orientations réalisées vers les partenaires extérieurs et les urgences psychiatriques.

### CONTEXTE ET AXES D'INTERVENTION

En France, l'absence de reconnaissance par l'ASE de leur minorité prive de nombreux jeunes de la protection dont ils ont besoin 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 de « mineurs » : 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. Les professionnels se montrent parfois suspicieux et réticents à prendre en charge ces jeunes dont le statut administratif et juridique est complexe.

Leur accès aux soins de santé mentale est lui aussi compliqué par le déni de leur minorité ; ils ne relèvent ni des dispositifs pour enfants et adolescents, ni des dispositifs pour adultes. Par ailleurs, s'ils sont allophones, ils rencontrent comme beaucoup d'exilés des obstacles à

l'accès aux soins de santé mentale liés à l'absence de recours à l'interprétariat professionnel. Au centre de Pantin, ils ont la possibilité de recevoir dans leur langue une information générale sur les soins en santé mentale et les manifestations des troubles psychiques, notamment psychotraumatiques. Ils peuvent à leur demande ou sur l'indication d'un.e autre professionnel.le du centre rencontrer une psychologue – avec l'aide d'un.e interprète professionnel.le le cas échéant, qui évaluera, avec eux, leur besoin d'un suivi psychothérapeutique ou de consultations d'orientation et de soutien. Un certain nombre d'entre eux souffrent des symptômes de troubles psychotraumatiques - troubles du sommeil, hypervigilance, reviviscences - qui nécessiteront un suivi soutenu. D'autres ont besoin d'un espace de parole accueillant face à la dureté de leur vie quotidienne « à la rue » ou/et au déni de leur minorité par l'institution dont ils attendaient une protection.

Parfois, passée la stupeur du non-accueil, les jeunes sont en mesure de restaurer leurs ressources internes et ne prolongent pas l'accompagnement après les quelques consultations préalables, se sentant en mesure de poursuivre leur parcours d'exil. A l'inverse, pour d'autres, ces entretiens vont ouvrir à la nécessité d'un suivi psychothérapeutique. Des psychiatres bénévoles peuvent être sollicités en cas de nécessité d'une évaluation psychiatrique ou de prescription de psychotropes. Les consultations ont alors lieu en binôme avec la psychologue qui suit le jeune patient.

La majorité de ces jeunes ont été exposés à des violences graves dans le parcours d'exil et tous sont affectés notamment d'avoir éprouvé la peur/la possibilité de mourir, ainsi que l'humiliation/la non considération en tant qu'être humain. En France, ils sont confrontés à la discontinuité des dispositifs d'hébergement d'urgence, et à la vie « à la rue » (voir témoignage ci-contre). Plusieurs jeunes expriment leur désarroi face à la non-reconnaissance de leur minorité, comme un dénigrement de ce qu'ils sont, comme une négation de ce qu'ils ont vécu.

#### Témoignage d'un mineur accueilli

« Je suis un déchet. Je suis dans la rue. Je suis comme une poubelle. Les gens me regardent et je sais qu'ils pensent que je suis un déchet. Je ne suis rien. Je me fais arrêter quand je prends les transports. Je n'ai pas de quoi m'acheter un ticket de métro. Je n'ai même pas de quoi m'acheter à manger. Je vais dans les distributions de nourriture comme un clochard. Je ne peux pas supporter. J'ai peur de devenir un clochard. Je veux me battre pour sortir de là. Mais certains jours j'ai envie de baisser les bras. »

Les violences et événements traumatiques sont très fréquents. La grande majorité de ces jeunes ont vécu et/ou traversé des zones de conflits armés et la mer pour venir en Europe, et la moitié ont connu l'enfermement, détenus (en prison) ou séquestrés (kidnappés). Un jeune sur deux a perdu au moins l'un de ses parents, et la plupart ont vécu la mort d'un proche, dans le pays d'origine ou au cours du trajet. Le type d'hébergement est particulièrement précaire, même si une partie des jeunes a pu bénéficier d'un hébergement citoyen la plupart d'un hébergement d'urgence.

Parmi les principaux symptômes relevés au premier semestre 2018, 88% souffrent d'anxiété, 78% de tristesse, 56% de troubles du sommeil, 30% de troubles de la concentration, 22% d'idées suicidaires et 19% de troubles de la mémoire. Sur le plan diagnostique, une majorité de ces patients sont en situation de détresse psychologique (41%), et 30% de syndromes psychotraumatiques ou traumatismes complexes ■

#### LES INTERVENANTES DU COMEDE A MSF PANTIN en mai 2019

Muriel Bamberger (*Psychologue clinicienne référente*), Franck Enjolras (*Psychiatre bénévole*), Marie Jacob (*Psychologue clinicienne référente*) et Laure Wolmark (*Coordinatrice santé mentale, psychologue clinicienne*)





## Le Comede à Saint-Etienne et dans la Loire

Outre les actions d'information et formation dispensées depuis 2012 dans le cadre du Comede Loire (voir encadré), l'équipe propose depuis septembre 2017, dans des locaux mis à disposition par la paroisse du Soleil, un espace de parole, d'accueil et de soutien à l'orientation de personnes exilées en souffrance psychique. Des consultations sur rendez-vous et le plus souvent en binôme sont assurées par 8 bénévoles, professionnel.le.s de santé mentale (voir page suivante). Le premier entretien est consacré à l'évaluation de la situation et à cerner la nature de la demande, permettant de déterminer le suivi et les orientations vers les structures appropriées.

### Intégration du Comede Loire au sein du Comede

Les actions du Comede à Saint-Etienne et alentour ont été développées depuis 2012 à l'initiative d'un groupe d'acteurs médico-sociaux impliqués dans les actions de santé des exilés dans les départements de la Loire et du Puy-de-Dôme. Fondée en juillet 2012 à Saint-Etienne, l'association Comede Loire (ou Comede 42) a adopté les statuts du Comede, dont elle était membre de droit du Conseil d'administration.

Le développement des activités de soin et d'accompagnement depuis 2017 et la nécessité de renforcer la coordination entre les différents dispositifs du Comede a conduit à l'ingrator du Comede Loire au sein du cadre institutionnel et du fonctionnement global du Comede. Cette évolution, couplée avec la dissolution de l'association Comede Loire, a été décidée par une Assemblée générale extraordinaire début 2019.

### CONSULTATIONS ET PATIENTS

En 2018, l'équipe du Comede dans la Loire a effectué **165 consultations** de santé mentale pour **50 patients**, (dont 29 mineurs, 14 femmes et 8 demandeurs d'asile), soit en moyenne 3,3 consultations par personne sur la période. Neuf consultations ont été conduites en langue étrangère (en anglais, bengali et arabe), dont 6 à l'aide d'un interprète professionnel. Les orientations vers le Comede ont été effectuées principalement par des associations (total 76%, Cimade 13%), et des services publics (total

(15%, Aide sociale à l'enfance 9%). Au terme des consultations, une orientation a été relevée dans 8% des cas, principalement vers un médecin généraliste et/ou une association.

Majoritairement des hommes (femmes 28%), les patients accompagnés sont jeunes (âge moyen 21 ans), et déclarent 21 nationalités, principalement d'Afrique de l'Ouest (total 42%, Guinée Conakry 18%, Côte d'Ivoire 8%), d'Europe de l'Est (16%, Albanie 10%), d'Afrique centrale (16%), d'Afghanistan (8%) et de Syrie (3% voir tableau ci-dessous).

### Personnes accompagnées par le Comede dans la Loire

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

Région d'origine	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique centrale	8	16%	6	2		4	3	1		4	3	1	
Afrique de l'Est	1	2%								1		1	
Afrique du Nord	2	4%	1	1		2	1	1					
Afr. de l'Ouest	21	42%	15	6		17	14	3		4	1	3	
Asie centrale	4	8%	1	3		4	1	3					
Asie du Sud	2	4%	2			2	2						
Europe de l'Est	8	16%	4	4		5	2	3		3	2	1	
Europe de l'Ou.	1	2%		1						1		1	
Moyen-Orient	3	6%		3		2		2		1		1	
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>29</b>	<b>21</b>		<b>36</b>	<b>23</b>	<b>13</b>		<b>14</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	

S'agissant des Mineurs non accompagnés (MNA), la plupart ont rencontré des difficultés familiales à l'origine de la décision de fuir en compagnie ou sous l'influence d'un grand frère, ami ou cousin ayant fait ce choix pour les mêmes raisons. Famille dissociée ou recomposée dans lesquelles ils déclarent n'avoir plus leur place ou d'y être négligé, perte d'une suppléance protectrice d'un grand parent après le décès d'un père ou d'une mère ou des deux, conflit avec l'autorité d'un oncle, d'une belle mère préférant ses propres enfants, d'un parent remarié encombré de sa précédente progéniture ou des adultes de la communauté familiale dans l'incapacité de faire autorité dans des contextes de précarité sociale surajoutée...sont les motifs retrouvés pour l'un ou l'autre des adolescents de manière itérative.

Quasi tous ont subi vol et violences physiques et morales (chantage et pression spoliatrice sur leur famille, séquestration, humiliations) et autres traumatismes tels que la disparition et la mort devant soi du compagnon d'infortune, notamment en Lybie. La culpabilité d'avoir survécu alors que le compagnon a disparu hante certains ou se manifeste par après coup de manière inopinée pendant les apprentissages ou l'occasion d'un petit accident voire un conflit bénin, démontrant une mémoire occupée qui ne se libère qu'à demi-mots, dans l'ambivalence de la faire connaître autant que de la taire comme si le temps n'était pas venu de s'en délivrer, deuil inaccompli en suspend sur l'avenir.

### RESEAU, INFORMATION ET PLAIDOYER

Les consultations sont complétées par des accompagnements physiques vers les médecins généralistes, hôpitaux, Pass, CMP, planning familial et l'ensemble des dispositifs sanitaires et sociaux. Les membres du Comede Loire effectuent un travail de lien avec les différents intervenants, et d'identification d'un réseau de professionnels et de dispositifs de droit commun confrontés à l'accueil des exilés. L'équipe du Comede Loire assure également des activités d'information (3 séances

#### Médiation Cinéma pour MNA partenariat Comede - Université Lyon 2

Encadrés une stagiaire psychologue - à l'origine du projet de recherche à l'Université Lyon 2 - et un étudiant en master Cinéma, et soutenus par l'équipe du Comede Loire, les « ateliers cinéma » (12 séances en 2018) ont pour objectifs :

- de favoriser la rencontre et le partage d'expérience de vie entre de jeunes étrangers séjournant en France, par la médiation de petits projets cinématographiques ;
- de permettre l'échange au sein du groupe, la mise en récit et la figurabilité de leurs éprouvés de la vie, voire de leur vie en pays d'accueil ;
- d'inscrire leurs émotions de manière distanciée grâce à la transposition artistique (déplacement métaphorique et mise en scène cinématographique) et ainsi relancer, en partage, leur capacité à rêver et à imaginer.

d'échange et de soutien pour les hébergeurs de la Maison solidaire en 2018) et de recherche sur la santé des exilés, notamment pour les Mineurs non accompagnés (voir encadré ci-dessus). Le Comede Loire est membre du collectif *pour que personne ne dorme à la rue*, qui a notamment organisé en avril 2018 les Etats généraux des migrations en lien avec l'organisation nationale ; et du collectif HelpMIE, qui propose aux MNA différentes aides en matière d'accompagnement, actions culturelles, soirées conviviales, liens avec l'éducation nationale et les centres d'apprentissage. Fin 2018, le soutien de la DDCS de la Loire a permis la consolidation des activités ainsi que l'ouverture d'une réflexion sur la mise en place d'un atelier danse, à l'instar de l'expérience déjà menée au 104 à Paris (voir page 39) ■

#### Contribution de l'activité dans la Loire à l'activité globale du Comede en 2018

2% des personnes accueillies, 1% des personnes accompagnées et 1% des consultations

#### L'EQUIPE DU COMEDE DANS LA LOIRE en mai 2019

Christine Calandra (*Psychologue*), Josiane Feudo (*Infirmière psychiatrique*), Dalila Haddadi-Collet (*Infirmière scolaire*), Christine Racodon (*Psychiatre*), François Ribeyron (*Infirmier psychiatrique*), Marie-Christine Rico (*Infirmière libérale*), François Roussel (*Psychiatre*), et Pascal Zimmermann (*Cadre infirmier*),



## Le Comede à Marseille et en région Paca

En partenariat avec l'association Espace (voir encadré ci-contre), le Comede développe en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur des activités en faveur des exilés et des acteurs professionnels et associatifs de la région. Hébergée entre 2012 et 2017 par Espace, l'équipe du Comede a intégré en mai 2018 ses nouveaux locaux dans le 1<sup>er</sup> arrondissement de Marseille. Outre la poursuite des activités de Centre-ressources, le soutien de l'ARS a permis au Comede de développer ses consultations pluridisciplinaires pour les personnes vulnérables, et de mettre en place des permanences téléphoniques régionales dédiées aux professionnels et associations. En mai 2019, l'équipe du Comede Paca (voir encadré page 56) est composée de 4 salarié.e.s et 2 bénévoles pour 2,8 ETP.

En 2018, le Comede a effectué **1 169 consultations téléphoniques et en présentiel** (+59%) pour une file active de **694 personnes** résidant en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (voir tableau ci-dessous). Les intervenant.e.s du Comede ont également effectué **52 demi-journées de formation** sur la santé et le droit à la santé des migrants/étrangers dans la région, ainsi que des interventions à proximité en Occitanie (voir Centre de formation page 23).

L'association **Espace** (Espace de Soutien aux Professionnels de l'Accueil et du Conseil aux Etrangers, 13003) est un Centre de ressources pour les acteurs de l'intégration en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Espace met notamment à disposition une information sur les organismes et les permanences d'accueil et d'accès aux droits des étrangers de la région ; une permanence téléphonique dédiée aux professionnels (tél. 04 95 04 30 98), des formations et un site de jurisprudence en droit des étrangers ([www.dequeldroit.fr](http://www.dequeldroit.fr)).

L'association **Osiris** (13004) a pour but le soin aux personnes victimes de traumatismes induits par l'homme, et la recherche, l'information et la formation sur la prise en charge des traumatismes intentionnels. Elle gère un centre de soin, d'orientation psychanalytique destiné à soulager la souffrance post-traumatique.

### PERMANENCES TELEPHONIQUES ET CONSULTATIONS

En 2018, les permanences téléphoniques du Comede (PT, voir aussi Centre-ressources) ont traité **849 appels** et courriels (30%) émanant de la région Paca, principalement depuis la permanence régionale (82% des appels, et 18% permanence nationale). Plus d'un tiers des appels et courriels sont traités en dehors des heures de la permanence téléphonique (36%), et 33% concernent des suites d'appel antérieur pour les mêmes bénéficiaires. Les appels proviennent majoritairement des Bouches-du-

### Permanences téléphoniques et consultations pour les personnes résidant en région Paca

Permanences téléphoniques	n	%	18/17	File active	Département					
					04	05	06	13	83	84
Total PT	849	73%	+44%	571	2%	2%	3%	85%	6%	3%
PT régionale	697	60%	nouv.	453	2%	2%	2%	86%	5%	3%
socio-juridique	577	49%	nouv.	336	1%	2%	2%	87%	5%	2%
médicale	120	10%	nouv.	117	5%	3%	5%	80%	3%	4%
PT nationale	152	13%	-73%	118	3%	2%	4%	78%	9%	5%
Consultations					Langue étrangère					
					total	ALB	ANG	ARA	ARM	ITA
Total consultat.	320	27%	+114%	123	31%	2%	23%	3%	1%	2%
socio-juridiques	206	18%	+38%	92	30%	2%	25%	<1%	-	2%
médicales	81	7%	nouv.	73	33%	1%	17%	18%	1%	1%
psychologiques	25	2%	nouv.	10	28%	-	28%	-	-	-
<b>Total</b>	<b>1 169</b>	<b>100%</b>	<b>+59%</b>	<b>696</b>						

Rhône (85%), puis du Var (6%), des Alpes-Maritimes (3%) et du Vaucluse (3%). Les professionnel.le.s du Comede ont également assuré **320 consultations** en présentiel (socio-juridiques 64%, médicales 25%, psychologiques 8%), dont 31% en langue étrangère, principalement en anglais, arabe, albanais, italien et arménien.

Les **orientations** vers le Comede sont effectuées en grande majorité par des professionnels (voir tableau ci-contre). Les appelants des permanences téléphoniques se répartissent entre associations (total 36%, Points d'appui 7%), services de santé (29%, hôpital 25%), services publics (16%, CHRS 7%), et avocats (9%), alors que 10% des appelants sont des particuliers, notamment via les permanences nationales. Au terme de l'appel, une orientation est proposée dans 23% des cas, principalement vers une association (14%) ou un service de santé (12%). Les personnes accueillies en consultation ont été orientées dans plus de la moitié des cas par des associations (total 56%, Points d'appui 18%, Cimade 16%, MDM 9%), puis par des services de santé (14%, hôpital 6%, médecins de ville 6%), des particuliers (9%), des services publics (8%), avocats (6%) et collectifs (6%).

Les **demandes** portent principalement sur le droit au séjour pour raison médicale (52% des appels des PT et 64% des consultations, pour des parents d'enfant malade dans 12% des cas), des questions d'accès aux soins et à la protection maladie (13% PT), et d'autres informations en matière de prévention et d'accompagnement (24% PT et 8% consultations). La plupart des sollicitations ont nécessité une évaluation/expertise médicale préalable de l'état de santé de la personne et de son besoin de soins, à l'aide du médecin traitant à chaque fois que possible. Pour les étrangers malades, le suivi des dossiers (rédaction des courriers, contacts avec les préfetures, les médecins, l'avocat, etc.) implique un investissement important sur le plan socio-juridique et médical, incluant des accompagnements physiques pour les démarches à la préfecture, permettant de

## Orientation vers et depuis le Comede

849 appels et 123 personnes accueillies

2018	PT	orient.	Accueil
<b>effectifs</b>	<b>849</b>	<b>197</b>	<b>123</b>
<b>Associations</b>	<b>36%</b>	<b>14%</b>	<b>56%</b>
Aides	4%	1%	-
Cimade	3%	1%	16%
Comede	-	9%	3%
Médecins du Monde	1%	-	9%
Points d'appui	7%	1%	18%
Avocats	9%	4%	6%
Collectifs	1%	-	6%
Particuliers	10%	-	9%
Ami, proche	1%	-	6%
Famille	3%	-	1%
Personne concernée	6%	-	-
<b>Services publics</b>	<b>16%</b>	<b>2%</b>	<b>8%</b>
AS ville/secteur	5%	<1%	-
Cada	2%	-	5%
CHRS	7%	<1%	2%
<b>Services de santé</b>	<b>29%</b>	<b>12%</b>	<b>14%</b>
Hôpital	25%	5%	6%
dont PASS	6%	2%	5%
Médecin ville	1%	7%	6%

## Type des demandes

2017	PT	Cons.
<b>Effectifs</b>	<b>849</b>	<b>320</b>
<b>Droit au séjour &amp; protection</b>	<b>63%</b>	<b>89%</b>
Pour raison médicale	52%	46%
dont Protection contre éloign.	nc	18%
Parent d'enfant malade	nc	12%
Autre motif	12%	14%
Accès aux soins et prot. malad.	13%	2%
Autre information et soutien	24%	9%
Demande d'asile	9%	<1%
Social autre	13%	8%
Médico-psychologique	2%	1%

débloquer des situations ou d'engager par la suite des recours contentieux contre les refus d'enregistrement des demandes. L'année 2018 a vu le déploiement des consultations pluridisciplinaires dans les nouveaux locaux du Comede, avec notamment le développement des consultations médicales et le démarrage des consultations psychologiques. Cette évolution permettra d'intégrer davantage d'**actions de prévention** en santé au sein de l'activité du Comede Paca, de manière complémentaire aux activités d'accès aux droits et aux soins, notamment par le recours accru à l'interprétariat professionnel en partenariat avec l'association Osiris (voir encadré supra).

## Personnes accompagnées en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PT et consultations)

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

Région d'origine	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	23	3%	1	18	4	13	1	11	1	10		7	3
Afrique centrale	30	4%	3	25	2	18	1	16	1	12	2	9	1
Afrique de l'Est	8	1%	1	7		7	1	6		1		1	
Afrique du Nord	284	41%	21	222	41	152	14	119	19	132	7	103	22
Afr. de l'Ouest	156	22%	11	139	6	104	8	95	1	52	3	44	5
Amér. du Nord	1	<1%		1		1		1					
Amér. du Sud	7	1%		7		6		6		1		1	
Asie centrale	8	1%		8		5		5		3		3	
Asie de l'Est	7	1%		7		3		3		4		4	
Asie du Sud	6	1%		6		5		5		1		1	
Caraïbes	3	<1%		3		1		1		2		2	
Europe de l'Est	103	15%	8	89	6	52	7	43	2	51	1	46	4
Europe de l'Ou.	50	7%	3	37	10	23		17	6	27	3	20	4
Moyen-Orient	8	1%		6	2	4		2	2	4		4	
<b>Total</b>	<b>694</b>	<b>100%</b>	<b>48</b>	<b>575</b>	<b>71</b>	<b>394</b>	<b>32</b>	<b>330</b>	<b>32</b>	<b>300</b>	<b>16</b>	<b>245</b>	<b>39</b>

### CARACTERISTIQUES DES PERSONNES SOUTENUES

Les 1 169 entretiens téléphoniques et consultations ont concerné **694 personnes** en 2018, dont 300 femmes (43%), 119 demandeurs d'asile (17%), 71 migrants âgés ≥60 ans (10%) et 48 enfants mineurs (7%, voir tableau ci-dessus). Ces exilé.e.s sont originaires de 71 pays (détail des nationalités page 65), principalement d'Afrique du Nord (total 41%, Algérie 29%, Tunisie 7%), d'Afrique de l'Ouest (13%, Guinée 8%, Nigeria 5%), d'Europe de l'Est (15%, Albanie 5%), et d'Europe de l'Ouest (7%). Les migrants originaires d'Afrique de l'Ouest sont sur-représentés parmi les personnes accueillies en

consultation (38%, voir tableau page suivante).

Ces personnes sont jeunes (âge médian 35 ans, moyen 37 ans, voir tableau ci-dessus) et récemment arrivées en France, en moyenne depuis 4 ans et médiane 2 ans lors des appels et consultations en 2018. Près de la moitié se déclaraient atteintes d'une maladie grave et/ou chronique, 37% avaient déjà effectué une demande de titre de séjour pour raison médicale et 33% avaient fait une demande d'asile. Les personnes suivies en consultation sont plus souvent atteintes de maladie grave (72%), et les exilés d'Afrique de l'Ouest majoritairement demandeurs d'asile (71% parmi les bénéficiaires des PT).

## Personnes accompagnées en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PT et consultations)

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra Moy	Malad. grave	ATCD asile	ATCD dasem
Total	694	100%	43%	35 ans	37 ans	2 ans	4 ans	42%	33%	37%

### Activité

PT	571	82%	43%	35 ans	36 ans	2 ans	4 ans	41%	33%	37%
Consultat.	123	18%	43%	36 ans	40 ans	1,5 an	4 ans	72%	nc	nc

### PT, Groupes vulnérables et régions d'origine

Femmes	247	36%	100%	35 ans	38 ans	2 ans	3 ans	37%	30%	38%
Af. du Nord	235	34%	43%	35 ans	38 ans	2 ans	4 ans	41%	7%	48%
Af. de l'Ou.	109	16%	38%	30 ans	30 ans	1 an	2 ans	46%	71%	28%

## Personnes accueillies dans les consultations en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur

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

Région d'origine	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	3	2%			3	1			1	2			2
Afrique centrale	3	2%		3		2		2		1		1	
Afrique du Nord	49	40%	4	33	12	19	2	13	4	30	2	20	8
Afr. de l'Ouest	47	38%	3	42	2	36	3	32	1	11		10	1
Asie centrale	1	1%		1						1		1	
Europe de l'Est	18	15%	1	16	1	10	1	8	1	8		8	
Europe de l'Ou.	1	1%		1		1		1					
Moyen-Orient	1	1%			1	1			1				
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>96</b>	<b>19</b>	<b>70</b>	<b>6</b>	<b>56</b>	<b>8</b>	<b>53</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>11</b>

### Maladies graves déclarées parmi par les bénéficiaires des PT

2018	n	%
<b>Maladies chroniques</b>	<b>125</b>	<b>51%</b>
Cancer	30	12%
Diabète	13	5%
Maladies cardio-vasculair.	21	9%
Neurologie	13	5%
<b>Maladies infectieuses</b>	<b>80</b>	<b>33%</b>
Infection par le VHB	19	8%
Infection par le VIH	44	18%
<b>Troubles psychiques</b>	<b>40</b>	<b>16%</b>
Total	245	100%

### Maladies graves observées parmi par les personnes accueillies

2018	n	%
<b>Maladies chroniques</b>	<b>86</b>	<b>63%</b>
Diabète	10	7%
Handicap	17	13%
Maladies cardio-vasculair.	20	15%
<b>Maladies infectieuses</b>	<b>24</b>	<b>18%</b>
Infection par le VHB	11	8%
<b>Troubles psychiques</b>	<b>26</b>	<b>19%</b>
Total	136	100%

Les maladies graves les plus souvent déclarées chez les appelants ou constatées chez les consultants sont les troubles psychiques (19% consultations et 16% PT, voir tableaux ci-dessus), l'infection par le VIH (18% PT), les maladies cardiovasculaires (15% cs et 9% PT), les handicaps (13% cs), les cancers (12% PT), et l'infection par le VHB (8%).

### FORMATION, RESEAU ET PARTENARIATS

En 2018, les intervenant.e.s du Comede ont effectué **52 demi-journées de formation** professionnelle et ateliers de mutualisation en région Paca, pour une moyenne de 11 stagiaires par demi-journée. Une partie de ces formations ont été dispensées dans le cadre du partenariat avec Espace (14 demi-journées), l'AP-HM (13), et la FAS Paca (10). Quatre demi-journées ont également été consacrées à des ateliers de mutualisation d'expériences et d'échanges de pratiques avec les professionnels sociaux et médicaux des PASS des Bouches-du-Rhône (hors AP-HM) et du Vaucluse.

Les membres du Comede sont également intervenus dans le cadre de l'Université Aix-Marseille, d'un séminaire de l'EHESS ou encore d'une journée organisée par Aides, ainsi qu'en proche région Occitanie pour des formations en partenariat avec le Cicade (Voir Centre-ressources page 23). Ils contribuent par ailleurs aux travaux de plusieurs groupes de mutualisation d'expériences, d'expertise et de plaidoyer à Marseille sur l'accès aux droits, aux soins et à l'interprétariat, notamment dans le cadre de l'Observatoire Asile, mais également au niveau national au sein de l'ODSE et du Collectif pour le droit à une domiciliation (collectifs associatifs page 14). Enfin, l'équipe du Comede Paca participe activement aux publications du Comede et aux notes pratiques (voir Publications page 27).

Outre le partenariat avec Espace, qui anime le réseau des points d'appui et d'accès aux droits, les activités d'information et de formation ont permis au Comede de développer son inscription en réseau au sein de la région. Le Comede a ainsi développé des liens avec les acteurs hospitaliers par le suivi en commun de patients dans leurs démarches d'ouverture de droits à une protection maladie et d'admission au séjour pour raison médicale, en particulier avec les Pass de l'AP-HM et d'Edouard Toulouse, les services de santé mentale (CMP), les médecins de ville, ou encore les professionnels d'établissements privés de santé, souvent peu dotés en travailleurs

sociaux. Une collaboration régulière s'est également mise en place avec les professionnels des structures de prise en charge, d'accueil et d'hébergement des étrangers (ACT, Cada/Caes, CHRS, Caarud/Csapa de l'association Bus 31/32, Centre Osiris, LHSS, Réseau Santé Marseille Sud, Osiris, Plateforme Asile, etc.). Enfin, le Comede a mis son expertise à disposition des équipes associatives (Forum réfugiés, La Cimade, LDH, Aides, etc.) et institutionnelles (Unité médicale de l'AP-HM) intervenant pour l'exercice des droits et la continuité des soins des personnes privées de liberté (rétention, zone d'attente, prison) ou récemment libérées.

### Formation professionnelle en 2018

52 demi-journées effectuées et 19 formations dans 4 villes pour 488 stagiaires/demi-journée  
En moyenne 11 stagiaires par demi-journée. Nombre d'intervenants 6 au total.

Ville	Cadre	Intitulé/Contenu	Intervenants X demi-journée	Dem- jour. 52	Stagi. X DJ 584
AIX-EN-PROV. 13	CH Aix-en-Provence	Droit à la santé des citoyens UE et non UE	Demagny B.	6	12
AVIGNON 84	Atelier PASS 84	Accès aux droits des citoyens non UE	Demagny B.	2	7
AVIGNON 84	CH Avignon	Droit à la santé des citoyens UE	Demagny B.	2	9
AVIGNON 84	CH Avignon	Droit à la santé des citoyens non UE	Demagny B.	2	9
MARSEILLE 13	APHM	Droit à la santé des citoyens non UE	Demagny B.	8	12
MARSEILLE 13	APHM	Droit à la santé des citoyens UE	Demagny B.	2	14
MARSEILLE 13	Atelier ACT HAS	Santé et accès aux droits des étrangers	Demagny B., Dezelee S., Perl M.	1	10
MARSEILLE 13	Atelier PASS 13	Accès aux soins des étrangers	Demagny B., Destouches A.	2	9
MARSEILLE 13	Atelier PASS AP-HM	Accès aux droits des étrangers	Demagny B., Vallois E.	1	15
MARSEILLE 13	Atelier PASS AP-HM	Certification médicale et procédure Dublin	Dezelee S., Perl M.	1	9
MARSEILLE 13	Atelier PASS AP-HM	Protection maladie des demandeurs d'asile	Demagny B., Vallois E.	1	16
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Accès aux droits sociaux citoyens non UE	Demagny B., Destouches A.	2	9
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Accès aux droits sociaux citoyens UE	Demagny B.	2	13
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Droits des demandeurs d'asile et réfugiés	Vallois E., Guévremont S.	4	16
MARSEILLE 13	FAS Paca	Accès aux droits sociaux des étrangers	Demagny B.	4	7
MARSEILLE 13	FAS Paca ARS	Accès aux droits des étrangers	Demagny B.	6	12
TOULON 83	Espace/Comede	Accès aux droits sociaux citoyens non UE	Demagny B.	2	10
TOULON 83	Espace/Comede	Accès aux droits sociaux citoyens UE	Demagny B.	2	12
TOULON 83	Espace/Comede	Le droit d'asile en France	Vallois E.	2	9

### Enseignement et interventions publiques en 2018

- Aix-en-Provence, Université, *Santé des migrants et acteurs en région Paca*, Demagny B.
- Marseille, EHESS, séminaire *Frontières, temporalités, migrations*, Santé des exilés, Perl M.
- Avignon, Journée Aides Paca, *Santé des migrants et accès aux droits*, Demagny B.

### Groupes experts et collectifs en 2018

- DGCS, Domiciliation, national, Demagny B., Maraval B.
- ODSE, Observatoire du droit à la santé des étrangers, national, Maille D., Demagny B., Fessard C.
- Observatoire Asile, Marseille, Vallois E.

## GESTION ET PERSPECTIVES

En 2018, l'activité du Comede Paca a été soutenue par l'Agence régionale de santé (ARS Provence-Alpes-Côte-d'Azur), ainsi que par des financeurs nationaux (principalement Direction générale de la santé, Direction de l'accueil des étrangers et de la nationalité et Fonds européen asile et migrations, voir page 13). Le développement des actions de prévention et de promotion de la santé, de l'accès aux soins et aux droits des migrants/étrangers doit être poursuivi, notamment dans les autres départements que les Bouches-du-Rhône et/ou auprès de publics particulièrement vulnérables : femmes en situation de rupture familiale, demandeurs d'asile, migrant.e.s âgé.e.s, mineurs isolés, travailleurs et retraités agricoles, personnes sans domicile stable ou encore citoyens de l'Union européenne en situation précaire.

L'association doit également développer 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. C'est notamment le sens de la publication, en décembre 2018, du numéro 59 de *Maux d'exil* consacré à la *Santé des exilés en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur* ■

**Contribution de l'activité en région Paca à l'activité globale du Comede en 2018**

34% des formations, 17% des permanences téléphoniques, 10% des personnes soutenues, 2% des consultations

**L'EQUIPE DU COMEDE EN PACA en mai 2019**

Cécile Chaussignand (*Accueillante bénévole*), Aurélie Destouches (*Assistante sociale consultante*), Benjamin Demagny (*Coordinateur Comede Paca, Juriste*), Samuel Dezelee (*Médecin référent*), Dorothée Naudet (*Médecin bénévole*), et Magali Perl (*Psychologue référente*).





## Le Comede à Cayenne et en Guyane

Le Comede développe depuis 2005 en Guyane des activités de formation destinées à améliorer l'accès aux droits et aux soins des personnes migrantes en situation de vulnérabilité, principalement à travers le renforcement de l'expertise, l'évolution des pratiques et des projets des acteurs locaux. Depuis 2017, en partenariat avec l'Agence régionale de santé et Sidaction, le Comede a renforcé son dispositif local afin d'accompagner de manière plus pérenne les acteurs qui interviennent dans l'offre de prévention et de soin, tant au sein des réseaux issus de la société civile, que des institutions publiques.

Le recrutement d'une Chargée des actions du Comede a permis de mettre en place une permanence téléphonique régionale destinée aux professionnels et associations, et de renforcer les actions d'observatoire, information et formation sur la santé des exilés. En mai 2019, l'équipe du Comede en Guyane est composée de 1 salariée et 3 bénévoles, et renforcée des membres du Centre-ressources pour les sessions de formation.

### PERMANENCE TELEPHONIQUE REGIONALE, ACTIVITE ET BENEFICIAIRES

Ouverte en février 2018, la permanence téléphonique du Comede a traité **246 appels** et courriels (26%) sur l'ensemble de l'année, pour une file active de **190 personnes** résidant en Guyane. Près de la moitié des appels et courriels sont traités en dehors des heures de la permanence téléphonique (44%), et 22% concernent des suites d'appel antérieur pour les même bénéficiaires.

Les appels émanent de 18 communes (sur 22), principalement Cayenne (35%), Saint-Laurent-du-Maroni (20%), Kourou (15%), Matoury (8%) Rémire-Montjoly, (7%) et Saint-Georges-de-l'Oyapock (4%). Les appelants (voir tableau ci-contre) sont pour près de la moitié des

associations (total 46%, Médecins du Monde 10%), puis des services de santé (37%, hôpital 27%, appartements de coordination thérapeutique 7%), et services publics (assistantes sociales 5%). La plupart des appels conduisent à des orientations, vers les services publics (48% du total des appels), les préfectures (28%), la sécurité sociale (8%), les associations (16%), les services de santé (10%, hôpital 8%) et les avocats (9%).

Les demandes portent principalement sur le droit au séjour pour raison médicale (34%), et sur des motifs non médicaux (25%), un accompagnement social (24%), ou encore en matière d'accès aux soins et à la protection maladie (14%).

### Orientations vers et depuis la permanence téléphonique

246 appels et 215 orientations

2018	Entrée	sortie
Associations de soutien	46%	16%
ADER	3%	<1%
Aides	2%	-
Arbre fromager	3%	-
Cimade	<1%	3%
Comede PT nat.	<1%	4%
Médecins du Monde	10%	-
Points d'appui	1%	3%
Avocats et CNDA	2%	9%
Collectifs	2%	-
Ecoles	1%	-
Particuliers	5%	-
Ami, proche	2%	-
Famille	1%	-
Services publics	7%	48%
AS Ville	5%	<1%
CRA	1%	2%
Mairie CCAS	1%	3%
Ofii	<1%	7%
Préfecture	<1%	28%
Sécurité sociale	<1%	8%
Services de santé	37%	10%
ACT	7%	-
Centre de santé	1%	1%
Hôpital	23%	8%
dont PASS	1%	<1%
Maison des ado.	1%	-
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## Personnes soutenues par la permanence téléphonique en Guyane

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

Région d'origine	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique du Nord	1	1%		1						1		1	
Afr. de l'Ouest	4	2%		4		4		4					
Amér. du Nord	2	1%			2					2			2
Amér. du Sud	67	35%	5	56	4	33		33		31	2	25	4
Asie de l'Est	1	1%			1	1			1				
Caraïbes	104	55%	9	87	8	43	7	31	5	64	5	56	3
Europe de l'Ou.	10	5%	4	5	1	3		2	1	7	4	3	
Moyen-Orient	1	1%		1		1		1					
<b>Total</b>	<b>190</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>156</b>	<b>16</b>	<b>85</b>	<b>7</b>	<b>71</b>	<b>7</b>	<b>105</b>	<b>11</b>	<b>85</b>	<b>9</b>

Ces appels concernaient 190 personnes en 2018, dont 105 femmes (55%, voir tableau ci-dessus), 18 enfants mineurs (9%), 16 migrants âgés ≥60 ans (8%) et 10 demandeurs d'asile (5%). Les bénéficiaires sont originaires de 20 pays, principalement des Caraïbes (total 55%, Haïti 49%, Rép. Dominicaine 4%) et d'Amérique du Sud (total 35%, Brésil 14%, Surinam 8%, Guyana 7%, Pérou 3%). Ces exilé.e.s sont relativement jeunes (âge médian 36 ans, moyen 38 ans (voir tableau ci-dessus), et arrivé.e.s en France en moyenne depuis 8 ans (médiane 2 ans). Plus d'un tiers de ces personnes (41%) étaient déclarées atteintes d'une maladie grave et/ou chronique, 34% avaient fait une demande d'asile et 34% une demande de titre de séjour pour raison médicale. Les personnes originaires des Caraïbes sont plus souvent des femmes, et davantage concernées par la demande d'asile.

### Maladies graves déclarées parmi par les bénéficiaires des PT

2018	n	%
<b>Maladies chroniques NT</b>	<b>25</b>	<b>31%</b>
Diabète	6	7%
Handicap	8	10%
<b>Maladies infectieuses</b>	<b>53</b>	<b>65%</b>
Infection par le VHB	6	7%
Infection par le VIH	46	57%
<b>Troubles psychiques</b>	<b>3</b>	<b>4%</b>
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Les maladies graves les plus fréquemment déclarées sont les maladies infectieuses (total 65%, infection par le VIH 57%, infection par le VHB 7%) et les maladies non transmissibles (27%, handicap 10%, diabète 7%). Les troubles psychiques graves (5%) sont probablement sous-représentés dans les modalités actuelles de recours au Comede.

## Personnes soutenues par la permanence téléphonique en Guyane

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD asile	ATCD dasem
<b>Total</b>	<b>190</b>	<b>100%</b>	<b>55%</b>	<b>36 ans</b>	<b>38 ans</b>	<b>2 ans</b>	<b>7 ans</b>	<b>41%</b>	<b>34%</b>	<b>34%</b>

### Groupes vulnérables

Femmes	105	55%	100%	35 ans	37 ans	2 ans	5 ans	39%	33%	33%
Malades	77	41%	59%	40 ans	40 ans	2 ans	7 ans	100%	30%	47%

### Région d'origine

Caraïbes	104	55%	58%	35 ans	36 ans	2 ans	6 ans	44%	45%	37%
Amér. Sud	67	35%	46%	37 ans	41 ans	1 an	7 ans	46%	5%	38%

## Formation professionnelle en 2018

12 demi-journées effectuées et 3 formations dans 2 villes pour 112 stagiaires/demi-journée  
En moyenne 9 stagiaires par demi-journée. Nombre d'intervenants 3 au total.

Ville	Cadre	Intitulé/Contenu	Intervenants X demi-journée	Demi- journ.	Stagi. x DJ
2	3		2	12	112
CAYENNE	CGSS	Protection maladie des étrangers	Maille D., Gras F.	4	9
KOUROU	ADER & Aides	Accès aux droits et aux soins	Gras F.	4	8
KOUROU	C.H. de Kourou	Protection maladie des étrangers	Maille D, Gras F, Pavie J.	4	11

## Enseignement en 2018

- Cayenne, CHAR, Internes en médecine générale, *Accès aux droits et aux soins*, Gras F.
- Cayenne, CHAR, Internes UMIT, *Accès aux droits et aux soins*, Gras F.

## Interventions publiques en 2018

- Cayenne, ARS Comité de veille, *Historique et perspectives*, Gras F., Maille D.
- Cayenne, CHAR, PASS, *Accès aux droits des populations vulnérables*, Gras F.
- Cayenne, Corevih, projet Kairos, restitution du groupe *Accès aux droits après la détention*, Gras F.
- Cayenne, Entr'Aides Guyane, atelier thématique *Droit au séjour des PVVIH*, Gras F.
- Cayenne, MDM, Journée du bénévolat, présentation et perspectives autour du film *Un Paese di Calabria*, Gras F.
- Kourou, Comede, *Etrangers malades et demandeurs d'asile*, Gras F.
- Paris, Sidaction, Journée de mutualisation, *Les PVVIH vieillissantes, situation dans les Antilles*, Gras F.
- Reims, Congrès SFLS, coanimation de la session *Migrants et épidémie VIH en Outre-mer*, Gras F.
- Saint-Laurent-du Maroni, CHOG, *Domiciliation et renouvellement du titre de séjour*, Gras F.
- Saint-Laurent-du Maroni, TA Aides, *diagnostic externe sur les enjeux de santé liés au VIH*, Gras F.

## Groupes experts et collectifs en 2018

- Collectif droits Guyane, Gras F.
- Comité de veille pour l'accès aux soins des populations vulnérables, ARS Guyane, Gras F.
- Corevih Guyane, bureau du collège 4, Gras F.
- MOM, Migrants outre mer, Maille D., Gras F.
- Réseau ville-hôpital Kikiwi, Conseil d'Administration, Gras F.

## FORMATION, RESEAU ET PARTENARIATS

Les activités de formation et d'information ont connu une forte augmentation en 2018. Les intervenant.e.s du Comede ont animé 3 sessions et 12 demi-journées de formation à Cayenne et Kourou pour une moyenne de 9 stagiaires. La Chargée des actions du Comede a également dispensé deux séances d'enseignement pour des internes du CHAR, et a réalisé 10 autres interventions publiques en Guyane et en métropole (Sidaction et SFLS). Le Comede est également investi dans le cadre de 5 groupes d'expertise et de plaidoyer, dont le Corevih Guyane et le Comité de veille pour l'accès aux soins des populations vulnérables, coanimé par l'ARS.

L'année 2018 a vu également l'installation du Comede dans ses nouveaux locaux à Cayenne, occupés en partenariat avec l'Arbre Fromager et l'Association d'aide aux victimes d'infractions pénales (973 Aavip), ainsi que l'information et la collaboration avec l'ensemble des acteurs intervenant sur la santé et l'accès aux droits des migrants. Le Comede sera en 2019 co-responsable pédagogique du Diplôme universitaire de médiation en santé.

### L'EQUIPE DU COMEDE EN GUYANE en mai 2019

Laura Barriquault (*Bénévole*), Lea Bourse (*Bénévole*), Fanny Gras (*Chargée des actions du Comede en Guyane*), et Johanna Pavie (*Bénévole*).



## Comede Populations

Migrants, étrangers et exilés en France, et personnes soutenues par le Comede

En raison du déficit des données démographiques relatives aux personnes en situation de précarité administrative, les populations de migrants, étrangers et exilés 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. Dans le cas du Comede, l'observation démographique est complétée par une veille épidémiologique permettant de déterminer les actions de santé publique et de soutien socio-juridique à mettre en œuvre pour ces populations.

### POPULATION GLOBALE ET PUBLICS VULNERABLES

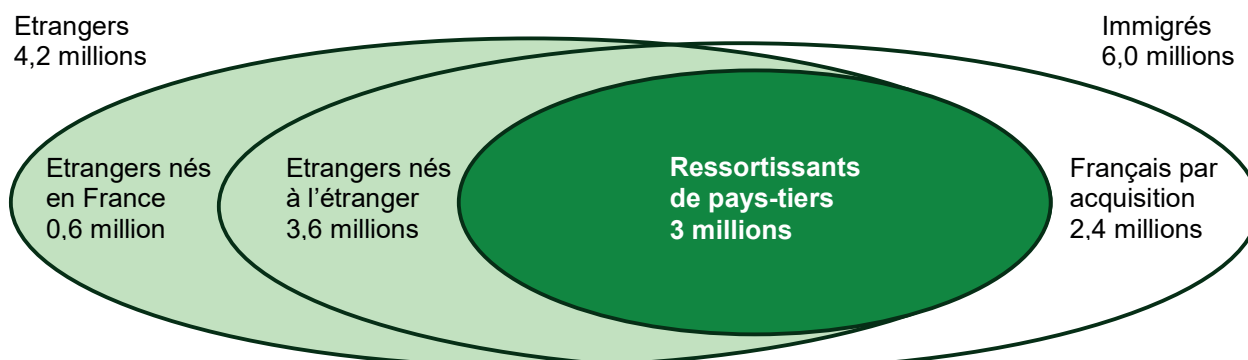
La France compte officiellement 5,9 millions d'immigrés (incluant les Français « par acquisition ») et 4,2 millions d'**étrangers** (Insee recensement 2013) dont 38% ont la nationalité d'un pays d'Europe de l'Ouest (UE 28 et les 4 pays de l'Association européenne de libre-échange). Particulièrement exposés aux facteurs de précarité sociale et administrative, les **ressortissants de pays-tiers** étaient 3 millions fin 2017. En 2012 (voir tableau page suivante), 49% étaient des femmes, 22% des enfants mineurs et 13% des personnes âgées de plus de 60 ans.

### Définitions

- **Demandeur d'asile** : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.
- **Étranger** : personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique. L'expression « **étranger malade** » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.
- **Exilé** : terme évoquant le caractère contraint de la situation de migration, et notamment ses aspects psychologiques.
- **Immigré** : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition du Haut-Conseil à l'Intégration utilisés pour le recensement démographique (Insee). Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.
- **Migrant** : au sens de *migrant international*, 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** ou " protégé subsidiaire " : au sens juridique, personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordé/e par l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la CNDA (Cour nationale du droit d'asile).
- **Ressortissants de pays-tiers** : hors Union européenne, Espace économique européen et Suisse.
- **Sans-papiers** ou **Clandestin** : étranger en séjour irrégulier. Ces termes sont destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») ou légitime (attaches en France du « sans-papiers ») de la présence de la personne.

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

Sources Insee et DGEF – population générale 65,9 millions



## Etrangers en France (milliers)

EFFECTIFS PAR AGE, PAR SEXE ET PAR ORIGINE GEOGRAPHIQUE

	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Total	3 771	100%	699	2 373	699	1 927	357	1 176	394	1 844	342	1 197	305
Eur. de l'Ouest	1 369	36%	178	812	379	695	91	411	194	674	88	400	185
Pays-tiers	2 402	100%	520	1 561	320	1 232	266	765	201	1 170	254	797	120
Afrique australe	53	2%	12	38	3	22	6	15	1	31	6	23	2
Afrique centrale	164	7%	52	108	4	77	26	49	2	87	27	58	2
Afrique de l'Est	4	<1%	1	3	<1	2	<1	2	<1	2	<1	2	<1
Afrique du Nord	1 052	44%	175	647	230	573	90	331	152	479	85	317	78
Afri. de l'Ouest	239	10%	62	162	14	131	32	87	12	108	31	75	3
Améri. du Nord	51	2%	9	35	6	23	5	15	4	28	5	20	3
Améri. du Sud	68	3%	13	52	3	31	6	23	1	37	6	29	2
Asie centrale	3	<1%	1	2	<1	2	1	1	<1	1	<1	1	<1
Asie de l'Est	173	7%	27	132	13	70	14	51	5	102	13	81	8
Asie du Sud	64	3%	17	44	3	34	9	24	1	30	8	20	2
Caraïbes	96	4%	nc	nc	nc	45	nc	nc	nc	51	nc	nc	nc
Europe de l'Est	358	15%	97	229	32	180	51	113	17	178	46	116	15
Moyen-Orient	45	2%	8	32	4	27	4	21	2	18	4	12	2
Océanie	5	<1%	1	4	<1	3	1	2	<1	3	<1	2	<1

Sources : données Insee 2012. Répartition géopolitique : voir Annexes.

Les ressortissants des pays tiers sont principalement originaires d'Afrique du Nord (44% de l'ensemble et 41% des femmes), d'Europe de l'Est (15%, 15%), d'Afrique de l'Ouest (10%, 9%), d'Asie de l'Est (7%, 9%) et d'Afrique centrale (7%, 7%), alors que certaines autres régions sont plus souvent retrouvées parmi les réfugiés (Asie du Sud 14% fin 2015), les demandeurs d'asile (Afrique de l'Est 14%, Moyen-Orient 12% en 2016), ou les migrants dans les départements d'Outre-mer (Caraïbes 67% en Guyane en 2016). Ils résident principalement en régions Ile-de-France (42% en 2012), Rhône-Alpes (10%), Paca (8%), et Outre-Mer (5% sans compter Mayotte). Les bénéficiaires de l'Aide médicale Etat (311 310 en 2016) résident pour plus de la moitié en Ile-de-France (55% en 2013), et 6% en Guyane.

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 qu'ils rencontrent (voir page 75). Ces **groupes vulnérables** se recoupent largement.

- **Les femmes** : 1,2 million de ressortissantes de pays tiers, 44% des réfugié.e.s, 34% des demandeurs d'asile, 38% des migrant.e.s âgé.e.s (47% hors Afrique du Nord). Elles sont principalement originaires d'Afrique du Nord (41%), d'Europe de l'Est (15%), d'Afrique de l'Ouest (9%), d'Asie de l'Est (9%), d'Afrique centrale (7%), et des Caraïbes (4%).

- **Les migrants âgés de plus de 60 ans** : 320 000 ressortissants 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%).

- **Les demandeurs d'asile et les réfugiés** : fin 2017, 252 000 personnes étaient placées sous la protection de l'Ofpra (84% réfugiés et 16% protections subsidiaires), qui enregistrait également 101 000 nouvelles demandes d'asile. Les demandeurs étaient principalement originaires d'Europe de l'Est (29%), d'Afrique de l'Ouest (14%), du Moyen-Orient (9%), d'Afrique centrale (9%), d'Afrique de l'Est (8%), et d'Asie du Sud (7%).

## Populations d'exilés en France et groupes vulnérables

Réfugié.e.s & PS 252 000	Migrant.e.s ≥60 ans RPT* 320 000
Etranger.e.s en séjour précaire ≥ 1 000 000 <i>dont demandeurs d'asile et sans-papiers</i>	
Etrangers privés de liberté 69 000	
Mineurs vuln. ≈ 50 000	Etrangers malades 35 000

\* Ressortissants des pays tiers à l'Union européenne

▪ **Les mineurs particulièrement vulnérables** : le nombre de mineurs isolés protégés par l'ASE était estimé à 25 000 fin 2017 selon un rapport parlementaire, alors que le nombre de mineurs isolés non protégés, incluant les enfants déclarés majeurs, n'est pas connu. En outre, l'Ofpra comptait 19 000 mineurs « accompagnant » leur.s parent.s demandeur.s d'asile en 2017, 300 mineurs « rejoignant » leur.s parent.s réfugié.s, ainsi que 5 000 jeunes filles protégées contre le risque de mutilation sexuelle fin 2016.

▪ **Les « étrangers malades »** : selon le rapport ministériel de novembre 2016 sur les avis médicaux rendus en 2014 dans le cadre du droit au séjour pour raison médicale, 34 685 personnes étaient protégées en fin d'année, dont 10 535 personnes dans le cadre d'une première délivrance de document. Les données sur le traitement des demandes ne sont pas publiées par le ministère de l'Intérieur (voir Accès aux droits page 108).

▪ **L'ensemble des étrangers en séjour précaire** : fin 2016, le ministère de l'Intérieur comptait 471 000 ressortissants de pays-tiers titulaires d'une carte de séjour temporaire et 250 000 « documents provisoires ». La même année, parmi les 227 000 nouveaux « admis au séjour » en métropole, 32 000 l'ont été pour motif « humanitaire » (catégorie incluant les réfugiés et les « étrangers malades »), soit 14%. Le nombre d'étrangers en séjour irrégulier est parfois estimé à 400 000, incluant les bénéficiaires de l'Aide médicale Etat, alors que 69 000 étrangers ont été privés de liberté en 2016 (voir page 68).

## POPULATIONS ET CARACTERISTIQUES DES EXILES SOUTENUS PAR LE COMEDE

En 2018, le Comede a soigné et accompagné 6 837 personnes, dont 3 795 dans le cadre des permanences téléphoniques (PT), 2 383 accueillies au Centre de santé (CDS), 244 à l'Espace santé droit (ESD), 200 à Pantin, 123 à Marseille, 50 à Saint-Etienne et 42 à Paris). Les publics vulnérables sont très largement représentés parmi les patients du Comede et les usagers des permanences téléphoniques, leurs caractéristiques médico-psycho-sociales étant développées dans le chapitre Etat de santé :

→ **2 528 femmes exilées**, dont 1 611 personnes soutenues dans le cadre des permanences téléphoniques (64%), 719 personnes accueillies au Centre de santé (28%), 103 à l'Espace santé droit (4%), 53 à Marseille (2%), 28 à Paris (1%) et 14 à Saint-Etienne (1%).

→ **1 272 demandeurs d'asile**, dont 1 024 soignés au CDS (81%) et 248 soutenus par téléphone (19%).

→ **745 enfants mineurs de 18 ans** : 333 soutenus par téléphone, via leur.s parent.s et/ou l'accompagnant social (45%), 200 à Pantin (27%), 183 au CDS (25%) et 29 à Saint-Etienne (4%).

→ **569 migrants âgés de plus de 60 ans**, dont 468 soutenus par téléphone (82%), 90 au CDS (16%) et 11 à l'ESD (2%).

→ **Etrangers malades et étrangers 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 appelants des PT nationales, 35% avaient déjà effectué une demande de régularisation pour raison médicale et 32% une demande d'asile.

## Bénéficiaires du Comede par dispositif d'accompagnement

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE

2018	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%*	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Perm. Téléph.	3795	56%	333	2994	468	2184	193	1765	226	1611	140	1229	242
Centre de santé	2383	35%	183	2110	90	1664	154	1474	36	719	29	636	54
Esp. santé droit	244	4%	3	224	17	141	2	133	6	103	1	91	11
<b>Total</b>	<b>6422</b>	<b>94%</b>	<b>519</b>	<b>5328</b>	<b>575</b>	<b>3989</b>	<b>349</b>	<b>3372</b>	<b>268</b>	<b>2433</b>	<b>170</b>	<b>1956</b>	<b>307</b>

\* Les % de ces 3 principaux dispositifs de soutien sont rapportés au total général des 6 833 bénéficiaires du Comede en 2018, incluant les exilé.e.s accueilli.e.s au Centre MNA de MSF (200), au Comede Paca (123), par le Comede Loire (50) et à Paris (42).

EFFECTIFS PAR REGION D'ORIGINE ET NATIONALITE

NATIONALITE	TOT	PT	CDS	ESD		TOT	PT	CDS	ESD		TOT	PT	CDS	ESD
nombre PERSONNES	121	113	84	44										
	6422	3795	2383	244										
<b>AFRIQUE AUSTRALE</b>	<b>97</b>	<b>78</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>AMERIQUE CENT. &amp; NORD</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>3</b>		<b>EUROPE DE L'EST</b>	<b>340</b>	<b>263</b>	<b>68</b>	<b>9</b>
AFRIQ. DU SUD	3	2	1		CANADA	3	3			ALBANIE	53	48	5	
COMORES	33	29	3	1	ETATS-UNIS	12	10	2		ARMENIE	37	36	1	
ILE MAURICE	16	15		1	HONDURAS	1	1			AZERBAÏDJAN	4	2	2	
MADAGASCAR	42	29	11	2	MEXIQUE	2	2			BIELORUSSIE	1	1		
MOZAMBIQUE	3	3			NICARAGUA	1		1		BOSNIE	1	1		
										GEORGIE	90	52	32	6
<b>AFRIQUE CENTRALE</b>	<b>1029</b>	<b>501</b>	<b>496</b>	<b>32</b>	<b>AMERIQUE DU SUD</b>	<b>94</b>	<b>86</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	KOSOVO	25	23	2	
ANGOLA	55	18	34	3	ARGENTINE	2	1	1		MACEDOINE	4	4		
BURUNDI	5	4	1		BRESIL	31	30		1	MOLDAVIE	6	5	1	
● CAMEROUN	218	157	52	9	CHILI	4	4			MONTENEGRO	1			1
CENTRAFRIQUE	24	13	10	1	COLOMBIE	13	11	1	1	RUSSIE	47	38	9	
CONGO	124	78	43	3	EQUATEUR	2	2			RUS/TCHETCH.	6	6		
● CONGO RD	520	179	327	14	GUYANA	12	12			SERBIE	15	13	1	1
CRD / ZAIRE	1			1	GUYANA	12	12			SERBIE & MTN.	1		1	
GABON	44	32	12		PEROU	15	12	1	2	TURQUIE	15	9	6	
GUINEE EQUAT.	1	1			SURINAM	7	7			UKRAINE	30	21	8	1
RWANDA	5	3	2		VENEZUELA	6	5	1						
TCHAD	30	15	15							<b>EUROPE DE L'OUEST</b>	<b>134</b>	<b>112</b>	<b>20</b>	<b>2</b>
					<b>ASIE CENTRALE</b>	<b>129</b>	<b>50</b>	<b>79</b>		ALLEMAGNE	5	4		1
<b>AFRIQUE DE L'EST</b>	<b>151</b>	<b>64</b>	<b>84</b>	<b>3</b>	AFGHANISTAN	120	41	79		BELGIQUE	3	3		
DJIBOUTI	5	5			KAZAKHSTAN	2	2			BULGARIE	10	10		
ERYTHREE	26	8	16	2	MONGOLIE	6	6			ESPAGNE	13	12	1	
ETHIOPIE	14	8	6		TADJIKISTAN	1	1			FRANCE	13	12	1	
KENYA	7	4	3							HONGRIE	4	4		
SOMALIE	21	5	16		<b>ASIE DE L'EST</b>	<b>56</b>	<b>39</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	ITALIE	8	8		
SOUDAN	75	33	41	1	BIRMANIE	5	1	4		LETTONIE	1	1		
TANZANIE	2	1	1		CAMBODGE	4	2	1	1	LITUANIE	2	2		
					CHINE	19	12	4	3	PAYS-BAS	1	1		
<b>AFRIQUE DU NORD</b>	<b>1415</b>	<b>1270</b>	<b>85</b>	<b>60</b>	CHINE/TIBET	2	1	1		POLOGNE	7	7		
● ALGERIE	980	887	48	45	COREE DU NO.	3	1	2		PORTUGAL	8	8		
LIBYE	16	11	5		MALAISIE	1		1		REP. TCHEQUE	4	4		
● MAROC	257	237	14	6	PHILIPPINES	10	10			ROUMANIE	53	35	17	1
● TUNISIE	160	133	18	9	THAÏLANDE	1	1			ROYAUME-UNI	1	1		
					VIETNAM	11	11			SUEDE	1		1	
										<b>MOYEN-ORIENT</b>	<b>110</b>	<b>52</b>	<b>55</b>	<b>3</b>
<b>AFRIQUE DE L'OUEST</b>	<b>2181</b>	<b>1053</b>	<b>1030</b>	<b>98</b>	<b>ASIE DU SUD</b>	<b>549</b>	<b>108</b>	<b>419</b>	<b>22</b>	EGYPTE	23	12	8	3
BENIN	52	41	8	3	● BANGLADES.	348	45	294	9	IRAK	43	14	29	
BURKINA FASO	41	31	8	2	BHOUTAN	1			1	IRAN	16	6	10	
CAP VERT	14	11	2	1	INDE	21	14	4	3	LIBAN	9	8	1	
● COTE D'IVOI.	438	225	187	26	NEPAL	2	1	1		PALESTINE	2	1	1	
GAMBIE	21	10	10	1	PAKISTAN	67	35	24	8	SYRIE	12	10	2	
GHANA	19	13	4	2	SRI LANKA	110	13	96	1	YEMEN	2	1	1	
GUINEE BISSAU	14	11	3											
● GUINEE CON.	734	230	490	14	<b>CARAÏBES</b>	<b>112</b>	<b>103</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>APATRIDES &amp; INCONNUS</b>	<b>6</b>		<b>6</b>	
● MALI	378	187	164	27	BAHAMAS	1		1		APATRIDES	1		1	
MAURITANIE	80	39	37	4	CUBA	4	4			INCONNUS	5		5	
NIGER	9	7	2		DOMINIQUE	2	2							
NIGERIA	78	49	24	5	GUATEMALA	2	2							
● SENEGAL	259	173	76	10	HAÏTI	95	87	5	3					
SIERRA LEONE	16	9	7		JAMAÏQUE	1	1							
<sup>2</sup>	25	16	6	3	REP. DOMINIC.	7	7							



## Bénéficiaires du Comede par région de résidence

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE

2018	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Ile-de-France	5087	79%	375	4275	437	3252	261	2786	205	1835	114	1489	232
Paca	694	11%	48	575	71	394	32	330	32	300	16	245	39
Autres régions	641	10%	96	478	67	343	56	256	31	298	40	222	36
<b>Total</b>	<b>6422</b>	<b>100%</b>	<b>519</b>	<b>5328</b>	<b>575</b>	<b>3989</b>	<b>349</b>	<b>3372</b>	<b>268</b>	<b>2433</b>	<b>170</b>	<b>1956</b>	<b>307</b>

Ne sont pas comptées les personnes suivies à Paris et les mineurs suivis au Centre MSF de Pantin

EFFECTIFS PAR REGION D'ORIGINE ET NATIONALITE

NATIONALITE	TOT	IDF	PACA	AUT		TOT	IDF	PACA	AUT		TOT	IDF	PACA	AUT
nombre PERSONNES	121 6422	95 5087	71 694	77 641										
<b>AFRIQUE AUSTRALE</b>	<b>97</b>	<b>69</b>	<b>23</b>	<b>5</b>	<b>AMERIQUE CENT. &amp; NORD</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>EUROPE DE L'EST</b>	<b>340</b>	<b>157</b>	<b>103</b>	<b>80</b>
AFRIQ. DU SUD	3	3			CANADA	3	1	1	1	ALBANIE	53	9	33	21
COMORES	33	21	11	1	ETATS-UNIS	4			4	ARMENIE	37	10	10	17
ILE MAURICE	16	11	3	2	HONDURAS	1	1			AZERBAÏDJAN	4	2	2	
MADAGASCAR	42	33	7	2	MEXIQUE	2	2			BIELORUSSIE	1	1		
MOZAMBIQUE	3	1	2		NICARAGUA	1		1		BOSNIE	1			1
										GEORGIE	88	71	4	13
<b>AFRIQUE CENTRALE</b>	<b>1029</b>	<b>943</b>	<b>30</b>	<b>56</b>	<b>AMERIQUE DU SUD</b>	<b>94</b>	<b>32</b>	<b>7</b>	<b>55</b>	KOSOVO	25		19	6
ANGOLA	55	48	1	6	ARGENTINE	2	2			MACEDOINE	4	1	2	1
BURUNDI	5	3		2	BOLIVIE	1			1	MOLDAVIE	6	6		
① CAMEROUN	218	184	17	17	BRESIL	26		4	22	MONTENEGRO	3		1	2
CENTRAFRIQUE	24	18	2	4	CHILI	4	3		1	RUSSIE	47	23	17	7
CONGO	124	116	3	5	COLOMBIE	13	8	1	4	RUS/TCHETCH.	6	4		2
② CONGO RD	520	504	3	13	GUYANA	12			12	SERBIE	15	6	5	4
CRD / ZAIRE	1	1			PEROU	15	15			TURQUIE	15	12	3	
GABON	44	37	4	3	PARAGUAY	8		1	7	UKRAINE	30	20	5	5
GUINEE EQUAT.	1			1	SURINAM	7			7					
RWANDA	5	4	1		VENEZUELA	6	4	1	1	<b>EUROPE DE L'OUEST</b>	<b>134</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>34</b>
TCHAD	30	26		4						ALLEMAGNE	5	2	2	1
					<b>ASIE CENTRALE</b>	<b>129</b>	<b>116</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	BELGIQUE	3		3	
<b>AFRIQUE DE L'EST</b>	<b>151</b>	<b>131</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	AFGHANISTAN	120	102	4	4	BULGARIE	10	5	4	1
DJIBOUTI	5	1		4	KAZAKHSTAN	2	2			ESPAGNE	13	4	7	2
ERYTHREE	26	20	2	4	MONGOLIE	6	2	3	1	FRANCE	12	1	4	7
ETHIOPIE	14	14			TADJIKISTAN	1		1		HONGRIE	4	1	1	2
KENYA	7	6		1						ITALIE	8		7	1
SOMALIE	21	20		1	<b>ASIE DE L'EST</b>	<b>56</b>	<b>46</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	LETTONIE	1	1		
SOUDAN	75	67	6	2	BIRMANIE	5				LITUANIE	2	1	1	
					CAMBODGE	5	3		1	PAYS-BAS	1			1
<b>AFRIQUE DU NORD</b>	<b>1415</b>	<b>1006</b>	<b>284</b>	<b>125</b>	CHINE	19	18		1	POLOGNE	7	3	3	1
① ALGERIE	980	707	199	74	CHINE/TIBET	4	3			PORTUGAL	5			5
LIBYE	16	9	7		COREE DU NO.	2	2			REP. TCHEQUE	4		1	3
② MAROC	257	192	28	37	MALAISIE	1	1			ROUMANIE	53	26	16	9
TUNISIE	160	96	50	14	PHILIPPINES	10	6	4		ROYAUME-UNI	1		1	
					VIETNAM	11	7	3	1	SUEDE	1			
<b>AFRIQUE DE L'OUEST</b>	<b>2181</b>	<b>1910</b>	<b>156</b>	<b>115</b>	<b>ASIE DU SUD</b>	<b>549</b>	<b>537</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>MOYEN-ORIENT</b>	<b>110</b>	<b>95</b>	<b>8</b>	<b>7</b>
BENIN	52	44	2	6	③ BANGLADES.	348	345	2	1	EGYPTE	23	20	2	1
BURKINA FASO	41	37	4		INDE	21	21			IRAK	43	43		
CAP VERT	14	10	4		NEPAL	2	2			IRAN	16	14	2	
④ COTE D'IVOI.	438	405	17	16	PAKISTAN	67	59	4	4	LIBAN	9	8		1
GAMBIE	21	18	2	1	⑤ SRI LANKA	110	109		1	PALESTINE	2	1	1	
GHANA	19	15	2	2						SYRIE	12	4	3	5
GUINEE BISSAU	14	6	3	5	<b>CARAÏBES</b>	<b>112</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>105</b>	YEMEN	2	2		
⑥ GUINEE CON.	734	635	57	42	BAHAMAS	1	1			<b>APATRIDES &amp; INCONNUS</b>	<b>6</b>	<b>6</b>		
⑦ MALI	378	358	10	10	CUBA	4	2	2		APATRIDES	1	1		
MAURITANIE	80	76	4		DOMINIQUE	2			2	INCONNUS	5	5		
NIGER	9	8	1		GUATEMALA	2	1		1					
NIGERIA	78	34	32	11	HAITI	95		1	94					
⑧ SENEGAL	259	230	10	19	JAMAÏQUE	1			1					
SIERRA LEONE	16	7	8	1	REP. DOMINIC.	7			7					
TOGO	25	24		1										

## Caractéristiques démographiques des bénéficiaires du Comede

2017	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD asile	ATCD dasem
------	---	---	--------	---------	---------	------------	------------	--------------	------------	------------

## PAR DISPOSITIF DE SOUTIEN

PT NAT	2043	100%	44%	35 ans	38 ans	1,5 an	3 ans	67%	29%	32%
CDS	2010	100%	32%	31 ans	33 ans	9 mois	2 ans	42%	nc	nc
PT ESD	1022	100%	45%	38 ans	42 ans	2 ans	6 ans	61%	nc	nc
ESD	265	100%	40%	39 ans	42 ans	4 ans	6 ans	57%	nc	nc

## PAR GROUPE VULNERABLE

## Femmes

PT NAT	896	44%	100%	39 ans	41 ans	1 an	3 ans	64%	22%	31%
CDS	645	32%	100%	33 ans	36 ans	9 mois	2 ans	45%	nc	nc
PT ESD	465	45%	100%	40 ans	43 ans	2 ans	3 ans	60%	nc	nc
ESD	107	40%	100%	39 ans	42 ans	4 ans	6 ans	107	nc	nc

## Demandeurs d'asile

CDS	789	39%	28%	30 ans	34 ans	6 mois	9 mois	42%	100%	nc
PT NAT	182	9%	29%	30 ans	31 ans	1 an	1 an	54%	100%	9%

## Migrants âgés ≥60 ans

PT NAT	269	13%	58%	66 ans	68 ans	1 an	4 ans	69%	12%	27%
PT ESD	168	16%	51%	66 ans	68 ans	1 an	4 ans	63%	nc	18%
CDS	81	4%	59%	66 ans	66 ans	1 an	4 ans	64%	nc	nc

## Enfants mineurs &lt;18 ans

CDS	224	11%	14%	16 ans	15 ans	7 mois	7 mois	14%	nc	nc
PT NAT	179	9%	39%	8 ans	9 ans	<1 an	1 an	73%	14%	11%

## PAR REGION D'ORIGINE

## Afrique centrale

CDS	444	22%	56%	36 ans	35 ans	1 an	2 ans	50%	nc	nc
PT NAT	301	15%	45%	35 ans	38 ans	2 ans	4 ans	80%	43%	38%
PT ESD	147	14%	48%	40 ans	43 ans	2 ans	4 ans	71%	nc	nc

## Afrique de l'Est

CDS	67	3%	25%	27 ans	30 ans	1 an	1 an	36%	nc	nc
-----	----	----	-----	--------	--------	------	------	-----	----	----

## Afrique du Nord

PT NAT	695	34%	50%	38 ans	40 ans	1 an	3 ans	68%	1%	30%
PT ESD	371	36%	53%	40 ans	44 ans	1 an	3 ans	58%	nc	nc
ESD	68	28%	49%	38 ans	43 ans	3 ans	6 ans	44%	nc	nc
CDS	84	4%	50%	31 ans	37 ans	6 mois	2 ans	19%	nc	nc

## Afrique de l'Ouest

CDS	769	38%	27%	27 ans	29 ans	8 mois	1 an	40%	nc	nc
PT NAT	546	27%	36%	34 ans	36 ans	2 ans	3 ans	75%	34%	35%
PT ESD	348	34%	40%	36 ans	39 ans	2 ans	4 ans	61%	nc	nc
ESD	111	32%	37%	39 ans	40 ans	5 ans	6 ans	111	nc	nc

## Asie du Sud

CDS	466	23%	16%	33 ans	34 ans	1 an	2 ans	38%	nc	nc
-----	-----	-----	-----	--------	--------	------	-------	-----	----	----

## Europe de l'Est

PT NAT	162	8%	54%	40 ans	41 ans	3 ans	4 ans	54%	68%	45%
CDS	51	3%	35%	41 ans	41 ans	2 ans	4 ans	63%	nc	nc

En 2017, les bénéficiaires du Comede étaient originaires de 120 pays, principalement d'Afrique de l'Ouest (total 33%, Guinée 9%, Côte d'Ivoire 7%, Mali 7%), d'Afrique du Nord (23%, Algérie 16%), d'Afrique centrale (21%, Congo RD 10%), d'Asie du Sud (11%, Bangladesh 7%), d'Europe de l'Est (4%) et d'Afrique de l'Est (3%). Ces personnes résident majoritairement en régions Ile-de-France (la quasi-totalité des personnes accueillies au Centre de santé et à l'Espace santé droit, ainsi que 65% des bénéficiaires des PT nationales), Provence-Alpes-Côte d'Azur (16% PT NAT), Occitanie (4%) et Auvergne-Rhône-Alpes (4). D'âge moyen compris entre 33 ans (CDS) et 42 ans (ESD), elles sont arrivées en France en moyenne depuis 2 ans (CDS), 3 ans (PT) et 6 ans (ESD).

L'analyse par publics vulnérables soutenus dans les différents dispositifs (voir tableau ci-contre) permet d'observer notamment que les femmes sont plus âgées que les hommes, et que les demandeurs d'asile et les mineurs résident en France en moyenne depuis moins longtemps que les autres. Il existe également des différences significatives selon la région d'origine. Les exilé.e.s d'Afrique centrale sont plus souvent des femmes (56% au CDS, 48%

PT nationale). L'âge moyen est plus élevé parmi les personnes originaires d'Afrique du Nord (44 ans PT ESD, 40 ans PT NAT), d'Europe de l'Est (41 ans CDS, 40 ans PT), et d'Afrique centrale (41 ans PT ESD, 38 ans CDS). La résidence en France est plus ancienne parmi les ressortissants d'Afrique de l'Ouest (moyenne 6 ans ESD) et d'Afrique du Nord (6 ans ESD).

La situation de famille témoigne du grand isolement de ces personnes, en particulier parmi les patients du Centre de santé dont les deux-tiers sont seuls, (67% entre 2012 et 2017, voir aussi Etat de santé page 75). C'est également le cas de la la moitié des bénéficiaires des permanences téléphoniques (47%, voir tableau ci-dessous), alors que 19% vivent en couple, 19% ont un/des enfant/s et 14% vivent chez un membre de famille. L'absence de famille est particulièrement fréquente chez demandeurs d'asile (58%), et chez les exilés originaires d'Afrique de l'Ouest (66%), d'Asie du Sud (62%), et d'Afrique centrale (56%). Les personnes originaires d'Europe de l'Est sont plus souvent en couple (40%). Les femmes ont plus souvent des enfants (26%), les demandeurs d'asile moins souvent (17%).

### Situation familiale

BENEFICIAIRES DES PERMANENCES TELEPHONIQUES, 2012-2017

### Formation initiale

PATIENTS DU CENTRE DE SANTE DU COMEDE, 2012-2017

	n	Seul	Couple avec enfant	Couple sans enfant	Parent isolé	Autre famille	N	Aucune Form.	Form. Prim.	Form. Sec/Pr.	Form. Univ.
<b>Total</b>	<b>6254</b>	<b>47%</b>	<b>12%</b>	<b>7%</b>	<b>7%</b>	<b>14%</b>	<b>7292</b>	<b>8%</b>	<b>26%</b>	<b>47%</b>	<b>19%</b>

#### Groupes vulnérables

Femmes	2759	33%	13%	8%	13%	17%	2504	8%	24%	51%	18%
Dem. asile	469	58%	13%	5%	4%	7%	4311	7%	24%	48%	21%
Agés ≥ 60	1022	18%	4%	7%	<1%	48%	293	16%	43%	31%	11%
Mineurs < 18	686	11%	17%	<1%	11%	25%	494	26%	39%	34%	1%

#### Région d'origine

Afrique C.	887	56%	5%	5%	9%	19%	1825	3%	19%	56%	22%
Afrique N.	1908	33%	12%	7%	7%	33%	245	7%	25%	49%	20%
Afrique O.	1540	66%	5%	4%	7%	14%	2073	19%	34%	33%	14%
Asie du S.	175	62%	17%	6%	2%	8%	2177	2%	23%	54%	21%
Europe E.	707	33%	28%	12%	6%	13%	360	2%	18%	55%	25%

#### Région de résidence

Ile-de-Fra.	3872	49%	8%	6%	7%	18%	7292	8%	26%	47%	19%
Paca	1192	45%	21%	7%	9%	13%					

## Profession dans le pays d'origine

PATIENTS DU CENTRE DE SANTE DU COMEDE, 2012-2017

	n	Agricul- culteur	Artisan	Com- merçant	Chef d'entrep.	Prof. intellec.	Prof. interm.	Emp- ployé	Ouvrier	Retraité	Sans
<b>Total</b>	<b>7020</b>	<b>5%</b>	<b>6%</b>	<b>19%</b>	<b>1%</b>	<b>6%</b>	<b>8%</b>	<b>14%</b>	<b>6%</b>	<b>1%</b>	<b>33%</b>

### Publics vulnérables

Femmes	2433	1%	5%	13%	<1%	5%	9%	15%	2%	2%	46%
Dem. asile	4280	6%	6%	23%	1%	5%	8%	16%	6%	1%	28%
Agés≥60	297	4%	2%	11%	<1%	5%	4%	9%	2%	25%	37%
Mineurs<18	285	6%	1%	2%	-	-	1%	1%	1%	-	85%

### Région d'origine

Afrique C.	1799	1%	7%	16%	1%	5%	11%	16%	5%	2%	36%
Afrique E.	201	19%	6%	12%	<1%	5%	4%	15%	9%	1%	28%
Afrique N.	242	1%	4%	7%	1%	10%	6%	14%	9%	3%	45%
Afrique O.	1893	7%	8%	21%	<1%	4%	6%	11%	7%	1%	36%
Asie de l'E.	94	22%	-	13%	1%	1%	2%	16%	7%	-	36%
Asie du S.	2140	6%	4%	26%	1%	5%	7%	17%	5%	1%	29%
Europe E.	358	5%	6%	5%	1%	15%	9%	16%	11%	3%	29%
Moyen-Or.	81	5%	6%	7%	4%	11%	9%	11%	11%	1%	35%

En matière de formation initiale (voir tableau page précédente), 66% des patients du Centre de santé déclarent avoir accompli des études, soit secondaires (47%, dont formation professionnelle) soit universitaires (19%), et 26% des études primaires, alors que 8% n'avaient eu aucune formation. La formation universitaire est plus fréquente parmi les demandeurs d'asile (21%), et parmi les exilés originaires d'Europe de l'Est (25%) et d'Afrique centrale (22%). C'est parmi les ressortissants d'Afrique de l'Ouest que la proportion de personnes n'ayant fait aucune étude est la plus élevée (19%), alors que les exilés âgés de plus de 60 ans sont moins de la moitié à avoir bénéficié d'une formation secondaire ou universitaire (42%).

S'agissant de la profession dans le pays d'origine (voir tableau ci-dessus), les deux tiers des patients du Centre de santé en exerçaient une (33% étaient sans profession, cette proportion incluant les étudiants). Les exilés sans profession sont plus nombreux parmi les femmes (46%) et les exilés originaires d'Afrique du Nord (45%). Les professions le plus souvent déclarées sont commerçants (19% du total, 26% parmi les personnes d'Asie du Sud et 21% parmi celles d'Afrique de l'Ouest), employés (14% du total, 17% Asie du Sud), et professions

intermédiaires (8% du total, 11% Afrique centrale). A noter la proportion élevée des agriculteurs parmi les exilés d'Asie de l'Est (22%) et d'Afrique de l'Est (19%). Les personnes originaires d'Europe de l'Est (15%) du Moyen-Orient (11%) et d'Afrique du Nord (10%) sont proportionnellement plus nombreuses à avoir exercé des professions intellectuelles ■

### L'enfermement des étrangers en France

En 2016, au moins 54 000 personnes de nationalité étrangère ont été privées de liberté pour des raisons administratives, « à la frontière » (8 000 personnes maintenues dans les zones d'attente) et « en vue de leur éloignement » (46 000 personnes retenues dans les centres et locaux de rétention administrative).

Outre ces mesures d'enfermement administratif qui leurs sont spécifiques, les étrangers sont aussi largement représentés dans la population carcérale. Avec 15 000 personnes en février 2017, ils représentent 22% des détenus alors qu'ils ne sont que 6% de la population générale..

## FEMMES ET VICTIMES DE VIOLENCE DE GENRE

L'Insee recense 1 844 000 femmes étrangères en France (données 2012, voir page 62), dont 37% ont la nationalité d'un pays de l'Union Européenne. Parmi les 1 170 000 femmes ressortissantes d'un pays tiers, les principales régions d'origine sont l'Afrique du Nord (41%), l'Europe de l'Est (15%), l'Afrique de l'Ouest (9%), l'Asie de l'Est (9%), et l'Afrique centrale (7%). Les femmes représentent 44% des réfugiés, 34% des demandeurs d'asile et 38% des migrants âgés (47% hors Afrique du Nord, voir page 62).

En 2017, le Comede a soigné et accompagné **2 219 femmes exilées** dans le cadre des permanences téléphoniques (61% du total), du Centre de santé (34%), et de l'Espace santé droit (5%). Elles sont principalement originaires d'Afrique du Nord (41% PT, 31% ESD, voir tableau ci-contre), d'Afrique centrale (40% CDS, 16% PT et ESD), d'Afrique de l'Ouest (38% ESD, 31% CDS, 26% PT) et d'Asie du Sud (13% CDS, voir tableau ci-contre). Les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne et d'Asie du Sud sont sur-représentées au regard de la répartition de l'ensemble des femmes étrangères en France, ces régions d'origine étant corrélées à la fois à un Etat de santé particulièrement altéré (voir page 75) et à un Indice d'inégalité de genre particulièrement élevé (PNUD).

Les femmes soignées et accompagnées par le Comede sont jeunes (âge médian 31 ans au CDS, 38 ans PT NAT) et récemment arrivées en France (moyenne 2 ans CDS, 3 ans PT et 6 ans ESD, voir page 41). Plus de la moitié d'entre elles sont atteintes d'une maladie grave (67% PT, 42% CDS.). Un tiers des appelantes des PT nationales ont effectué par le passé une demande d'admission au séjour pour raison médicale, et la moitié des patientes du Centre de santé ont effectué une demande d'asile. En matière de situation familiale, 33% des patientes du CDS vivent seules, 21% en couple, 17% avec un.e autre membre de famille, et 13% sont parentes isolées.

## Répartition par région d'origine

	En France	Au Comede		
		PT	CDS	ESD
<b>Total</b>	<b>1 844 000</b>	<b>1361</b>	<b>751</b>	<b>107</b>
<b>Eur. de l'Ouest</b>	<b>37%</b>	<b>4%</b>	<b>&lt;1%</b>	<b>2%</b>
<b>Pays-tiers</b>	<b>1 170 000</b>	<b>1312</b>	<b>748</b>	<b>105</b>
Afrique australe	3%	2%	2%	3%
Afrique centrale	7%	16%	40%	16%
Afrique de l'Est	<1%	1%	3%	-
Afrique du Nord	41%	41%	7%	31%
Afri. de l'Ouest	9%	26%	31%	38%
Améri. du Nord	2%	1%	-	-
Améri. du Sud	3%	1%	<1%	-
Asie de l'Est	9%	1%	1%	3%
Asie du Sud	3%	1%	13%	-
Caraïbes	4%	1%	<1%	2%
Europe de l'Est	15%	8%	3%	3%
Moyen-Orient	2%	1%	1%	1%
<b>Pays-tiers</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Voir les effectifs dans les chapitres d'activité

La majorité de ces femmes ont effectué une formation dans le pays d'origine, principalement secondaire (51%), primaire (24%) et universitaire (18%), 8% des femmes n'ayant pas eu accès à une scolarisation. Près de la moitié des exilées (46%) étaient sans profession (dont étudiantes) dans le pays d'origine, les professions le plus souvent exercées étant employées (15%), commerçantes (13%) et professions intermédiaires (9%).

L'état de santé des femmes est décrit dans le chapitre suivant, parmi les *groupes vulnérables*. Les femmes qui s'adressent au Comede vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (96% des patientes du Centre de santé et 86% des bénéficiaires des PT n'ont pas de « chez soi »), et disposent de ressources inférieures au plafond de la CMUc (99% CDS, 93% PT). En 2017, la proportion de femmes sans hébergement a atteint 41% des patient.e.s du CDS (13% à la rue et 15% en hébergement d'urgence) et 16% des bénéficiaires des PT. Les autres exilées étaient principalement hébergées chez un particulier (41% CDS, 50% PT) et en hébergement social (23% PT, 13% CDS). Bien que plus fréquemment atteintes d'une maladie grave (voir infra), elles sont très souvent dépourvues de protection maladie (82% CDS, 34% PT), et se trouvent en situation de séjour

précaire (94% des patientes et 85% des appelantes). Elles vivent une situation de grand isolement affectif et social (21% des patientes n'ont pas de proche et 26% sont en situation de détresse sociale), et dans un grand dénuement (23% n'ont pas mangé à leur faim au cours des derniers jours), alors que 30% des patientes nécessitaient le recours à un interprète.

La plupart des femmes soignées au Centre de santé ont subi des violences dans leur pays d'origine, durant le parcours, et/ou lors des premiers mois de leur arrivée en France (voir page 80) : 60% déclaraient des antécédents de violences (définition OMS), 30% des antécédents de violences liées au genre (voir encadré ci-contre), et 9% des antécédents de torture (définition ONU). Parmi les femmes suivies en psychothérapie, ces taux s'élèvent respectivement à 94%, 74% et 26%. Près de la moitié de ces femmes présentent des troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire (47%) et 29% d'entre elles avait eu des idées suicidaires au cours de l'année écoulée.

En matière d'épidémiologie médicale (voir taux de prévalence pages 83 et suiv.), les femmes exilées sont plus souvent atteintes que les hommes d'infection à VIH (5 fois plus), maladies cardiovasculaires et cancers (x 2), ainsi que de troubles psychiques graves (x 1,6) et d'hépatite C chronique (x1,3). Par ordre de fréquence, elles sont principalement atteintes de troubles psychiques graves (taux global 248 pour 1000, plus des deux tiers étant des syndromes psychotraumatiques et traumatismes complexes), de maladies cardiovasculaires (120), de diabète (55), d'infection chronique par le VHB (38), d'infection par le VIH (33), et d'infection chronique par le VHC (21). Les personnes victimes de violence de genre, incluant des hommes homosexuels, présentent des taux plus élevés pour les troubles psychiques, l'infection par le VIH, et l'anguillulose.

Dans ce contexte de vulnérabilité multiple, la grossesse et la périnatalité constituent des périodes particulièrement à risque pour la femme et l'enfant. Parmi les 449 femmes enceintes suivies au Centre de santé entre 2012

et 2017, la grossesse était consécutive à un viol dans 14% des cas, 55% des femmes ne recevaient aucun soutien du père de l'enfant, alors que le suivi de la grossesse était incomplet dans près de la moitié des cas (voir page 79).

### Les violences liées au genre

*définitions utilisées au Comede*

■ **Genre** : caractéristiques et rôles sociaux assignés aux hommes et aux femmes, par opposition à ceux qui sont déterminés biologiquement. Il définit les attitudes et les comportements des hommes et des femmes acceptables au plan culturel ou social. Les rôles liés au genre s'acquièrent par la socialisation et varient à l'intérieur de la société ou de la culture. Le genre n'est ni statique ni inné, mais il évolue pour répondre aux changements qui interviennent dans le contexte social, politique et culturel.

■ **Violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre** : elles peuvent être des persécutions, violences physiques et psychologiques, menaces de violences, discriminations à l'égard des personnes homosexuelles, bisexuelles, transsexuelles, transgenre du fait de leur orientation sexuelle.

■ **Violences à l'égard des femmes (ONU, 1993)** : désignent [tous] les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. Cela inclut donc les violences sexuelles, mais aussi les violences infligées par un partenaire intime, des ascendants ou descendants, l'esclavage domestique, les discriminations, l'exclusion des femmes de l'espace public, les contraintes et menaces concernant la contraception, l'avortement, la grossesse, dans les conflits armés, l'atteinte aux corps des femmes, incluant par exemple la tonte, les dénudations forcées en public.

■ **Violences sexuelles (OMS, 2002)** : tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail. Cela peut concerner les femmes et les hommes, et inclut : viol, tentative de viol, abus sexuels incluant les abus sexuels sur mineurs, harcèlement sexuel, incluant l'échange de relations sexuelles contre protection, nourriture, mariage forcé et précoce, mutilation sexuelle féminine, exploitation sexuelle, prostitution forcée.

## DEMANDEURS D'ASILE ET REFUGIES

L'Ofpra compte 252 000 personnes sous sa protection fin 2017, dont 84% de réfugiés et 16% de personnes sous protection subsidiaire. En 2017, 101 000 nouvelles demandes d'asile ont été enregistrées, les demandeurs étant principalement originaires d'Europe de l'Est (29%), d'Afrique de l'Ouest (14%), du Moyen-Orient (9%), d'Afrique centrale (9%), d'Afrique de l'Est (8%), et d'Asie du Sud (7%).

En 2017, le Comede a soigné et accompagné **971 demandeurs d'asile**, en premier lieu au Centre de santé (81%, alors que 19% sont des bénéficiaires exclusifs des permanences téléphoniques). En 2017, ces personnes sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (35% CDS et 34% PT), d'Afrique centrale (19% CDS, 10% PT), d'Asie du Sud (31% CDS, 6% PT), d'Afrique de l'Est (6% CDS, 12% PT) et d'Europe de l'Est (10% PT). Les demandeurs d'asile originaires d'Afrique sub-saharienne et d'Asie du Sud sont sur-représentés au regard de la répartition de l'ensemble des demandeurs auprès de l'Ofpra, ces régions d'origine étant corrélées avec un état de santé particulièrement altéré (voir page 75).

Les demandeurs d'asile soignés et soutenus par le Comede sont jeunes (médiane 30 ans, moyenne CDS 34 ans, PT 31 ans), et récemment arrivés en France (médiane et moyenne 1 an, voir page 66). La moitié d'entre eux sont atteints d'une maladie grave, (voir état de santé infra). Sur le plan de la situation familiale, 58% vivent seuls, 18% en couple, 7% avec un.e autre membre de famille, et 4% sont parents isolés (CDS).

En matière de formation initiale, 48% des demandeurs d'asile suivis au Centre de santé ont accompli des études secondaires, 24% des études primaires, 21% ont effectué une formation universitaire, et 7% n'avaient pas été scolarisés. S'agissant de la profession exercée dans le pays d'origine, 28% étaient sans profession, cette proportion incluant les étudiants. Les professions le plus souvent déclarées sont commerçants (23%), employés

## Répartition par région d'origine

	Ofpra	Comede, 2017	
	Demande d'asile 2016	CDS	PTN
<b>Total</b>	<b>85 726</b>	<b>789</b>	<b>182</b>
Europe de l'Ouest	nc	-	-
Pays-tiers	nc	789	182
Afrique australe	<1%	<1%	1%
Afrique centrale	9%	19%	10%
Afrique de l'Est	10%	6%	12%
Afrique du Nord	4%	<1%	4%
Afrique de l'Ouest	14%	35%	34%
Améri. du Nord	<1%	-	-
Améri. du Sud	<1%	-	-
Asie centrale	8%	4%	4%
Asie de l'Est	3%	<1%	1%
Asie du Sud	9%	31%	6%
Caraïbes	7%	-	2%
Europe de l'Est	23%	1%	10%
Moyen-Orient	10%	2%	6%
<b>Pays-tiers</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Voir les effectifs dans les chapitres d'activité

(16%), professions intermédiaires (8%), agriculteurs (6%), artisans (6%), ouvriers (6%) et professions intellectuelles (5%).

L'état de santé des exilés est décrit dans le chapitre suivant. Sur le plan social, les demandeurs d'asile soutenus par le Comede vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (99% des patients du Centre de santé et 97% des bénéficiaires des Permanences téléphoniques n'ont pas de « chez soi »), et disposent de ressources inférieures au plafond de la CMUc (100% CDS et 99% PT). En 2017, la proportion de demandeurs d'asile sans hébergement a atteint 48% des patient.e.s du CDS (19% à la rue et 16% en hébergement d'urgence) et 33% des bénéficiaires des PT (10% à la rue). Les autres personnes étaient principalement hébergées chez un particulier (29% CDS, 18% PT) et en hébergement social (20% CDS, 48% PT). La plupart des patients du CDS n'ont pas de protection maladie (80%), ce qui est également le cas de 25% des bénéficiaires des PT. La précarité du séjour des demandeurs d'asile se double d'un grand isolement affectif et social, 20% des patients n'ayant aucun proche. Près d'un quart des demandeurs d'asile n'avaient pu manger à leur faim dans les jours précédant la consultation du

Centre de santé (23%), et 21% se trouvaient en situation de détresse sociale.

La plupart des demandeurs d'asile ont subi des violences dans leur pays d'origine, durant le parcours, et/ou lors des premiers mois de leur arrivée en France (voir page 80) : 81% déclaraient des antécédents de violences (définition OMS), 21% des antécédents de torture (définition ONU), et 19% des antécédents de violences liées au genre, ces violences constituant un risque significatif de présenter un psychotraumatisme grave.

Les demandeurs d'asile représentent ainsi les trois quarts des personnes suivies en psychothérapie au Comede, 54% d'entre eux souffrant de troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire. Plus fréquents chez les hommes, et particulièrement les hommes victimes de violence de genre (voir page 81), ces troubles peuvent entraver la capacité des demandeurs d'asile à mettre en récit leur parcours d'exil (convocations à l'Ofpra et à la CNDA). En raison de ces troubles, les personnes non francophones rencontrent également davantage de difficultés concernant l'apprentissage de la langue.

L'importance des idées suicidaires et des antécédents de tentative de suicide parmi les demandeurs d'asile suivis en psychothérapie au Comede illustre la gravité de leurs troubles psychiques. Près d'un tiers des patients (30%) ont présenté des idées suicidaires au cours de la psychothérapie, et 4% avaient effectué une tentative de suicide au cours de leur vie.

En matière d'épidémiologie médicale (voir taux de prévalence pages 83 et suiv.), les demandeurs d'asile partagent avec les autres exilés le poids des maladies chroniques (en premier lieu maladies cardiovasculaires et diabète) et à un degré moindre des maladies infectieuses (majoritairement les infections virales chroniques B et C), mais c'est dans cette population que la part des troubles psychiques graves est la plus importante.

Les troubles psychiques graves sont constitués pour plus des deux tiers par des syndromes psychotraumatiques et traumas complexes. Les syndromes psychotraumatiques (SPT) apparaissent plus fréquents chez les personnes ayant subi des tortures et des violences liées au genre, alors que le trauma complexe est fortement corrélé aux antécédents de torture (voir page 82). Enfin, il existe une forte corrélation entre les tableaux cliniques et l'évolution de la demande d'asile : les demandeurs d'asile en cours de procédure présentent plus souvent un syndrome psychotraumatique et un trauma complexe (74%), les personnes déboutées plus souvent une dépression (38%).

Parmi les maladies graves déclarées par les demandeurs d'asile bénéficiaires des permanences téléphoniques nationales, les maladies chroniques non transmissibles sont au premier plan, étant sur-représentées par rapport à leur prévalence relative lors du bilan de santé pratiqué au Centre de santé, les troubles psychiques étant a contrario sous-représentés.



## MIGRANTS AGES

L'Insee recense 699 000 étrangers âgés  $\geq 60$  ans (données 2012, voir page 62), dont 54% ont la nationalité d'un pays de l'Union européenne. Parmi les 320 000 personnes ressortissantes d'un « pays tiers », dont 37% de femmes, les principales régions représentées sont l'Afrique du Nord (72%), l'Europe de l'Est (10%), l'Afrique de l'Ouest (4%) et l'Asie de l'Est (4%).

En 2017, le Comede a soigné et accompagné **553 migrants âgés  $\geq 60$  ans**, dans le cadre des permanences téléphoniques (79% du total), du Centre de santé (17%), et de l'Espace santé droit (4%). Ces exilé.e.s sont principalement originaires d'Afrique du Nord (51% PT et 12% CDS), d'Afrique centrale (42% CDS et 14% PT), d'Afrique de l'Ouest (18% PT et 11% CDS) et d'Asie du Sud (13% CDS). Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud sont ainsi sur-représentées au regard de la répartition de l'ensemble des migrants âgés en France. Dans la moitié des pays d'origine, l'espérance de vie à la naissance est inférieure à 60 ans (PNUD).

Majoritairement des femmes (59% CDS et 58% PTN), ces personnes sont récemment arrivées en France (moyenne 4 ans, médiane 1 an, voir page 66). Près des trois quarts ont un membre de famille en France (11% sont en couple), et 18% vivent seul.e.s. Au pays d'origine, 37% étaient sans profession et 25% retraités, les professions le plus souvent déclarées étant commerçants (11%), employés (9%) et professions intellectuelles (5%).

L'état de santé des migrant.e.s âgé.e.s est décrit dans le chapitre suivant, parmi les *groupes vulnérables*. Ces personnes vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (97% des patients du CDS et 86% des bénéficiaires des PT n'ont pas de « chez soi »), et disposent de ressources inférieures au plafond de la CMUc (99% CDS, 90% PT). En 2017, la proportion de migrants âgés sans hébergement a atteint 30% des patient.e.s du CDS (7% à la rue et 6% en hébergement d'urgence) et 8% des bénéficiaires des PT.

## Répartition par région d'origine

	En France	Au Comede	
		PT	CDS
<b>Total</b>	<b>699 000</b>	<b>437</b>	<b>92</b>
<b>Europe de l'Ouest</b>	<b>54%</b>	<b>4%</b>	<b>2%</b>
<b>Pays-tiers</b>	<b>320 000</b>	<b>418</b>	<b>90</b>
Afrique australe	1%	4%	6%
Afrique centrale	1%	14%	47%
Afrique du Nord	72%	51%	12%
Afrique de l'Ouest	4%	18%	11%
Améri. du Nord	2%	1%	-
Améri. du Sud	1%	1%	-
Asie centrale	<1%	<1%	1%
Asie de l'Est	4%	<1%	2%
Asie du Sud	1%	<1%	13%
Europe de l'Est	10%	7%	3%
Moyen-Orient	1%	2%	2%
<b>Pays-tiers</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Voir les effectifs dans les chapitres d'activité

Les autres personnes étaient principalement hébergées chez un particulier (55% CDS, 66% PT) et en hébergement social (8% CDS, 17% PT). La plupart des patients du CDS n'ont pas de protection maladie (81%), de même que la moitié des bénéficiaires des PT (48%). Ils se trouvent en situation de séjour précaire (97% des patients et 86% des appelants), doublée d'un grand isolement linguistique, 53% ne pouvant communiquer en français ou en anglais. Plus d'un.e patient.e sur dix n'avait pas mangé à sa faim pendant les derniers jours (12%).

Sur le plan épidémiologique (voir tableau page 88), les migrants âgés sont principalement atteints de maladies cardio-vasculaires (taux global 559 pour 1000, plus élevé parmi les exilés d'Afrique centrale), de diabète (244, plus élevé pour l'Asie du Sud), d'infection chronique par le VHC (96, plus élevé pour l'Afrique centrale), et de troubles psychiques graves (42, plus élevé pour l'Europe de l'Est). On observe également un taux de prévalence de 28 pour les cancers et pour l'insuffisance rénale chronique.

Beaucoup de ces personnes découvrent l'expérience de l'exil à l'âge de la retraite, ce qui rend les démarches d'accès aux soins et aux droits encore plus complexes, et conduit souvent à des renoncements pour les personnes isolées.

## ENFANTS MINEURS

L'Insee recense 520 000 enfants mineurs ayant la nationalité d'un pays tiers à l'Union européenne (données 2012, voir page 62), principalement originaires d'Afrique du Nord (34%), d'Europe de l'Est (19%), d'Afrique de l'Ouest (12%) et d'Afrique centrale (10%). On peut estimer à 50 000 en 2017 le nombre d'enfants particulièrement vulnérables, dont une moitié sont des mineurs isolés et l'autre des enfants relevant de la protection de l'Ofpra au titre de l'asile (voir page 63).

En 2017, le Comede a soigné et accompagné **447 enfants mineurs**, principalement au Centre de santé (53%), et dans le cadre des permanences téléphoniques (46%) Ces enfants exilés sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (69% CDS et 13% PT), d'Afrique du Nord (54% PT), d'Afrique centrale (11% CDS et 14% PT), et d'Asie du Sud (6% CDS), ces régions étant sur-représentées au regard de la répartition de l'ensemble des mineurs étrangers en France.

Les deux tiers des enfants reçus au Centre de santé étaient des mineurs isolés orientés par les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE 94) et les associations de soutien (Médecins du Monde). Très majoritairement des garçons (filles 14%), âgés de 15 ans en moyenne, ils sont récemment arrivés en France (1 an en moyenne, voir page 66). La majorité de ces enfants avaient été scolarisés dans le pays d'origine (primaire 39%, secondaire 34%), alors que 15% déclaraient y avoir travaillé, principalement dans l'agriculture ou le commerce (voir page 68). Les sollicitations des permanences téléphoniques par le.s parent.s et/ou un professionnel concernent des enfants plus jeunes (moyenne 9 ans, médiane 8 ans), également arrivés en France depuis peu (1 an), et atteints pour les trois-quarts d'une maladie grave.

## Répartition par région d'origine

	En France	Au Comede	
		CDS	PT
<b>Total</b>	<b>699 000</b>	<b>238</b>	<b>206</b>
<i>Eur. de l'Ouest</i>	25%	<1%	2%
<b>Pays-tiers</b>	<b>520 000</b>	<b>237</b>	<b>201</b>
Afrique australe	2%	1%	1%
Afrique centrale	10%	11%	14%
Afrique du Nord	34%	7%	54%
Afrique de l'Ouest	12%	69%	13%
Améri. du Sud	3%	-	1%
Asie de l'Est	5%	2%	1%
Asie du Sud	3%	6%	2%
Europe de l'Est	19%	<1%	7%
Moyen-Orient	2%	1%	2%

Voir les effectifs dans les chapitres d'activité

L'état de santé des enfants mineurs est décrit dans le chapitre suivant, parmi les *groupes vulnérables*. En 2017, la proportion d'enfants mineurs sans hébergement a atteint 33% des patient.e.s du CDS (19% à la rue et 6% en hébergement d'urgence) et 20% des bénéficiaires des PT. Plus de la moitié d'entre eux n'ont pas de protection maladie (61% CDS et 51% PT). Leur situation de vulnérabilité affective et sociale se double d'obstacles linguistiques fréquents lors des premiers mois en France : 28% ne peuvent communiquer en français ou en anglais. Un enfant sur six n'a pas mangé à sa faim pendant les jours précédant la consultation (17%). Ces facteurs de vulnérabilité sont exacerbés parmi les enfants déclarés « majeurs », exclus de la protection et de l'Aide sociale à l'enfance.

Sur le plan épidémiologique (voir tableau page 88), les enfants mineurs sont principalement atteints d'infection chronique par le VHB (taux global 66 pour 1000, plus élevé parmi les jeunes d'Afrique de l'Ouest), et de troubles psychiques graves (49, plus élevé parmi les exilés d'Afrique centrale, d'Europe de l'Est et du Moyen-Orient). La schistosomose urinaire est fréquente parmi les jeunes originaires d'Afrique de l'Ouest (taux global 58, Mali 90), ainsi que l'anguillulose parmi les Indiens (50). La drépanocytose homozygote n'est pas rare chez les jeunes originaires d'Afrique centrale (17).



## Etat de santé

Vulnérabilité sociale, violence et torture, épidémiologie médico-psychologique

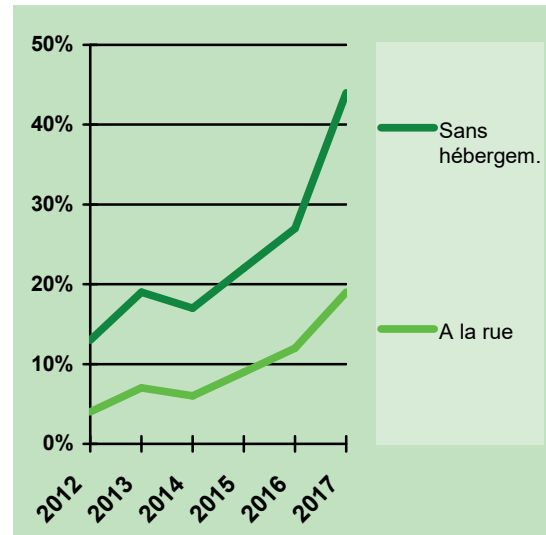
Expérience de l'exil et de la violence, barrage de la langue, discriminations, inhospitalité et xénophobie : l'état de santé des exilés est affecté par de multiples facteurs de vulnérabilité. Aggravée par les réformes successives du droit des étrangers, la précarité administrative de nombreux exilés 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 analysées successivement les données de vulnérabilité sociale, psychologique puis médicale issues du dispositif d'observation du Comede (voir Centre-ressources page 26).

### 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, migrants âgés, enfants mineurs, demandeurs d'asile) et/ou les associations de soutien (étrangers malades, victimes de violences et autres étrangers en séjour précaire). Leurs tailles et leurs caractéristiques sont détaillées dans le chapitre Populations. 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 et tableaux suivants portent sur 19 280 personnes soutenues au Centre de santé (CDS, 9 939) et dans le cadre des Permanences téléphoniques nationales et régionales (PT, 9 341 hors ESD) entre 2012 et 2017, parmi lesquelles 7435 femmes, 5643 demandeurs d'asile, 1643 migrants âgés d'au moins 60 ans et 1446 enfants mineurs.

### Dégradation de l'accès à l'hébergement

9 939 patients du CDS, 1<sup>ère</sup> consultation 2012-2017



Ces populations sont confrontées à un cumul de facteurs de vulnérabilité sociale, facteurs largement associés entre eux. La situation est particulièrement préoccupante sur le plan de l'hébergement, seule une petite minorité de ces personnes disposant d'un logement personnel (97% des patients CDS et 87% des bénéficiaires des PT n'ont pas de « chez soi », voir tableaux pages suivantes). Plus de 1 patient sur 5 et près de 1 appelant sur 10 se trouvent sans hébergement, la proportion de nouveaux patients du Centre de santé vivant « à la rue » étant passée de 4% en 2012 à 19% en 2017 (voir graphique ci-dessus, et tableau sur les conditions d'hébergement page 78). Sur le plan financier, la quasi-totalité des personnes soutenues par le Comede ont des ressources financières inférieures au plafond de la CMUc (99% des patients du CDS et 93% des personnes soutenues dans le cadre des PT). Egalement très prégnante, la précarité du statut administratif (91% CDS et 85% PT, voir caractéristiques du séjour page 79) affecte directement les démarches d'accès aux droits. Principal obstacle à l'accès aux soins, l'absence de protection maladie est constatée

## Vulnérabilité sociale et administrative

PATIENTS DU CENTRE DE SANTE A LA PREMIERE CONSULTATION, 2012-2017

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

	n	pas de chez soi	sans héb.	à la rue	Séj. Préc.	pas de P.Mal.	pas de proche	diffic. dépla.	pas de comm.	pas d'alim.	détr. soc.
<b>Total</b>	9939	97%	22%	9%	91%	78%	19%	16%	39%	21%	23%
<b>Groupes vulnérables</b>											
Femmes	3395	96%	20%	6%	94%	82%	21%	19%	30%	23%	26%
Dem. asile	5088	99%	23%	8%	100%	80%	20%	15%	45%	23%	19%
Agés ≥ 60	457	97%	9%	4%	97%	81%	7%	10%	53%	12%	15%
Mineurs < 18	663	98%	25%	12%	-	61%	24%	15%	28%	17%	22%
Malades	4693	97%	26%	11%	92%	75%	23%	20%	36%	26%	28%
<b>Région d'origine</b>											
Afrique C.	2535	97%	25%	9%	94%	83%	22%	21%	12%	30%	28%
Afrique E.	271	>99%	39%	17%	97%	80%	21%	17%	53%	23%	35%
Afrique N.	345	93%	18%	5%	89%	78%	11%	10%	26%	14%	13%
Afrique O.	2857	98%	34%	14%	84%	74%	26%	21%	19%	31%	29%
Asie Centr.	107	99%	41%	18%	93%	65%	33%	19%	82%	21%	34%
Asie de l'E.	121	98%	10%	5%	96%	81%	13%	13%	68%	8%	17%
Asie du S.	2748	98%	5%	2%	96%	80%	7%	9%	73%	5%	11%
Europe E.	493	96%	35%	12%	94%	70%	12%	14%	82%	16%	33%
Moyen-Or.	130	99%	20%	11%	65%	71%	22%	12%	68%	10%	22%
<b>Etudes et formation</b>											
Aucune	701	99%	33%	13%	83%	77%	26%	16%	57%	28%	34%
Primaire	2151	98%	24%	9%	90%	80%	18%	15%	48%	22%	25%
Profess.	512	97%	25%	10%	97%	82%	16%	13%	21%	27%	24%
Secondaire	3317	97%	18%	7%	94%	83%	14%	13%	39%	19%	20%
Université	1612	97%	18%	7%	96%	84%	15%	12%	23%	21%	17%

COMPARAISON ENTRE LES DIFFERENTS DISPOSITIFS DE CONSULTATION, PREMIERE CONSULTATION  
Centre de sante 2012-2017, Comede Paca 2018, Espace sante droit 2018, Comede Loire 2018

	n	pas de chez soi	sans héb.	à la rue	Séj. Préc.	pas de P.Mal.	pas de proche	diffic. dépla.	pas de comm.	pas d'alim.	détr. soc.
<b>CDS</b>	9939	97%	22%	9%	91%	78%	19%	16%	39%	21%	23%
Paca	131	83%	28%	2%	97%	10%	43%	24%	45%	23%	33%
ESD	75	92%	40%	5%	93%	11%	nc	nc	11%	nc	nc
Com. Loire	27	80%	40%	9%	80%	7%	38%	19%	13%	nc	nc

### Détresse sociale

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

- 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 demande de droits.
- 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
- Difficulté de déplacement. Difficulté d'ordre financier, pratique, handicap etc.
- Protection maladie. Absence de dispense d'avance des frais (ni CMU-C ni AME en cours)
- Séjour : pas de droit au séjour.
- Ressources financières : inférieures au seuil de la CMUc / AME (727 euros pour une personne seule en 2017).

Les personnes en situation de détresse sociale et atteintes d'une maladie grave sont considérées comme en situation de grande vulnérabilité, et ont un accès prioritaire à la consultation médicale.

## Vulnérabilité sociale et administrative

BENEFICIAIRES DES PT NATIONALES AU PREMIER APPEL, 2012-2017

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

	n	pas de chez soi	sans héb.	*à la rue	ress. <CMUc	séjour préc.	pas de p. mal.	**pas d'alim.
Total	9341	87%	9%	3%	93%	85%	28%	25%

### Groupes vulnérables

Femmes	4040	86%	6%	nc	93%	85%	34%	nc
Demandeurs d'asile	555	97%	10%	nc	99%	100%	25%	nc
Migrants âgés ≥ 60 ans	1186	86%	4%	nc	90%	86%	48%	nc
Enfants mineurs < 18	783	88%	8%	nc	93%	-	51%	nc
Malades	5061	89%	8%	nc	94%	90%	25%	nc

### Région d'origine

Afrique australe	235	86%	5%	nc	93%	82%	42%	nc
Afrique centrale	1425	88%	9%	nc	93%	89%	23%	nc
Afrique de l'Est	114	95%	18%	nc	99%	93%	43%	nc
Afrique du Nord	2777	85%	7%	nc	92%	86%	38%	nc
Afrique de l'Ouest	2350	90%	9%	nc	94%	87%	22%	nc
Asie centrale	131	98%	18%	nc	99%	90%	23%	nc
Asie du Sud	334	91%	10%	nc	94%	90%	20%	nc
Europe de l'Est	986	89%	12%	nc	94%	88%	18%	nc
Europe de l'Ouest	538	75%	11%	nc	88%	54%	26%	nc
Moyen-Orient	194	86%	5%	nc	92%	80%	43%	nc

### Région de résidence

Grand-Est	139	92%	7%	nc	89%	91%	30%	nc
Auvergne & Rhône-Alpes	359	91%	5%	nc	92%	89%	26%	nc
Bourgogne-Franche-Comté	103	85%	4%	nc	99%	79%	19%	nc
Ile-de-France	5822	88%	8%	nc	93%	88%	31%	nc
Occitanie	342	75%	9%	nc	85%	64%	34%	nc
Paca	1721	85%	12%	nc	93%	80%	16%	nc

\* caractérisé depuis 2017 \*\* caractérisé depuis 2018

parmi de nombreux exilés (78% CDS et 28% 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 (39% des patients du CDS ne peuvent s'exprimer en français ni en anglais), les restrictions alimentaires pour des raisons financières (21% des personnes au CDS et 25% lors des PT n'ont pu manger à leur faim lors des derniers jours), l'isolement relationnel (19% des patients du CDS n'ont pas de proche « avec qui partager leurs émotions »), et les difficultés de déplacements (16% CDS). Définie par la présence au moins de 5 facteurs de vulnérabilité, la situation de détresse sociale

(voir tableau et encadré ci-contre) concerne 23% des patients du CDS.

Ces indicateurs de vulnérabilité sociale sont plus fréquents dans certaines populations. Parmi les principaux groupes vulnérables accueillis au Centre de santé, la situation de détresse sociale est plus fréquente chez les femmes (26%) et les personnes atteintes de maladie grave (28%). Les obstacles à la communication linguistique sont majeurs parmi les migrants âgés (53%) et les demandeurs d'asile (45%), alors que près d'un quart des mineurs sont isolés sur le plan relationnel (23%).

Selon la région d'origine, le cumul des facteurs de vulnérabilité culmine pour les exilés d'Afrique de l'Est (détresse sociale 35%), d'Asie

centrale (34%) et d'Europe de l'Est (33%). Les besoins d'interprétariat concernent la majorité des personnes originaires d'Asie centrale et Europe de l'Est (82%), d'Asie du Sud (73%), d'Asie de l'Est (68%) et du Moyen-Orient (68%), ainsi qu'une proportion importante des Africains (Afrique de l'Est 53%, Afrique du Nord 26%). 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 17% des personnes ayant bénéficié d'études universitaires). Cette variation est particulièrement importante sur le plan de la langue (57% vs 23% allophones) et de l'isolement relationnel (26% vs 15%).

Il existe enfin des différences importantes selon la région de résidence des bénéficiaires des permanences téléphoniques, les données concernées étant fortement liées à la variation des motifs de recours aux différents dispositifs régionaux du Comede.

## CARACTERISTIQUES DES CONDITIONS D'HEBERGEMENT ET DE SEJOUR

Depuis 2017, le Comede utilise une nouvelle catégorisation des conditions d'hébergement des personnes accompagnées, prenant en compte leur détérioration et leur diversification, en particulier au Centre de santé en raison de l'accueil prioritaire des personnes les plus vulnérables. La majorité des exilés bénéficie d'un hébergement (52% des patients et 71% des appelants, voir tableau ci-dessous pour l'année 2017), le plus souvent chez un tiers (47% PT), ou au sein de dispositifs sociaux (6% asile et 5% CHRS pour les PT). Une forte minorité se trouve sans abri (44% CDS et 20% PT), le plus souvent dans la rue pour les patients du CDS (19%) et en habitat précaire pour les appelants des PT (12% en squat, campement, lieux de culte etc.), alors que les exilés disposant d'un logement sont moins de 1 sur 10 pour les PT et moins de 1 sur 20 pour le CDS. La proportion de personnes sans-abri est plus importante parmi les hommes (46% CDS, 23% PT), les demandeurs d'asile (48% CDS,

### Conditions d'hébergement, détail

NOUVELLE CATEGORISATION 2017, 1370 PATIENTS DU CDS - 1099 BENEFICIAIRES DES PT NATIONALES ET REGIONALES

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

	SANS	dont à la rue	dont héb. d'urgence	HÉBER- GEMENT	dont c/o 1 tiers	dont asile	LOGEMENT	dont autonome
Total 1370-1099	44%-20%	19%-3%	13%-5%	52%-71%	35%-47%	5%-6%	4%-9%	1%-9%

#### Groupes vulnérables

Fem. 437-484	41%-16%	13%-1%	15%-6%	54%-73%	41%-50%	6%-4%	5%-11%	3%-11%
D.A. 623-101	48%-33%	19%-10%	16%-7%	49%-66%	29%-18%	10%-34%	3%-0%	0%-0%
>60a. 69-145	30%-8%	7%-1%	6%-2%	63%-83%	55%-66%	3%-3%	7%-9%	4%-9%
<18a. 173-79	33%-20%	19%-5%	6%-8%	66%-74%	34%-49%	2%-5%	1%-6%	0%-6%

#### Région d'origine

AFC 279-144	47%-16%	18%-2%	13%-8%	48%-71%	37%-50%	4%-3%	5%-13%	3%-12%
AFE 56-22	43%-32%	13%-9%	28%-9%	57%-68%	15%-14%	15%-32%	0%-0%	0%-0%
AFN 65-358	40%-15%	14%-2%	9%-4%	51%-74%	46%-60%	0%-1%	9%-11%	6%-11%
AFO 563-298	56%-23%	28%-4%	17%-6%	42%-	28%-	5%-	2%-8%	1%-7%
ASC 37-29	30%-28%	14%-10%	16%-7%	66%-69%	5%-3%	41%-38%	3%-0%	0%-0%
ASS 276-30	21%-33%	3%-3%	2%-0%	71%-60%	54%-37%	1%-0%	8%-7%	0%-4%
EUE 29-102	66%-27%	28%-5%	28%-4%	24%-68%	17%-23%	0%-18%	10%-5%	7%-5%

#### Région de résidence

IDF 1370-729	44%-19%	19%-3%	13%-5%	52%-72%	35%-50%	5%-6%	4%-9%	1%-8%
Paca 208	25%	4%	3%	65%	38%	7%	-10%	-10%
Occitanie 38	26%	3%	8%	58%	39%	3%	-16%	-16%

33% PT), et parmi les exilés originaires d'Europe de l'Est (66% CDS, 27% PT) et d'Afrique de l'Ouest (56% CDS, 23% PT). S'agissant des demandeurs d'asile, seule une minorité d'entre eux bénéficie d'un hébergement spécialisé (10% CDS, 34% PT), ce qui concerne également une partie conséquente des exilés originaires d'Afrique de l'Est et d'Asie centrale (respectivement 32% et 38% de ces appelants sont hébergés en centres pour demandeurs d'asile). Les personnes le plus souvent hébergées chez un tiers sont les migrants âgés (66% PT) et les exilés d'Afrique du Nord (60% PT). Enfin la disposition d'un logement autonome est plus importante parmi les femmes (11% PT), et les personnes originaires d'Afrique centrale (12%) et d'Afrique du Nord (11% PT).

La variété des situations à l'égard du séjour témoigne de la fragmentation du statut administratif des exilés (voir tableau ci-dessous). Les personnes en séjour stable (9% des patients du CDS et 15% des bénéficiaires des PT), disposent le plus souvent d'une carte

### Conditions de séjour, détail

9939 PATIENTS DU CENTRE DE SANTE  
ET 9341 BENEFICIAIRES DES PT, 2012-2017

7366	CDS	PT
<b>Séjour stable</b>	<b>9%</b>	<b>15%</b>
Carte de résident	1%	2%
Carte de séjour temporaire	1%	6%
Citoyen UE admis au séj.	<1%	3%
Visa long séjour	<1%	1%
Mineurs <18 ans	6%	3%
<b>Séjour précaire</b>	<b>91%</b>	<b>85%</b>
Demande d'asile en cours	61%	9%
Avant enregistrement	8%	1%
Convocation GUDA & RV	9%	<1%
Convocation « Dublin »	4%	1%
Procédure « prioritaire »	4%	1%
ADA 1 mois (APS)	7%	<1%
ADA 9 mois (récépissé)	30%	5%
<b>Autre séjour régulier</b>	<b>4%</b>	<b>19%</b>
Convoc., RV, récépissé	1%	5%
Autorisation prov. de séjour	<1%	5%
Visa court séjour	2%	9%
<b>Sans droit au séjour</b>	<b>26%</b>	<b>57%</b>
Déboutés demande d'asile	8%	11%
Citoyen UE non admis séj.	<1%	3%
Autres sans-papiers	18%	43%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

### Situation des femmes enceintes suivies au Centre de santé

449 femmes enceintes accueillies entre 2012 et 2017

- **Caractéristiques démographiques et hébergement**
  - Age moyen et médian 28 ans en début de grossesse
  - Femmes principalement originaires d'Afrique centrale (46%), d'Afrique de l'Ouest (26%) et d'Asie du Sud (14%)
  - 74% sont hébergées (60% chez un tiers), 22% sont sans-abri (8% à la rue) et 3% ont un logement
- **Soutien du père et grossesse liée à un viol**
  - 55% des femmes ne reçoivent aucun soutien du père de l'enfant
  - 14% des femmes étaient enceintes à la suite d'un viol
- **Evolution et suivi de la grossesse**
  - 8% demandes IVG, 4% fausses couches spontanées
  - 45% n'ont pas pratiqué l'échographie du 1er trimestre (parmi les femmes vues après 3 mois)
  - 20% des patientes orientées vers le réseau Solipam

de séjour temporaire d'un an (6% du total des PT), ou sont citoyens de l'Union Européenne en séjour régulier (3% PT), alors que les mineurs (6% des patients du CDS) ne sont pas assujettis à l'obligation de détenir un titre de séjour. Les demandeurs d'asile (61% CDS et 9% PT) se voient remettre une grande variété de documents précaires de séjour, suite à la mise en place de la dernière réforme de l'asile en 2016. La majorité détiennent une attestation de demande d'asile (anciennement APS et récépissé, 37% du total CDS et 5% PT), mais les documents relatifs aux précédentes étapes sont de plus en plus fréquents, dont les convocations « Dublin » (4% au CDS sur l'ensemble de la période, et 11% sur la seule année 2017).

Les autres documents de séjour régulier et précaire sont principalement des convocations et RV « préfecture » (5% PT) et Autorisations provisoires de séjour (5% PT), alors que 9% des personnes soutenues par les permanences téléphoniques disposent d'un visa de court séjour. Une personne sur dix est déboutée de l'asile (8% CDS et 11% PT), les autres personnes sans-papiers étant plus nombreuses parmi les bénéficiaires des PT (43%) que parmi les patients du Centre de santé (18%).

## VIOLENCES, TRAUMATISMES, RISQUES ET TROUBLES 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. Entre 2012 et 2017, 62% des patients du Comede suivis en médecine déclaraient des antécédents de violence (définition OMS), 15% des antécédents de torture (définition ONU), et 13% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle (voir définition page 70). Parmi les patients suivis en psychothérapie, ces taux s'élèvent respectivement à 93%, 39% et 38% (voir tableau ci-contre). Les demandeurs d'asile sont 81% à déclarer des antécédents de violence, 21% de torture et 19% de violence liée au genre. Les antécédents de torture sont plus fréquents parmi les hommes (18% vs 9% des femmes), et ceux de violence liée au genre plus fréquents chez les femmes (30% vs 4%).

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. Le risque relatif d'être suivi en psychothérapie au Comede est de 1,5 en cas d'antécédent de violence, de 2,6 en cas d'antécédent de torture et de 2,9 en cas d'antécédent de violence liée au genre ( $p < 0,001$ ). Pour les femmes, ces risques sont respectivement de 1,6 – 2,9 – 2,5. Pour les hommes, ils sont de 1,5 – 2,7 – 3,8. On observe ainsi des conséquences psychiques comparables parmi les personnes ayant subi des violences 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.

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

## Antécédents de violences, de torture et de violence de genre parmi les patients du Centre de santé 2012-2017

### PAR GROUPE VULNERABLE

File active	n	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD V. genre
Médecine	5881	62%	15%	13%
Femmes	2065	60%	9%	30%
Hommes	3816	63%	18%	4%
Dem. asile	3418	81%	21%	19%
Psychothér.	857	93%	39%	38%
Femmes	333	94%	26%	74%
Hommes	524	92%	48%	15%

### SELON LE PAYS D'ORIGINE ET LE STATUT SOCIAL

File active	n	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD Vgenre
Médecine	5881	62%	15%	13%

#### Pays d'origine

Afghanistan	52	60%	9%	0%
Bangladesh	935	71%	9%	3%
Birmanie	52	69%	15%	6%
Congo RD	1190	67%	20%	23%
Côte d'Ivoire	268	62%	4%	20%
Guinée C.	719	78%	29%	24%
Mauritanie	134	68%	16%	7%
Russie/Tch.	88	74%	20%	2%
Soudan	69	75%	29%	7%
Sri Lanka	518	87%	32%	12%
Turquie	43	79%	35%	5%

#### Formation

Aucune	439	61%	12%	13%
Primaire	1330	64%	14%	12%
Secondaire	1924	67%	16%	15%
Profession.	286	71%	18%	20%
Universitair.	957	74%	20%	15%

#### Profession

Commerç	920	82%	18%	14%
Employé	712	76%	20%	16%
Ouvrier	282	67%	19%	9%
Prof. inter.	343	65%	16%	16%
Prof. intell.	269	69%	19%	12%
Sans	1583	58%	11%	17%

### SELON LA SITUATION DE VULNERABILITE SOCIALE

File active	n	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD VGenre
Médecine	5881	62%	15%	13%
Détr. sociale	1575	71%	18%	18%
<i>Femmes</i>	655	71%	10%	35%
<i>Hommes</i>	920	71%	24%	6%
Isol. relat.	1250	77%	24%	23%
Défaut. alim.	1392	75%	21%	20%



le pays d'origine. Les antécédents de torture sont plus fréquents parmi les exilé.e.s originaires de Turquie (35%), Sri-Lanka (32%), Guinée et Soudan (29%), et les violences liées au genre plus fréquentes parmi les Guinéens (24%), Congolais /RD (23%) et Ivoiriens (20%). Pour l'ensemble des nationalités, les violences et les tortures sont d'autant plus fréquentes que le niveau de formation initiale était élevé ( $p < 0,001$ ). Les antécédents de torture sont plus nombreux chez les personnes qui exerçaient une profession intellectuelle (19%), les employés (20%) et ouvriers (19%), alors que les violences liées au genre culminent parmi les personnes sans profession (17%).

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 (35%) et de torture chez les hommes concernés (24%). La corrélation est particulièrement forte pour deux facteurs de vulnérabilité : l'isolement relationnel (77% des personnes concernées ont subi des violences) et les difficultés d'accès à l'alimentation (75%).

S'agissant des principaux symptômes et risques (voir tableau ci-contre), la moitié des personnes suivies en psychothérapie au Comede présentent des troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire (50% de l'ensemble, et 54% des demandeurs d'asile). Plus fréquents parmi les personnes ayant subi des violences (54%) et particulièrement les hommes ayant subi des violences de genre (61%), ainsi que parmi les exilés sri-Lankais (59%) et bangladais (58%), ces troubles peuvent constituer un lourd handicap social. Signe de la gravité de ces troubles, les idées suicidaires sont présentes chez 29% de ces patients au cours de l'année écoulée (39% parmi les hommes victimes de violences de genre) et 5% des patients ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie (10% parmi les Sri-Lankais, et 8% parmi les femmes victimes de violence de genre). Au

### Repérage des formes de violence spécifique

Depuis 2017, et au-delà du repérage des antécédents de violence, torture et violences liées au genre, l'équipe du Centre de santé caractérise en outre certaines formes de violence spécifiques. Parmi 369 situations supplémentaires ainsi repérées en 2017 et 2018, les plus fréquentes sont liées à :

- **L'enfermement** : total 56%, détention 38% quasi-exclusivement dans le pays d'origine, séquestration 14% principalement pendant le trajet d'exil et notamment en Libye, rétention en France 3%. Pour les personnes concernées, le risque relatif d'être suivi en psychothérapie (RR Psy) est de 2,2.
- **Les violences liées au trajet d'exil** : total 24%, notamment pendant la traversée du Nord de l'Afrique et de la Méditerranée. RR Psy 1,8.
- **Les viols** : total 15%, répartis entre viols conjugaux 3%, principalement au pays d'origine et souvent facteurs d'exil, et les autres viols 12%, lesquels surviennent en France près de 1 fois sur 5 (18%) ; RR Psy 1,9.
- Enfin, **les mariages forcés** (total 3%) et **les mutilations sexuelles féminines** (2%).

### Principaux symptômes et risques

Consultation de psychothérapie 2012-2017

File active	n	TCAM*	IS	TS	Urg
Total	849	50%	29%	5%	9%

#### Groupes vulnérables

Femmes	326	47%	29%	6%	7%
Hommes	523	52%	29%	3%	9%
Dem asile	557	54%	30%	4%	8%
Détr. Soc.	257	53%	33%	6%	12%

#### ATCD Violence

Violence	791	54%	31%	5%	9%
Torture	379	53%	34%	4%	9%
Genre	330	54%	32%	7%	8%
Femmes	247	51%	30%	8%	8%
Hommes	83	61%	39%	4%	11%

#### Pays d'origine

Bangladesh	93	58%	30%	4%	12%
Congo RD	184	49%	34%	4%	8%
Guinée	227	51%	26%	2%	9%
Sri Lanka	83	59%	35%	10%	7%

\* Troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, Idées suicidaires, Tentative de suicide, Urgences psychiatriques.

total, 9% des patients ont du être adressés aux urgences psychiatriques au cours de la dernière année.

Parmi 1164 situations documentées par les psychologues et les médecins selon la nouvelle catégorisation utilisée depuis 2013, les tableaux cliniques les plus fréquents sont les syndromes psycho-traumatiques et traumas complexes (64% & 5% de l'ensemble), et plus rarement des dépressions (22%) et troubles anxieux (7%), les autres troubles étant rares (2%, incluant des psychoses). La prépondérance des syndromes psychotraumatiques et traumas complexes est plus importante chez les demandeurs d'asile (68% & 6%), les personnes en situation de détresse sociale et les victimes de violence intentionnelle, en particulier les hommes victimes de violence de genre (68% & 10%), alors que les formes dépressives sont plus fréquentes parmi les personnes déboutées de l'asile (38%). La répartition des tableaux cliniques est également très liée au pays d'origine, avec notamment une fréquence élevée des syndromes psychotraumatiques et traumas complexes parmi les Guinéens, et des dépressions parmi les Bangladais.

### Principaux tableaux cliniques

Consultation de psychothérapie et médecine 2013-2017

File active	n	SPT	TC.	DEP	TA
Total	1164	64%	5%	22%	7%

#### Groupes vulnérables

Femmes	413	63%	5%	23%	7%
Hommes	751	64%	6%	20%	6%
Dem. asile	768	68%	6%	17%	7%
Réfugiés/PS	230	63%	7%	21%	5%
Déb. asile	102	46%	6%	38%	6%
Détr. sociale	393	65%	7%	22%	4%

#### ATCD Violence

Violence	1074	66%	5%	20%	6%
Torture	486	69%	8%	19%	2%
Genre	425	69%	6%	19%	4%
Femmes	302	70%	5%	19%	5%
Hommes	123	68%	10%	19%	2%

#### Pays d'origine

Bangladesh	145	49%	5%	26%	15%
Congo RD	248	67%	6%	21%	4%
Guinée	283	75%	7%	14%	2%
Sri Lanka	115	78%	2%	16%	2%

\* Syndrome psychotraumatique, Trauma complexe, Dépression, Trouble anxieux.

### Enquêtes sur les consommations de substances psychoactives parmi les patients du Comede

A l'aide d'un interne de santé publique, une enquête sur les addictions a été réalisée en octobre 2017 parmi les patients du Centre de santé. Durant 2 semaines consécutives, un entretien avec questionnaire a été proposé aux patients. **Cent entretiens ont pu être réalisés**, les répondants étaient majoritairement des hommes (70%), jeunes (âge médian 32 ans), principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (43%), d'Afrique centrale (29%) et d'Asie du Sud (18%). Les résultats (ci-dessous) montrent une proportion d'usagers de drogue relativement faible par rapport à la population générale, et forte concernant les psychotropes, 43% des consommateurs répondant positivement à la question « Avez-vous besoin d'aide ? ». Cette enquête permet d'envisager l'exploration des habitudes de consommation au sein de publics particuliers, selon l'origine géographique ou encore parmi les adolescents exilés isolés, dans l'objectif d'améliorer le dépistage/repérage, ainsi que la prise en charge spécialisée en développant des partenariats avec les structures référentes en addictologie.

- **Tabac** : 18% fument et 15% sont des ex-consommateurs, en moyenne 11 cigarettes par jour. Tous sont des hommes, relativement plus souvent originaires d'Asie du Sud (30%). Parmi les fumeurs actifs, 74% ont envisagé l'arrêt.
- **Alcool** : 16% consommateurs et 14% ex-consommateurs, plus souvent des hommes (87%), plus âgés (35 ans), plus souvent originaires d'Afrique centrale (45%). Les alcools les plus souvent concernés sont la bière (73% des consommateurs), des alcools forts (53%), et du vin (47%). Parmi les consommateurs, 76% boivent lorsqu'ils sont seuls, 62% disent que c'est pour « tenir le coup », 34% rapportent des remarques de leur entourage, 28% ont ressenti le besoin de diminuer, et 21% disent avoir eu des problèmes à cause de l'alcool.
- **Autres drogues** : 4% consommateurs et 6% ex-consommateurs de cannabis, tous des hommes. Parmi les 10 personnes concernées, 9 fumaient du haschich (1 de l'herbe), 9 fumaient seuls, et 5 ont subi des remarques de leur entourage. Trois des 4 consommateurs actifs ont ressenti le besoin de diminuer. Enfin, 1 personne consommait du tabac à sniffer, et 1 était ex-consommatrice de cocaïne.
- **Médicaments**, en moyenne depuis 9 mois :
  - hypnotiques 48% : plusieurs prescripteurs dans 10% des cas, 10% disaient augmenter parfois le dosage,
  - anxiolytiques 31% : plusieurs prescripteurs 13%, augmentation du dosage 14%,
  - antalgiques 29% : plusieurs prescripteurs 24%, augmentation du dosage 10%,
  - antidépresseurs 18%, plusieurs prescripteurs 22%, augmentation du dosage 22%,
- **Polyconsommation** : 23% consommateurs actifs de tabac et/ou alcool et/ou drogue, 59% utilisateurs d'au moins un médicament, 68% consommateurs et/ou utilisateurs de médicament.

## ÉPIDÉMIOLOGIE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE ET TAUX DE PRÉVALENCE

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 nouveaux patients. Au terme de la première consultation et avec l'accord de la personne, 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. Entre 2012 et 2017, le bilan de santé a été pratiqué par 94% des patients (non proposé dans 5% des cas, et refus du patient dans 1% des cas).

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) : 23% des maladies graves recensées étaient connues avant l'arrivée en France (*min*

4% pour les troubles psychiques, *max* 70% pour l'asthme persistant), et 34% au total avaient été diagnostiquées avant le recours au Comede (schistosomose urinaire 5%, handicap 77%). Sous-estimation d'autre part, certains patients 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 plus largement 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 (35% entre 2008 et 2017) et les maladies infectieuses plus d'un quart (27%), les autres maladies chroniques, handicaps et risques médicaux graves représentant 38% 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 14 294 patients suivis en médecine au cours des 10 dernières années.

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

Taux pour 1000 personnes, parmi 14 294 patients suivis en médecine au Centre de santé, 2008-2017

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

	Cas n	Sexe (F/H)	Age médian	Diagnostic *		Taux de prévalence par région d'origine (p. 1000)							
				pays	Fra.*	AFC 3190	AFE 337	AFN 337	AFO 3814	ASC 162	ASS 4944	EUE 953	TOT 14294
Troubles psych.	<b>2 611</b>	40%	31 ans	4%	10%	240	187	101	225	216	109	246	<b>183</b>
Mal. cardio-vas.	<b>1 058</b>	48%	49 ans	50%	67%	148	9	101	60	25	38	58	<b>74</b>
Infection à VHB	<b>963</b>	16%	30 ans	8%	26%	66	50	18	141	74	25	35	<b>67</b>
Diabète	<b>735</b>	32%	44 ans	53%	69%	58	12	131	29	6	68	21	<b>51</b>
Infection à VHC	<b>245</b>	36%	41 ans	16%	34%	32	3	18	7	56	7	57	<b>17</b>
Asthme persist.	<b>230</b>	26%	34 ans	70%	83%	8	12	27	23	12	17	12	<b>16</b>
Infection à VIH	<b>200</b>	69%	34 ans	24%	32%	27	15	3	24	-	<1	5	<b>14</b>
Bilharziose Uri.	<b>86</b>	8%	26 ans	5%	5%	1	-	-	21		-	-	<b>6</b>
Cancer	<b>78</b>	54%	45 ans	35%	60%	8	-	21	4	6	2	13	<b>5</b>
Handicap	<b>75</b>	21%	31 ans	69%	77%	5	-	12	7	6	3	13	<b>5</b>
Tuberculose	<b>72</b>	31%	33 ans	4%	25%	10	-	-	5	6	3	2	<b>5</b>

\* 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.

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

Taux pour 1000 personnes, parmi 14 294 patients suivis en médecine au Centre de santé, 2008-2017

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

Région & Pays <i>effectifs Femmes - Hommes</i> )	ANGUILL.		ASTHME		CANCER		DIABETE		HANDICAP		M. CARD.	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Taux global 4 211-10 083	10	22	14	17	10	4	55	50	4	6	120	55
TG 2012-2017 2065-3816	12	25	17	16	8	4	55	60	6	9	134	68
Détresse sociale 636-894	14	29	17	9	8	9	83	58	9	17	104	56
Violence de genre 622-159	18	50	16	-	5	-	29	6	6	13	63	44
Taux global France	*	*	67	67	21	23	50	50	nc	nc	nc	nc
Taux global Monde	*	*	45	45	7	6	85	85	nc	nc	nc	nc
Afrique australe 64-30	15	33	16	67	63	-	125	233	-	-	312	267
Afrique centrale 1 797-1 393	12	33	7	8	11	4	50	68	3	8	152	141
Angola/Cabinda 98-102	20	29	20	10	-	-	71	98	10	-	224	196
Cameroun 131-98	23	10	8	-	23	-	99	61	8	-	290	102
Congo 198-194	5	26	10	5	20	4	40	93	5	5	126	119
Congo RD 1 306-938	12	38	6	10	9	5	45	62	2	11	139	145
Afrique de l'Est 85-252	12	8	12	12	-	-	24	8	-	-	12	8
Erythrée 19-43	-	-	1 cas	47	-	-	-	23	-	-	1 cas	-
Soudan 12-152	-	7	-	7	-	-	-	7	-	-	-	7
Afrique du Nord 117-220	*	*	-	41	26	18	179	105	-	18	188	55
Algérie 84-127	*	*	-	24	24	16	202	143	-	16	162	71
Maroc 22-35	*	*	-	114	-	29	3 cas	86	-	57	2 cas	9
Tunisie 10-56	*	*	-	36	1 cas	-	1 cas	36	-	-	1 cas	-
Afrique de l'Ou. 1 090-2 724	13	15	17	25	7	2	44	23	5	8	93	47
Côte d'Ivoire 232-318	17	25	13	9	4	6	26	25	-	3	82	44
Guinée Conakry 462-920	13	20	11	4	9	2	32	23	2	7	61	39
Mali 101-583	-	7	40	41	-	2	99	7	2	9	189	33
Mauritanie 63-455	16	-	48	44	16	4	63	13	-	18	95	42
Nigeria 64-125	-	24	16	40	16	8	16	80	16	-	31	72
Sénégal 75-140	27	7	13	57	-	-	80	36	13	14	160	107
Sierra Leone 18-35	56	57	-	57	-	-	1 cas	-	-	-	3 cas	57
Togo 30-48	-	21	33	21	33	-	67	21	-	-	233	104
Asie centrale 27-135	*	*	1 cas	7	-	7	1 cas	-	-	7	3 cas	7
Afghanistan 8-114	*	*	-	-	-	9	-	-	-	9	1 cas	-
Asie de l'Est 36-68	-	15	-	-	-	-	56	44	-	-	56	59
Birmanie 8-52	-	19	-	-	-	-	-	38	-	-	-	38
Asie du Sud 578-4 366	5	30	24	16	3	2	80	66	2	3	57	36
Bangladesh 145-2 320	14	40	7	9	-	3	28	75	7	2	28	34
Inde 10-102	-	29	-	9	-	10	-	29	-	10	1 cas	59
Pakistan 11-251	-	8	-	36	-	-	3 cas	112	-	-	1 cas	64
Sri Lanka 409-1 685	2	20	32	12	5	1	95	50	-	4	67	33
Caraïbes 68-62	-	-	44	16	15	16	29	129	-	-	162	113
Haïti 68-56	-	-	44	18	15	18	29	125	-	-	162	107
Europe de l'Est 285-668	-	1	25	6	14	12	32	16	18	10	116	33
Arménie 45-40	-	-	22	-	22	25	22	-	44	25	111	50
Géorgie 29-73	-	-	103	-	-	27	-	55	-	14	3 cas	41
Russie/Tchéchén. 109-208	-	5	18	5	9	5	37	14	9	10	119	43
Turquie 46-275	-	-	-	11	-	4	43	11	-	7	87	7
Moyen-Orient 28-116	-	-	-	9	-	-	2 cas	9	-	-	3 cas	69
Egypte 3-57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35

ANGUILL. Anguillulose intestinale, plus fréquente en zone inter-tropicale, ASTHME Asthme persistant, M. CARD. Maladies cardio-vasculaires, dont hypertension artérielle, TG Taux global ATCDS V. Genre antécédents de violence liée au genre

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

Taux pour 1000 personnes, parmi 14 294 patients suivis en médecine au Centre de santé, 2008-2017

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

Région & Pays <i>effectifs Femmes - Hommes</i> )	TBL. PSY.		SCHIS. H		TUBERC.		INF. VHB		INF. VHC		INF. VIH	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Taux global 4 211-10 083	248	156	3	8	5	5	38	80	21	16	33	6
TG 2012-2017 2065-3816	255	234	<1	10	6	6	35	88	20	19	40	10
Détresse sociale 636-894	241	276	2	10	8	9	36	81	17	29	64	18
Violence de genre 622-159	590	849	2	13	5	6	37	82	11	6	51	25
Taux global France	57	47	nc	nc	0,07	0,07	2	11	6	4	2	2
Taux global Monde	nc	nc	nc	nc	2,3	2,3	63	63	23	23	5	5
Afrique australe 64-30	172	67	-	-	16	-	-	-	-	67	16	33
Afrique centrale 1 797-1 393	231	251	1	1	8	13	35	105	33	32	36	17
Angola/Cabinda 98-102	153	196	-	-	10	29	82	147	61	78	31	20
Cameroun 131-98	122	163	-	-	15	10	53	173	92	41	76	41
Congo 198-194	283	216	-	-	-	10	15	119	30	-	30	21
Congo RD 1 306-938	241	276	1	1	8	13	32	88	26	33	30	13
Afrique de l'Est 85-252	247	167	-	-	-	-	35	56	12	-	62	-
Erythrée 19-43	2 cas	140	-	-	-	-	1 cas	-	-	-	-	-
Soudan 12-152	3 cas	171	-	-	-	-	1 cas	86	-	-	-	-
Afrique du Nord 117-220	137	82	**	**	-	-	17	18	9	23	-	5
Algérie 84-127	155	102	**	**	-	-	-	8	9	16	-	8
Maroc 22-35	2 cas	57	**	**	-	-	-	29	1 cas	29	-	-
Tunisie 10-56	-	35	**	**	-	-	2 cas	36	-	36	-	-
Afrique de l'Ou. 1 090-2 724	286	201	5	28	5	6	68	170	12	5	61	10
Côte d'Ivoire 232-318	246	160	-	13	9	13	39	148	30	19	103	28
Guinée Conakry 462-920	364	414	4	12	4	3	74	143	11	2	54	9
Mali 101-583	139	45	20	41	-	3	99	198	10	3	10	5
Mauritanie 63-455	270	79	-	44	-	2	111	196	-	4	32	7
Nigeria 64-125	297	200	-	-	-	24	31	112	-	-	47	6
Sénégal 75-140	200	29	-	21	-	7	53	200	-	-	27	7
Sierra Leone 18-35	15 cas	114	-	-	-	-	2 cas	286	-	-	-	-
Togo 30-48	400	188	-	21	-	-	67	104	-	-	133	21
Asie centrale 27-135	7 cas	207	**	**	-	7	5 cas	52	5 cas	37	-	-
Afghanistan 8-114	5 cas	237	**	**	-	-	-	18	-	26	-	-
Asie de l'Est 36-68	222	221	**	**	-	-	83	132	28	-	-	-
Birmanie 8-52	4 cas	288			-	-	-	135	-	-	-	-
Asie du Sud 578-4 366	242	92	**	**	2	3	2	28	-	8	-	<1
Bangladesh 145-2 320	234	89	**	**	-	3	7	44	-	<1	-	<1
Inde 10-102	-	39	**	**	1 cas	20	2 cas	24	-	-	-	10
Pakistan 11-251	1 cas	127	**	**	-	4	-	56	-	127	-	-
Sri Lanka 409-1 685	257	94	**	**	-	2	-	3	-	1	-	-
Caraïbes 68-62	176	129	-	-	15	-	74	65	-	-	-	32
Haïti 68-56	176	143	-	-	15	-	74	71	-	-	-	18
Europe de l'Est 285-668	322	213	**	**	-	3	4	48	28	69	4	6
Arménie 45-40	267	125	**	**	-	-	-	-	22	25	-	-
Géorgie 29-73	12 cas	342	**	**	-	14	-	41	-	370	-	-
Russie/Tchéchén. 109-208	367	207	**	**	-	-	9	38	28	68	9	10
Turquie 46-275	391	211	**	**	-	4	-	55	-	-	-	-
Moyen-Orient 28-116	6 cas	129	-	-	-	-	-	9	-	26	-	9
Egypte 3-57	-	26	-	-	-	-	-	18	-	53	-	-

Troubles psychiques graves, \*\* Shistosomose à haematobium (bilharziose urinaire, en Afrique et au Moyen-Orient), Tuberculose-maladie, Infection chronique par le VHB, Infection chronique par le VHC, Infection par le VIH/sida

## Taux de prévalence par classe d'âge

Taux pour 1000 personnes, parmi 14 294 patients suivis en médecine au Centre de santé, 2008-2017  
Les cases foncées ■ signalent les taux de prévalence supérieurs au taux global

Affection (effectif)	n	<15 ans 213	15-19 990	20-24 1914	25-29 3445	30-34 2910	35-39 1911	40-44 1132	45-49 667	50-54 397	55-59 289	60-64 184	≥65 ans 242	Total 16 095
Troubles psy.	2 611	61	93	221	197	199	206	178	177	144	149	60	29	183
Mal. cardio-vas	1 058	9	-	6	14	31	60	137	213	315	449	582	541	74
Infection à VHB	963	52	67	82	70	74	67	65	42	55	34	33	17	67
Diabète	735	-	2	6	14	30	63	114	145	209	187	272	223	51
Infection VHC	245	-	6	4	10	13	17	27	31	58	42	87	103	17
Asthme persist.	230	14	7	10	14	15	19	20	30	40	10	16	29	16
Infection à VIH	200	-	5	12	10	14	17	24	28	20	21	16	8	14
Handicap	86	14	2	5	4	6	7	4	9	3	7	-	-	6
Cancer	78	-	-	1	2	3	5	11	15	20	28	54	8	5
Bilharziose Uri.	75	-	27	5	8	5	3	3	3	-	-	-	-	5
Tuberculose	72	5	2	5	4	5	4	11	6	10	7	-	4	5

■ **Troubles psychiques graves** : 2 611 diagnostics dont 4% étaient connus au pays. Taux global de 183 pour 1000 (femmes 248, hommes 156). Plus fréquent parmi les exilés d'Europe de l'Est (femmes 322, hommes 213), d'Afrique centrale (hommes 251), d'Afrique de l'Ouest (femmes 286, hommes 201), d'Asie centrale (hommes 207), et d'Afrique de l'Est (femmes 247). Taux plus élevés entre 20 et 40 ans (max. 221 entre 20 et 25 ans).

■ **Maladies cardio-vasculaires** : 1 058 diagnostics dont 50% connus au pays. Taux global de 74 pour 1000 (femmes 120, hommes 55). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique australe (femmes 312, hommes 267), d'Afrique centrale (femmes 152, hommes 141), et des Caraïbes (femmes 162, hommes 113). Augmentation progressive des taux avec l'âge (max. 541 pour les ≥ 65 ans).

■ **Infection à VHB** : 963 diagnostics dont 8% connus au pays. Taux global de 67 pour 1000 (femmes 38, hommes 80). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 68, hommes 170), d'Asie de l'Est (femmes 83, hommes 132), d'Asie centrale (ensemble 74), d'Afrique centrale (hommes 105), et des Caraïbes (femmes 74). Taux plus élevés entre 20 et 35 ans (max. 82 entre 20 et 25 ans).

■ **Diabète** : 735 diagnostics dont 53% connus au pays. Taux global de 51 pour 1000 (femmes 55, hommes 50). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (femmes 179, hommes 105), des Caraïbes (hommes 129), d'Asie du Sud (femmes 80, hommes 66) et d'Afrique centrale (hommes 68). Fréquence progressive avec l'âge (max. 272 entre 60 et 65 ans).

■ **Infection à VHC** : 245 diagnostics dont 16% connus au pays. Taux global de 17 pour 1000 (femmes 21, hommes 16). Plus fréquent parmi les exilés d'Europe de l'Est (femmes 28, hommes 69), d'Asie centrale (hommes 37), d'Afrique centrale (femmes 33, hommes 32), et du Moyen-Orient (hommes 26), et d'Afrique du Nord (hommes 23). Fréquence progressive avec l'âge (max. 103 pour les ≥ 65 ans).

■ **Asthme persistant** : 230 diagnostics dont 70% connus au pays. Taux global de 16 pour 1000 (femmes 14, hommes 17). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (hommes 41), d'Afrique de l'Ouest (hommes 25) et des Caraïbes (femmes 44). Taux plus élevés entre 35 et 55 ans (max. 40 entre 50 et 55 ans).

■ **Infection à VIH-sida** : 200 diagnostics dont 24% connus au pays. Taux global de 14 pour 1000 (femmes 33, hommes 6). Plus fréquent

### Taux de prévalence des maladies et corrélation avec la détresse sociale et les violences de genre

Les données relatives à la vulnérabilité sociale et aux antécédents de violence sont accessibles depuis 2012 (voir en début de chapitre). Les taux de prévalence par sexe ont pu être calculés entre 2012 et 2017 (voir tableaux pp 88 et 89, 1ères lignes en gris) pour l'ensemble des patients sur la période (taux global, ligne 1), pour les personnes en situation de détresse sociale (ligne 2) et pour les victimes de violence de genre (ligne 3). Les personnes en situation de **détresse sociale** présentent des taux de prévalence plus élevés pour l'infection à VIH, le handicap, la tuberculose et l'anguillulose. Les victimes de **violences de genre** présentent des taux plus élevés pour les troubles psychiques, l'infection par le VIH, et l'anguillulose.

parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 36, hommes 17), d'Afrique de l'Ouest (femmes 61, hommes 10), et d'Afrique de l'Est (femmes 62). Taux plus élevés entre 35 et 65 ans (max. 28 pour les 45-50 ans).

- **Cancer** : 78 diagnostics dont 35% connus au pays. Taux global de 5 pour 1000 (femmes 10, hommes 4). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (femmes 26, hommes 18), des Caraïbes (femmes 15, hommes 16), et d'Europe de l'Est (femmes 14, hommes 12). Fréquence progressive avec l'âge (max. 54 entre 60 et 65 ans).

- **Handicap** : 75 diagnostics dont 69% connus au pays. Taux global de 5 pour 1000 (femmes 4, hommes 6). Plus fréquent parmi les exilés d'Europe de l'Est (femmes 18, hommes 10), d'Afrique du Nord (hommes 18), et d'Afrique de l'Ouest (hommes 8). Taux plus élevés avant 15 ans (14) et entre 45 et 50 ans (9).

- **Tuberculose** : 72 diagnostics dont 4% connus au pays. Taux global de 5 pour 1000 (femmes 5, hommes 5). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 8, hommes 13), des Caraïbes (femmes 15) et d'Asie centrale (hommes 7). Taux plus élevés entre 40 et 60 ans (max. 11 pour les 40-45 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 28), ainsi que de l'anguillulose intestinale (risque de forme maligne en cas d'immunodépression) notamment chez les exilés d'Afrique centrale (hommes 33), et d'Asie du Sud (hommes 30). Les schistosomoses urinaires sont plus fréquentes entre 15 et 20 ans (taux de 27).

### EPIDEMIOLOGIE PAR GROUPE VULNERABLE ET PAR DISPOSITIF DE SOUTIEN

Les **femmes exilées** (voir tableaux pages 84-85) sont plus souvent atteintes que les hommes d'infection à VIH (5 fois plus), maladies cardiovasculaires et cancers (x 2), ainsi que de troubles psychiques graves (x 1,6) et d'hépatite C chronique (x1,3). Par taux de prévalence décroissant, elles sont principalement atteintes de troubles psychiques (taux global 248 pour 1000, plus élevé parmi les femmes originaires d'Europe de l'Est et d'Afrique de l'Ouest), de maladies cardiovasculaires (120, plus élevé pour l'Afrique australe et l'Afrique du Nord), de diabète (55, plus élevé pour l'Afrique du Nord et l'Afrique australe), d'infection chronique par le VHB (38, plus élevé pour l'Asie de l'Est, l'Afrique de l'Ouest et Haïti), d'infection par le VIH (33, plus élevé pour l'Afrique de l'Est, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale), et d'infection chronique par le VHC (21, plus élevé pour l'Afrique centrale, l'Asie de l'Est et l'Europe de l'Est).

Les **demandeurs d'asile** soignés au Centre de santé pour une affection grave sont plus souvent atteints de syndromes psychotraumatiques et traumatismes complexes que les autres exilés, en lien avec la fréquence des antécédents de violence (voir troubles psychiques page 80).

Les **migrants âgés ≥ 60 ans** (voir tableau page suivante) sont principalement atteints de maladies cardio-vasculaires (taux global 559 pour 1000, plus élevé parmi les exilés d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest), de diabète

### Migrants âgés, taux de prévalence par région et par pays d'origine

Taux pour 1000 personnes, parmi 426 patients ≥60 ans accueillis en médecine au Centre de santé, 2008-2017  
Les cases foncées ■ signalent les taux de prévalence supérieurs au taux global

	AST	CAN	DIA	IRC	MCV	PSY	THY	VHB	VHC	VIH
taux global	23	28	244	28	559	42	19	23	96	12
Afrique centrale	181	28	50	193	33	657	55	11	33	199
Congo RD	118	17	59	178	51	636	68	8	34	212
Afrique du Nord	35	-	-	257	57	486	-	29	-	-
Algérie	33	-	-	272	61	485	-	30	-	-
Afrique de l'Ouest	61	-	-	180	33	590	16	16	33	33
Asie du Sud	71	56	14	465	28	380	28	28	14	-
Sri Lanka	64	63	16	453	16	375	31	31	-	-

AST Asthme persistant, CAN Cancer, DIA Diabète, IRC Insuffisance rénale chronique, MCV Maladies cardio-vasculaires dont hypertension artérielle, PSY Trouble psychique grave, THY Maladies de la thyroïde

(244, plus élevé pour l'Asie du Sud et l'Afrique du Nord), d'infection chronique par le VHC (96, plus élevé pour l'Afrique centrale), et de troubles psychiques graves (42, plus élevé pour l'Afrique centrale). On observe également un taux de prévalence de 28 pour les cancers et pour l'insuffisance rénale chronique.

Les enfants mineurs <18 ans (voir tableau ci-dessous) sont principalement atteints d'infection chronique par le VHB (taux global 66 pour 1000, plus élevé parmi les jeunes d'Afrique de l'Ouest), et de troubles psychiques graves (49, plus élevé parmi les exilés d'Afrique centrale, d'Europe de l'Est et du Moyen-Orient).

La schistosomose urinaire est fréquente parmi les jeunes originaires d'Afrique de l'Ouest (taux global 58, Mali 90), ainsi que l'anguillulose parmi les Indiens (50). La drépanocytose homozygote n'est pas rare chez les jeunes originaires d'Afrique centrale (17).

Enfin, si l'on considère l'origine géographique, les exilés originaires d'Afrique cumulent les risques de maladie grave (voir tableaux pages 83 et suiv.). Parmi ceux d'Afrique centrale, les troubles psychiques graves (240 pour 1000), les maladies cardiovasculaires (148), le diabète (58), l'infection à VHC (32) et l'infection à VIH (27) sont particulièrement fréquents. Parmi

### Enfants mineurs, taux de prévalence par région et par pays d'origine

Taux pour 1000 personnes, parmi 935 patients <18 ans accueillis en médecine au Centre de santé, 2008-2017  
Les cases foncées ■ signalent les taux de prévalence supérieurs au taux global

	ANG	AST	DRE	HAN	PSY	S.H.	TUB	VHB	VHC	VIH
taux global	10	6	4	4	49	28	3	66	5	2
Afrique centrale	174	11	-	17	11	75	11	11	34	-
Congo RD	123	16	-	8	8	81	8	7	8	-
Afrique du Nord	47	-	-	-	21	21	-	-	21	-
Afrique de l'Ouest	432	12	7	2	5	37	58	2	123	5
Côte d'Ivoire	60	17	-	17	-	67	17	-	17	-
Guinée	76	13	26	-	-	66	13	-	92	-
Mali	245	12	4	-	4	20	90	-	159	4
Asie du Sud	125	16	8	-	-	24	-	-	-	8
Bangladesh	41	-	24	-	-	24	-	-	-	-
Inde	40	50	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Est	44	-	-	-	-	91	-	-	23	-
Moyen-Orient	47	-	-	-	-	64	-	-	-	21
Egypte	42	-	-	-	-	71	-	-	-	24

ANG Anguillulose, AST Asthme persistant, DRE Drépanocytose homozygote, HAN Handicap, PSY Trouble psychique grave, S.H. Schistosomose à haematobium (bilharziose urinaire), TUB Tuberculose



ceux d'Afrique de l'Ouest, c'est le cas des psychotraumatismes (225), de l'infection à VHB (141), et de l'infection à VIH (24). Pour les exilés d'Afrique de l'Est, il s'agit des troubles psychiques (187) et du VIH (27), et pour ceux d'Afrique du Nord, du diabète (131) des maladies cardiovasculaires (101). Concernant enfin les exilés originaires des autres continents, on observe pour l'Europe de l'Est des taux de prévalence très élevés pour les troubles psychiques (246) et l'infection par le VHC (57), et pour l'Asie du Sud du diabète (68).

Contrairement aux données d'observation du Centre de santé, celles des autres dispositifs d'observation du Comede ne permettent pas d'évaluer des taux de prévalence. 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. Et comme à l'Espace santé droit (voir page 41), la fréquence des sollicitations dans ces domaines conduit à une sur-représentation des personnes atteintes de maladie grave au sein de ces deux dispositifs de soutien.

Pour autant, l'analyse du poids relatif des différentes pathologies graves au sein des dispositifs du Comede permet de dégager un certain nombre de priorités en matière d'accès aux soins et aux droits. Les consultants et répondants du Comede ont ainsi recensé 3 392 maladies et risques médicaux graves en 2017

(voir tableau ci-contre). Les maladies chroniques représentent 55% de la pathologie (plus des deux tiers dans les PT), les troubles psychiques 23% (38% au CDS), et les maladies infectieuses et parasitaires 21% (26% à l'ESD). Certaines maladies sont sur-représentées parmi les personnes soutenues par les permanences téléphoniques et à l'ESD. Il s'agit en premier lieu du cancer (1% « seulement » parmi les patients du Centre de santé, mais 16% dans les PT et 5% à l'ESD), ainsi que les handicaps graves (2% au CDS, 8% dans les PT et à l'ESD), et l'infection par le VIH (3% CDS, 5% PT et 11% ESD). A contrario, les personnes souffrant de troubles psychiques graves sont sous-représentées parmi les bénéficiaires des dispositifs de soutien hors-CDS ■

### Répartition des pathologies graves

AU SEIN DES DIFFERENTS DISPOSITIFS DU COMEDE EN 2017

	n	CDS	PT	ESD
<b>Maladies chr.</b>	<b>1882</b>	<b>37%</b>	<b>66%</b>	<b>56%</b>
Asthme	>21	2%	<1%	<1%
Cancer	343	1%	16%	5%
Diabète	310	8%	10%	9%
Drepanocyto.	>59	<1%	3%	<1%
Handicap	189	2%	8%	8%
Insuf. rénale	>62	<1%	3%	<1%
M. cardio-va.	350	11%	10%	11%
<b>Malad Inf. P.</b>	<b>722</b>	<b>24%</b>	<b>19%</b>	<b>26%</b>
Inf. à VHB	346	11%	10%	10%
Inf. à VHC	77	2%	2%	5%
Inf. à VIH	159	3%	5%	11%
Tuberculose	>44	1%	2%	<1%
<b>Troubles psy.</b>	<b>788</b>	<b>38%</b>	<b>15%</b>	<b>18%</b>
<b>Total</b>	<b>3 392</b>	<b>1 158</b>	<b>2 034</b>	<b>200</b>





## 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 (Assurance maladie, CMUc et Aide médicale Etat / AME) pour les étrangers en séjour précaire. Dans les périodes d'attente ou de rupture de droits pour la protection maladie, ils/elles 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 la loi de janvier 2016 (Art. L. 1110-13).

### PROGRESSION DES DISCRIMINATIONS A L'EGARD DES PLUS VULNERABLES

Dans l'introduction de son rapport de mai 2016 sur *Les droits fondamentaux des étrangers en France*, le Défenseur des droits rappelle 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 s'est passé dans notre pays au cours des vingt 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 résidence depuis 2003, 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 sans-papiers directement visés par ces réformes, c'est l'ensemble des

migrants/étrangers en séjour précaire, incluant les demandeurs d'asile (voir Populations page 62) qui se trouvent fragilisés 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 PUMa (2015-2017) a apporté certains progrès afin d'éviter les périodes de rupture de droits à l'Assurance maladie pour la population en général, mais elle a durci les conditions réservées aux étrangers en séjour précaire, dont les demandeurs d'asile (voir encadré Puma page 95 et Accès aux droits page 102).

Dans ce contexte, les dispositifs dédiés à l'accès aux soins des migrants 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 (CMUc 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, financiers ou autres, ces discriminations pouvant avoir des conséquences graves à court et moyen terme.

Dans l'observation du Comede portant sur 19 280 exilé.e.s accompagnées entre 2012 et 2017 (9 939 au Centre de santé CDS et 9 341 par les Permanences téléphoniques nationales PT, voir tableaux ci-dessous), l'absence de protection maladie est directement liée à la précarité du séjour (absence de droit ou documents précaires de séjour, voir Etat de santé page 79), qui affecte 91% des patients du CDS et 85% des bénéficiaires des PT. Alors

même que la quasi-totalité des personnes concernées remplissent les critères financiers d'ouverture de droits à la CMUc ou à l'AME (99% CDS et 93% PT), et d'ancienneté de résidence (en France en moyenne depuis 2 ans CDS et 6 ans PT), une grande partie d'entre elles sont dépourvues de protection maladie lors du premier recours au Comede (78% CDS et 28% PT). En outre, près de la moitié des bénéficiaires du CDS ne peuvent communiquer en français ou en anglais (39%, voir Etat de santé page 76).

Les interprétations de ces données doivent 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).

### Vulnérabilité sociale et absence de protection maladie

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

PATIENTS DU CENTRE DE SANTE  
A LA PREMIERE CONSULTATION, 2012-2017

	n	Obs. Lang.	Séj. préc.	pas de PMal.
Total	9 939	30%	91%	78%

#### Groupes vulnérables

Femmes	3395	30%	94%	82%
Dem. asile	5088	45%	100%	80%
Agés ≥ 60	457	53%	97%	81%
Mineurs < 18	663	28%	-	61%
Malades	4693	36%	92%	75%

#### Région d'origine

Afrique C.	2535	12%	94%	83%
Afrique E.	271	53%	97%	80%
Afrique N.	345	26%	89%	78%
Afrique O.	2857	19%	84%	74%
Asie de l'E.	107	82%	93%	65%
Asie du S.	2748	73%	96%	80%
Europe E.	493	82%	94%	70%
Moyen-Or.	130	68%	65%	71%

#### Etudes et formation

Aucune	701	57%	83%	77%
Primaire	2151	48%	90%	80%
Profess.	512	21%	97%	82%
Secondaire	3317	39%	94%	83%
Université	1612	23%	96%	84%

BENEFICIAIRES DES PT NATIONALES  
AU PREMIER APPEL, 2012-2017

	n	Ress. < CMUc	Séjour préc.	pas de PMal.
Total	9 341	93%	85%	28%

#### Groupes vulnérables

Femmes	4040	93%	85%	34%
Dem. Asile	555	99%	100%	25%
Agés ≥ 60 ans	1186	90%	86%	48%
Mineurs < 18	783	93%	-	51%
Malades	5061	94%	90%	25%

#### Région d'origine

Afrique Austr.	235	93%	82%	42%
Afrique centr.	1425	93%	89%	23%
Afrique Nord	2777	92%	86%	38%
Afrique Ouest	2350	94%	87%	22%
Asie du Sud	334	94%	90%	20%
Europe de l'Est	986	94%	88%	18%
Europe de l'O.	538	88%	54%	26%
Moyen-Orient	194	92%	80%	43%

#### Région de résidence

Auv. & R.-Alp.	359	92%	89%	26%
Grand-Est	103	99%	79%	19%
Ile-de-France	5822	93%	88%	31%
Occitanie	342	85%	64%	34%
Paca	1721	93%	80%	16%

Certains groupes démographiques cumulent les facteurs de risque d'exclusion des soins :

- les demandeurs d'asile : 100% en séjour précaire, 80% sans protection maladie (CDS), et 45% allophones (CDS) ;
- les migrants âgés : 86% en séjour précaire (PT), 53% allophones (CDS) et 48% sans protection (PT) ;
- les personnes résidant en Ile-de-France et en Occitanie sont plus souvent dépourvues de protection maladie que les autres bénéficiaires des PT nationales ;
- enfin, les obstacles linguistiques sont très liés à la région d'origine et au niveau d'études (voir Populations page 67).

### OBSTACLES A L'ACCES AUX SOINS FREQUENCE ET CARACTERISTIQUES

Les consultants et répondants téléphoniques signalent dans la base de données les obstacles à l'accès aux soins ayant conduit les personnes à recourir au Comede. Compte-tenu de l'absence d'exhaustivité de ce recueil, les taux globaux observés entre 2012 et 2017 dans les consultations du Centre de santé (taux de 55 pour 1000 pour les obstacles signalés) et permanences téléphoniques (taux de 135 pour 1000) représentent une sous-estimation du phénomène dans ces populations. Il est cependant intéressant de noter les situations où ces taux sont plus élevés, c'est le cas :

- au sein des pôles Santé mentale (242 PT), et Socio-juridique (175 CDS et 174 PT),
- parmi les groupes vulnérables, les enfants mineurs (202 PT), les migrants âgés (196 PT et 96 CDS) et les femmes (172 PT et 56 CDS) ;
- selon l'origine géographique, en particulier parmi les exilés du Moyen-Orient (241 PT), d'Afrique de l'Est (210 PT), d'Asie centrale (201 PT) et d'Europe de l'Ouest (201 PT) ;
- et enfin selon la région de résidence pour les bénéficiaires des PT.

Les obstacles recensés sont caractérisés dans le cadre des permanences téléphoniques nationales depuis 2012. La grande majorité d'entre eux (79%, voir tableau ci-contre) sont liés aux difficultés d'accès à la protection

### Fréquence des obstacles signalés

CENTRE DE SANTE ET PERMANENCES TELEPHONIQUES  
NATIONALES, 2012-2017

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

51 112 consultations et 14 418 appels	CDS		PT	
	n	‰	n	‰
<b>Total obstacles</b>	2836	55	1944	135

#### Pôle d'activité

Infirmier	1329	108		
Santé mentale	44	6	182	242
Socio-juridique	846	175	1290	174

#### Groupe vulnérable

Femmes	1028	56	908	172
Demand. d'asile	1624	49	83	128
Migrants âgés	156	68	240	196
Enfants mineurs	49	24	170	202

#### Région d'origine

Afrique australe	20	49	61	196
Afrique centrale	762	55	192	109
Afrique de l'Est	29	27	30	210
Afrique du Nord	61	66	608	174
Afrique de l'Oue.	712	44	282	99
Asie centrale	26	46	33	201
Asie de l'Est	42	54	16	148
Asie du Sud	927	70	77	176
Europ. de l'Est	168	55	123	101
Europ. de l'Ouest	38	132	142	201
Moyen-Orient	24	66	64	241

#### Région de résidence

Auvergne-Rhône-Alpes	90	164
Bourgogne-Franche-Comté	19	121
Centre-Val-de-Loire	14	124
Grand-Est	34	171
Hauts-de-France	25	175
Ile-de-France	1213	147
Normandie	31	261
Nouvelle-Aquitaine	23	147
Occitanie	89	135
Pays-de-la-Loire	12	119
Provence-Alpes-Côte d'Azur	230	69

### Caractéristiques des obstacles signalés

PERMANENCES TELEPHONIQUES NATIONALES,  
1944 obstacles signalés entre 2012 et 2017

14 418 appels dont 753 PT PSY	PT NAT		PT PSY	
	n	%	n	%
<b>Total obstacles</b>	1944	100%	182	100%
Protect. maladie	1539	79%	8	4%
Linguistique	123	6%	113	62%
Refus de soins	84	4%	8	5%
Sectorisation	13	1%	13	7%
Divers autres	184	9%	38	21%

### Obstacles à l'accès aux soins en Guyane

Depuis le démarrage début 2018 de la permanence téléphonique dédiée aux professionnels et associations en Guyane (voir page 57), 68 obstacles ont été recensés, parmi lesquels les plus nombreux sont liés à la protection maladie (63%) et les difficultés de déplacement (26%), alors que 4 situations de refus de soins ont été repérées.

maladie. Les obstacles linguistiques représentent au moins 6% des cas, sachant que les personnes allophones isolées ne peuvent actuellement solliciter directement la permanence téléphonique du Comede. Les restrictions et refus de soins comptent pour 5% des obstacles recensés. S'agissant des appels reçus par la PT santé mentale, on observe l'impact important des obstacles linguistiques (62%) et liés à la sectorisation des soins (7%, voir page 19).

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

Pour les exilés en situation précaire, les difficultés d'accès aux droits en matière de soins sont liées, d'une part aux contraintes et restrictions prévues par le droit en lien avec les réformes CMU (1999) et PUMa (2015), et d'autre part aux difficultés liées à l'application du droit par les organismes de protection sociale. Ces difficultés peuvent s'analyser en quatre groupes de causes, développées dans la suite de ce chapitre.

1. Le maintien du double-système « Assurance maladie - AME » et ses effets induits. On observe deux difficultés majeures. Premièrement, les problèmes de « tri » conduisent à des impossibilités d'ouvrir les droits théoriques. Les problèmes de détermination du « bon » régime de protection conduisent à des pratiques restrictives (retards dans le traitement des demandes et refus de droits anormaux) et produisent du non-recours aux soins par découragement. Les personnes étrangères sont prises dans un effet ciseau délétère. Du côté des préfectures, on note une

précarisation du séjour qui se manifeste sous deux formes, d'une part la multiplication des titres de séjour précaires (récépissés, Autorisations provisoires de séjour), et 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). 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 au niveau des règles de maintien des droits (voir infra). Ensuite, une augmentation significative des exigences de preuve (état civil, résidence, ressources). La frontière « Assurance maladie – AME » induit des situations au

### Exclus des soins par la Cnamts : ni C-CMUc ni AME ! Cas des personnes dont le titre de séjour est périmé

Depuis juillet 2017, la Cnamts organise l'exclusion des soins de certains assurés sociaux démunis, en interprétant le droit systématiquement dans un sens de « moins-disant-social ». D'abord entre juillet 2017 et février 2018, la caisse nationale a refusé illégalement toute couverture complémentaire aux personnes à faibles ressources dont le titre de séjour n'était pas renouvelé. Le sophisme était le suivant : l'étranger résidant étant dans une période sans titre de séjour valable, il ne peut prétendre à renouveler sa Complémentaire-CMU. Mais la personne bénéficiant d'une prolongation de ses droits à la base, elle ne peut pas non plus bénéficier de l'AME. Face au rappel à l'ordre de la ministre de la Santé en février 2018 confirmant le droit à la Complémentaire-CMU pour ces personnes, la Cnamts a réajusté ses pratiques. Cependant, les CPAM persistent en juin 2018 dans une politique illégale de restriction, en refusant tout droit désormais (seulement) aux personnes qui n'ont pas manifesté à temps leur demande de renouvellement de Complémentaire-CMU. La complexité du droit (ici les règles sur la prolongation des droits en cas de passage en séjour irrégulier) assortie des intentions manifestement restrictives de la Cnamts depuis juillet 2017 conduit donc à l'exclusion des droits et des soins. Début 2019, la mise au point de la Direction de la sécurité sociale est attendue.

traitement complexe, chronophages et parfois ubuesques en matière de ressortissants UE ou de Dispositif soins urgents et vitaux. La deuxième difficulté majeure est liée à la réforme PUMa. D'abord, la réforme durcit la condition de régularité du séjour imposée aux étrangers. Elle exclut 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 début de procédure. Ensuite, la réforme pose problème sur l'articulation entre la durée des droits et la durée du titre de séjour. Le séjour irrégulier étant un motif de cessation de l'assurance maladie et de la CMU-C, les caisses sont amenées à limiter les durées d'ouverture de droit en fonction de la durée du titre de séjour. La mise en conformité avec les textes de la réforme PUMa des règles de prolongation des droits a été l'occasion pour la Cnamts d'empêcher illégalement l'accès à toute couverture complémentaire pour de nombreuses personnes (voir encadré page précédente).

Cette politique actuelle de la Cnamts visant à pénaliser les étrangers en séjour précaire est en contradiction avec les recommandations de l'IGAS qui, dans son rapport de septembre 2017 (voir également encadré ci-contre), *encadré 14 Récapitulatif des propositions d'orientations pour la convention d'objectifs et de gestion 2018-2021*, incite à « 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 ».

Enfin, la Cnamts a annoncé à l'occasion de la réforme PUMa que les demandeurs d'asile n'auront plus droit à une carte Vitale. Cette restriction, sans fondement textuel, englobe des personnes exilées dont l'état-civil est parfaitement démontrable.

2. Le manque de transparence réglementaire des caisses et l'impossibilité d'accès à la réglementation interne. La Cnamts persiste dans une politique de dissimulation de 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.

**RAPPORT IGAS septembre 2017**  
**Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014- 2017 de la Cnamts, Qualité de service et organisation du réseau, Tome 1, n°2017-008R**

L'enjeu de l'accès aux droits des populations étrangères [page 13]. Une garantie à la continuité des droits à la couverture maladie de base a certes été apportée par la réglementation à la suite de la PUMa [*En l'espèce, le décret n°2017-240 du 24 février 2017 relatif au contrôle des conditions permettant de bénéficier de la protection universelle maladie et l'arrêté du 10 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour prévu au I de l'article R. 111-3 du code de la sécurité sociale*], avec le maintien des droits (couverture de base et CMU-C, le cas échéant) pendant une période de 12 mois après expiration du titre de séjour, et une liste de titres de séjour étendue. Pour autant, la prise en charge des frais de santé des populations étrangères, au titre de l'aide médicale d'Etat (AME) ou de la PUMa, ou en tant que ressortissant de l'Union européenne inactif reste un enjeu d'accès aux droits encore mal appréhendé par l'assurance maladie :

- malgré les spécificités de l'accueil de ce public, aucune démarche spécifique n'a été mise en place à leur intention (parcours attentionné, action labellisée Planir ou accueil sur rendez-vous) ;
- aucun objectif de qualité de service n'est dédié à ce public. Les CPAM ne proposent généralement aucune possibilité d'interprétariat. La durée d'instruction de l'AME ne fait pas partie des critères du CPG et le délai moyen d'instruction de 19 jours en 2016 cache des disparités importantes entre les CPAM (9ème décile à 40 jours de traitement ; les caisses traitant le plus grand nombre de dossiers ayant des indicateurs dégradés : 40 jours pour la CPAM de Paris et 67 jours pour la CPAM de Seine-Saint- Denis). Par ailleurs, la mutualisation du processus AME dans le cadre de TRAM a été reportée à 2018 ;
- la Cnamts n'a pas impulsé de partenariat systématique et formalisé avec des associations qui défendent les droits des étrangers. Celles-ci déplorent notamment un manque de transparence sur les règles de gestion appliquées par les CPAM (exigence non réglementaire d'un RIB), par ailleurs très variables d'une CPAM à l'autre, ainsi qu'une tendance à un report de charge vers les associations pour la pré-instruction de l'AME.

3. L'inadaptation de l'organisation interne des caisses aux problématiques d'accès aux droits des personnes précaires. L'organisation de certaines caisses reste inadaptée aux problématiques d'accès aux droits des personnes précaires :

- réduction des capacités d'accueil du public, diminution des lieux dédiés à l'accueil du public (précaire), désengagement dans l'aide au remplissage et au suivi des dossiers et tentatives croissantes 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 ;
- dématérialisation croissante des démarches (compte ameli, formulaires en ligne...).

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 sous 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 en terme de justificatifs à produire. La réforme PUMa a peu impacté ces difficultés. 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).

**Les « Dublinés » de l'Assurance maladie.** Phénomène en augmentation considérable, il s'agit des refus d'ouverture de droits (ou d'ouverture différée avec de longs 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 trois types de problèmes :

- il conduit à un allongement important de la durée d'examen des demandes, laissant les personnes pendant de long mois sans réponse et donc sans protection maladie pour se soigner avec des risques financiers graves en cas d'hospitalisation ;
- il montre 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 de comportement 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 de l'objectif de coopération et au mépris des usagers en attente de soins.

**Les ressortissants de l'UE** sont (paradoxalement) 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 les difficultés générales d'accès à ce dispositif). 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 mise en danger financière des hôpitaux et l'absurdité de la procédure administrative pour mobiliser le **dispositif soins urgents et vitaux**. Ce dispositif est dysfonctionnant du fait de la complexité de la procédure administrative qui impose 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 monter 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 patient démuné.

Pour une **compilation de difficultés récurrentes**, citons en particulier le durcissement des règles d'identification des assurés (immatriculation) et la résistance des caisses à appliquer la procédure d'immatriculation provisoire. Il s'en suit des périodes d'absence de droits au mépris du principe de « présomption de droits » prévu par l'article L160-5 du Code de la sécurité sociale ; des 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 CMU-C et instruction prioritaire à l'AME), malgré un courrier argumenté d'un professionnel 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

### Recommandations et propositions du Comede

- 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'Aide médicale de décembre 2003 doit être abrogée, avec rétablissement du droit à l'AME sans condition d'ancienneté de présence en France pour les résidents. L'accès à la Carte Vitale doit également être institué en AME (notamment pour diminuer la charge de travail de l'assurance maladie et faciliter le paiement des professionnels de santé).
- Transparence et simplification réglementaires : la Cnamts 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 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.
  - Les procédures d'ouverture et de renouvellement des droits doivent être adaptées à la situation de précarité des intéressés, incluant l'application du principe déclaratif et des délais d'instruction courts, gages de l'accès effectif aux droits.
  - Les caisses doivent développer les formations de leurs agents sur les spécificités du droit des étrangers (règles de police de l'immigration) et sur celles du droit de l'Assurance maladie et de l'AME selon les statuts.

prestations, avec 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 Complémentaire-CMU (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 CMU-C au motif que la personne a des droits encore valables en AME.

### ACCES AUX SOINS DE SANTE MENTALE ET AUX CENTRES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

Outre les consultations de psychothérapie (voir Centre de santé page 29), les psychologues du Comede ont répondu dans le cadre de la permanence téléphonique santé mentale à 570 appels entre 2012 et 2016, émanant pour les trois quarts de professionnels et associations, et pour un quart de particuliers. Les exilés bénéficiaires des appels résident principalement en Ile-de-France (87%). La moitié des sollicitations (51%) sont dues à des difficultés d'accès aux soins de santé mentale. Les obstacles caractérisés le plus fréquemment (voir tableau page 93) 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%).

L'absence d'interprète professionnel. Le équivalent dans de nombreux cas à une absence de prise en charge pour des patients allophones. Les difficultés de sectorisation sont liées aux situations d'errance et de grande précarité sociale concernant l'hébergement de nombreux exilés primo-arrivants (voir Etat de santé page 75). Elles peuvent s'accompagner de demandes abusives de documents, tels que l'attestation d'hébergement. Elles conduisent à d'importants retards dans l'accès aux soins, voire à des 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 professionnels sur l'authenticité ou la gravité des troubles psychiques des exilés, sans évaluation clinique préalable, parfois

soupçonnés 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 exilés 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 qui sont fréquents parmi les exilés (voir Etat de santé page 83) sont parfois méconnus des soignants 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 appelants témoignent de tels obstacles à l'accès aux soins, les répondants peuvent leur proposer de se mettre en contact avec la structure de soins choisie en première intention pour favoriser l'accueil du patient demandeur. En cas d'échec ou si cette démarche paraît inadéquate, les personnes sont orientées vers des consultations publiques déssectorisées ou des associations spécialisées dans la santé mentale des exilés, 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, du Centre de santé et de l'Espace santé droit a mis en évidence au cours des dernières années un accroissement 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 prennent 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.

Cette épidémie témoigne d'une dangereuse évolution des pratiques hospitalières au regard de leur mission d'accès aux soins pour les plus démunis, fixée 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 les 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. Soucieux 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 patients dont les factures pourraient se révéler irrécouvrables.

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 (plusieurs chefs de services hospitaliers se palignent 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 certains médecins peuvent être influencés par ce nouveau contexte, entre soumission aux « impératifs financiers » et ignorance de la

portée réglementaire 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 « insolubles ». Une part importante des situations concerne des personnes en situation irrégulière en France depuis moins de trois mois, ainsi que des demandeurs d'asile en début de procédure, exclus de la réforme PUMa. Dans ces situations de « non droit » 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 Dispositif soins urgents et vitaux (DSUV) dont la demande est instruite par la CPAM. Pour activer le DSUV, 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 (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le VIH, par exemple), les soins liés à la grossesse et l'IVG ». La circulaire du 7 janvier 2008 prévoit également que soit joint un refus d'AME à la demande. L'engagement de la procédure nécessite donc la collaboration du service social, dont les refus entravent alors à la fois la continuité des soins pour le patient et les possibilités de remboursement pour l'hôpital. Ces obstacles devraient théoriquement être levés dans le cadre des dispositifs PASS. Pourtant, il arrive que ces dispositifs soient utilisés pour repérer les situations complexes et les écarter de l'hôpital afin de parer à tout risque d'impayé.

Exigence de paiement préalable des 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 absolue 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.

Enfin, si elles sont très liées aux carences et dysfonctionnements des systèmes de prise en charge financière (CMUc, AME, DSUV, Missions d'intérêt général de l'hôpital...), ces discriminations doivent également être analysées dans un contexte plus global, en lien avec :

- les restrictions d'application du droit au séjour pour les étrangers malades, dès lors qu'ils ne pourraient bénéficier des soins nécessaires en cas de retour (voir Accès aux droits pages 103) ;
- les excès du coût des médicaments, dont la responsabilité est partagée entre les autorités et l'industrie pharmaceutique ;
- le phénomène des refus de soins « en ville » par des médecins et pharmaciens libéraux à l'encontre des bénéficiaires de la CMUc et de l'AME ;
- les carences du recours à l'interprétariat dans la plupart des hôpitaux ;
- la dégradation des conditions de travail à l'hôpital, avec la suppression ou les carences sur de nombreux postes pourtant nécessaires ;
- et la dégradation progressive de l'accès aux soins pour la population générale, qui touche en premier lieu les personnes en situation de vulnérabilité ■



## Accès aux droits

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

Les exilés sont confrontés 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 chapitre 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 (« 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.)

Dans son rapport de mai 2016 sur *Les droits fondamentaux des étrangers en France*, le Défenseur des droits a dressé un tableau accablant des obstacles liés à la fois « à des pratiques dépourvues de base légale », mais aussi au sein de « la règle de droit elle-même », conséquence d'une précarisation progressive du statut des étrangers. Le Défenseur introduisait ainsi son rapport : « Les différentes lois relatives aux conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers ayant succédé à l'ordonnance du 2 novembre 1945

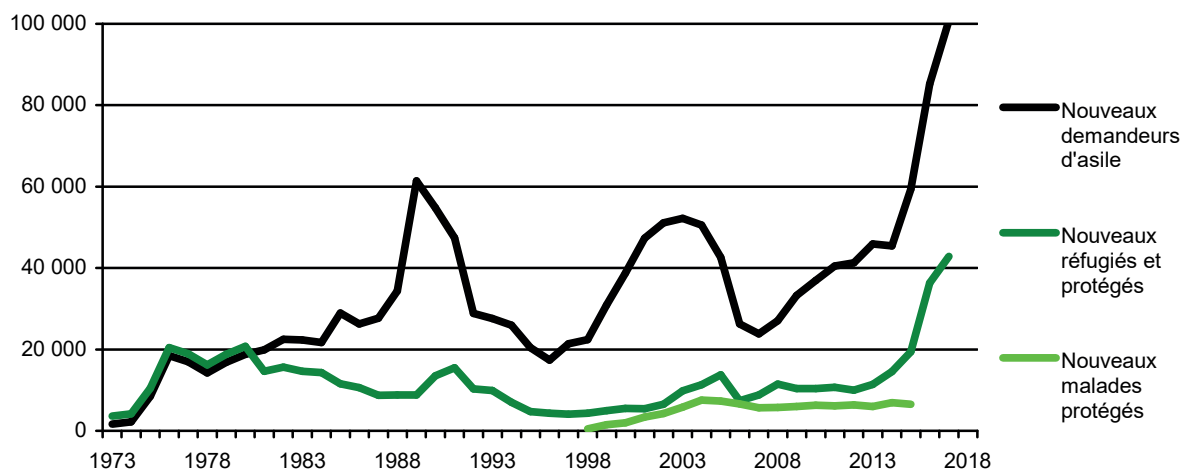
ont, à de rares exceptions près, conduit à une régression de la situation des étrangers, les textes les plus favorables ne revenant jamais complètement sur la situation prévue par la législation antérieure. Ce faisant, elles ont renforcé la banalisation, dans les esprits et dans le droit, du traitement 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 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, plus de 42 000 personnes protégées par l'Ofpra en 2017), et dégradation de la protection accordée aux étrangers malades (voir pages suivantes). En amont de ces chiffres, l'accès aux procédures devient de plus en plus restreint par les pratiques des préfetures. 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

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

Sources : Ofpra 2017, Ministère de l'Intérieur 2017

NB : aucune donnée disponible concernant le nombre de nouveaux demandeurs de carte de séjour pour raison médicale

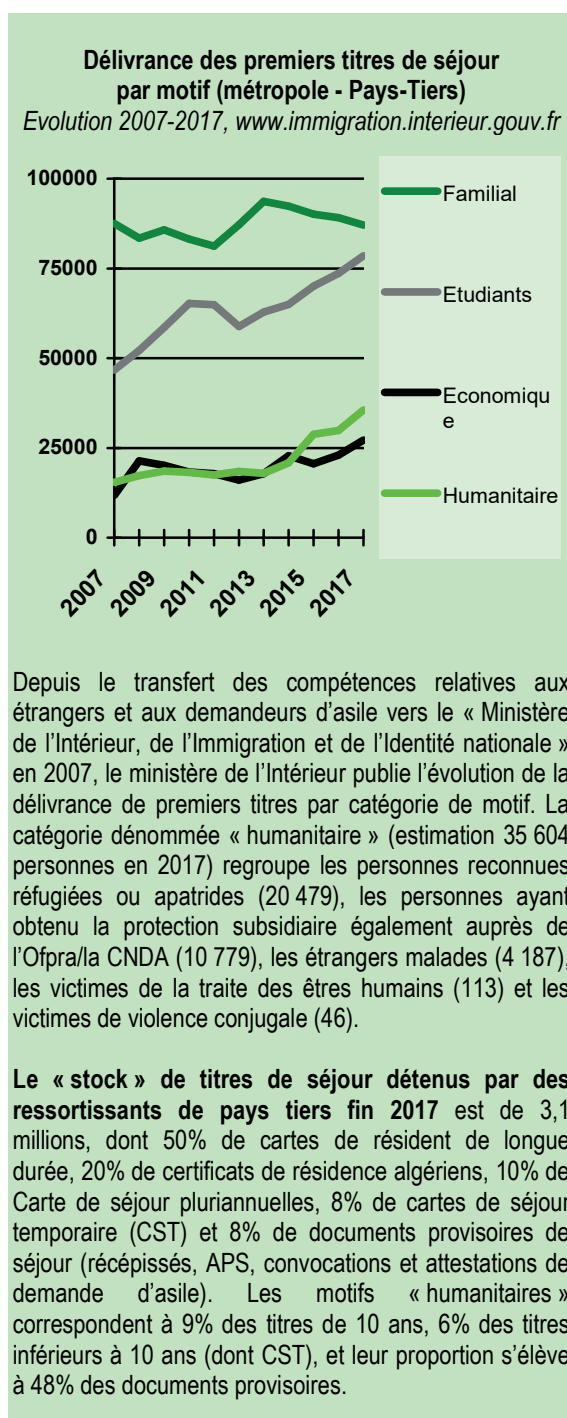


« humanitaire » (voir encadré ci-contre), cette politique conduit non seulement à multiplier le nombre de refus de protection (voir infra pour les étrangers malades), mais également à fragiliser le statut administratif des demandeurs (voir Droit d'asile page 109). Au cours des dernières années, les exilés ont ainsi été confrontés à une période de mise en œuvre de plusieurs réformes importantes :

- réforme de l'asile, mise en œuvre fin 2015 ;
- réforme de l'assurance maladie (dite PUMa ; voir page 88), mise en œuvre début 2016 ;
- réforme de la protection des étrangers malades, mise en œuvre début 2017 ;
- réforme des dispositifs de domiciliation, mise en œuvre en 2016,
- jusqu'à la nouvelle réforme de l'immigration et de l'asile du 10 septembre 2018.

Ces différentes réformes ont conduit à un contrôle accru des dispositifs de protection 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) et de la Santé. En matière de droit au séjour des étrangers malades (voir page 102), 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. Régulièrement rappelés par le ministère de la Santé, ces principes connaissent toutefois des difficultés

d'application majorées par le transfert de l'évaluation médicale pour les étrangers malades du ministère de la Santé (entre 1998 et 2017) au ministère de l'Intérieur, via le pôle santé de l'Ofii (depuis début 2017). 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 sont régulièrement dénoncés par l'ODSE.



## DROIT AU SEJOUR POUR RAISON MEDICALE ET PROTECTION DES ETRANGERS MALADES

Pour les étrangers malades, la réforme de mars 2016 a organisé le transfert de l'évaluation médicale depuis les services du ministère de la Santé (Médecins inspecteurs de santé publique puis Médecins des ARS) vers les services du ministère de l'Intérieur (Ofii - Office français de l'immigration et de l'intégration). Ce transfert avait fait craindre que les logiques de maîtrise des flux migratoires ne l'emportent sur les considérations de santé individuelle et de santé publique.

La publication fin 2018 par l'Ofii de son premier rapport rendu au Parlement sur le droit au séjour pour raisons médicales révèle un bilan dramatique pour la protection des personnes étrangères malades. Ce rapport indique en effet que le taux d'avis favorables à la nécessaire continuité des soins en France, toutes pathologies confondues, est passé de 77 % en 2014 à 52% en 2017. Derrière ces chiffres, ce sont 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 : le rapport de l'Ofii fait état d'un taux d'avis défavorable de près de 6% d'entre elles, soit une dégradation sans précédent (voir encadré page 104).

En dépit des promesses faites par les promoteurs de la réforme de mars 2016, force est de constater l'absence de suivi des instructions du ministère de la Santé (arrêté réglementaire du 5 janvier 2017, annexe II), et de transparence des sources de données utilisées par le Pôle santé de l'OFII pour évaluer le risque de défaut de soins dans le pays d'origine. S'agissant de la protection contre l'éloignement du territoire, la dégradation est encore plus alarmante avec seulement 19 % d'avis favorables pour les personnes placées en rétention administrative, alors que les pathologies et critères médicaux sont théoriquement les mêmes que pour les demandes faites en préfecture.

### 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 2017, ces critères étaient remplis dans :

- 78% des cas dans les permanences téléphoniques nationales (sur 3994 personnes) ;
- 75% des cas au Comede Paca (129)
- 74% des cas au Centre de santé (333).
- 72% des cas à l'Espace santé droit (623),

La mission d'évaluation médicale transférée au Pôle santé de l'Ofii a connu également une période de mise en place longue et difficile pour les étrangers malades. Dans un grand nombre de délégations territoriales, les associations de l'ODSE ont constaté que les délais d'émission des avis par le collège de médecins de l'Ofii excèdent largement les trois mois définis à l'article R.313-23 du Ceseda (plus de 6 mois en Ile-de-France et en Paca). Cette situation entretient 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'examen 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 de ce contrôle médical, notamment pour les mineurs et les personnes souffrant de psychotraumatisme grave ;

- pour les médecins rédacteurs du certificat médical destiné au pôle santé de l'Ofii, le risque de démotivation lié au déficit de confiance et au mépris des règles de la confraternité par le pôle santé de l'Ofii ;
- pour les médecins de l'Ofii, 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 nouveau « certificat médical » 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 ;

### Dégradation de la protection des personnes vivant avec le VIH entre 2012 et 2018

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 nouvelles restrictions ont pourtant lieu dans un contexte où le nombre et la proportion des personnes vivant avec le VIH parmi les personnes demandant leur admission au séjour pour raison médicale ne cessent de diminuer (18% en 2008, 14% environ depuis 2013, voir encadré page 108). Plus grave, elles ont lieu 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 Pôle santé 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 6%, et un refus 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, Côte d'Ivoire, Guinée, Guyana, Haïti, Russie, etc.)

Ainsi au cours des dernières années, et depuis la consécration 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.



- il conduit les médecins rédacteurs 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 (Umcr) 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 Umcr) 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 délivrance des récépissés de dépôt des demandes, notamment de renouvellement, malgré les nombreuses censures par les juges de ces pratiques (préfectures d'Ile de France notamment), conjugués aux durées d'instruction et aux pertes de dossiers, ont placé/maintenu les demandeurs en situation irrégulière entraînant la perte de l'emploi, des prestations sociales, et de l'accès à un logement/hébergement dans un contexte de remise en cause généralisée du principe de l'inconditionnalité de l'accueil notamment en CHRS. Dénoncées souvent depuis des années, d'autres pratiques illégales 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 111) ; 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.

### TAUX DE PROTECTION DES ETRANGERS MALADES DANS L'OBSERVATION DU COMEDE

Depuis la chute de la protection apparue en 2003 et devant la carence de publication des données ministérielles (voir encadré page 108), le Comede a mis en place un programme d'observation des réponses administratives et juridictionnelles aux demandes de protection faites par les « étrangers malades ». L'objectif est double : informer les malades et les professionnels concernés sur les pratiques effectives et alerter l'opinion et les pouvoirs publics sur l'évolution restrictive dans l'application du droit au séjour pour raison médicale. Les données sont enregistrées en continu pour les patients soignés et soutenus par le Comede, au Centre de santé depuis 2002, à l'Espace santé droit avec la Cimade depuis 2007, et à Médecins du monde puis dans les locaux du Comede à Marseille depuis 2011. Les critères médicaux de demande retenus par le Comede sont stables sur la période <sup>1</sup>.

La méthode consiste à caractériser chaque réponse préfectorale – à l'exception des recours gracieux - et juridictionnelle à chaque demande d'admission au séjour « pour soins » (CST « Vie privée et familiale »), l'exhaustivité du recueil des réponses permettant d'éviter des biais de sélection. Les réponses documentées correspondent à :

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

<sup>1</sup> Voir Guide Comede 2005, [www.comede.org](http://www.comede.org)

<sup>2</sup> Autorisation provisoire de séjour correspondant à un accord du médecin. Les APS délivrées « en attente » ne sont pas comptabilisées comme réponse effective.

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

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

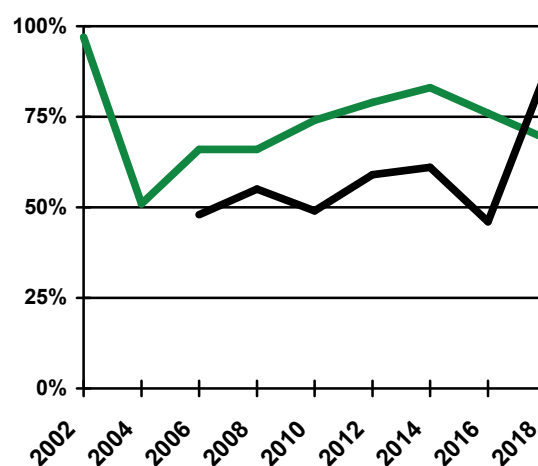
<sup>5</sup> Tribunal administratif, Cour administrative d'appel, Conseil d'Etat

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

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

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

Evolution 2002-2018, critères médicaux constants



récépissé, APS dans certains cas) ne sont pas pris en compte dans les résultats.

Principalement recueillies en Ile-de-France et Paca, les données d'observation portent sur la période 2004-2018 (voir dispositif d'observation page suivante) et portent, d'une part, sur 1 545 réponses préfectorales aux demandes de première délivrance et de renouvellement de titre de séjour, et d'autre part sur 392 recours auprès des tribunaux administratifs. Les 1 937 procédures ainsi caractérisées concernent 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%). Les demandeurs résident en France depuis 5,5 ans en moyenne au moment de la réponse et 76% d'entre eux ont découvert leur maladie après l'arrivée en France (92% des personnes infectées par le VIH, le VHB ou le VHC).

Ils bénéficient d'une prise en charge médicale pour une ou plusieurs affections graves (en moyenne 1,4), dont les plus nombreuses sont 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%).

## Taux d'accord des préfectures et des tribunaux

	2003/04	2005/06	2007/08	2009/10	2011/12	2013/14	2015/16	2017/18
<b>Total préf/médecin</b> 1545 demandes	51%	66%	66%	74%	79%	83%	76%	69%
Centre de santé 1006	51%	66%	67%	74%	78%	77%	85%	68%
Espace santé droit 214			17/29 29	75%	23/29 29	80%	13/15 10	70%
Comede Paca 147					80%	92%	19/26 26*	
<b>Total tribunaux</b> 392 demandes	4/5 5	48%	55%	49%	59%	61%	46%	21/24 24
Centre de santé 260	4/5 5	56%	53%	47%	7/14 14	5/6 6	4/5 5	7/8 8
Espace santé droit 171			58%	51%	18/26 26	12/24 24	5/11 11	14/16 16
Comede Paca 18					2/6 6	5/6 6	3/6 6*	

Proches de 100% jusqu'en 2002, les taux d'accord ont d'abord chuté de moitié en 2004 (voir ci-contre) 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 par le ministère de la Santé de circulaires rappelant aux médecins la nécessité de protéger les étrangers vivant avec le VIH (voir encadré page 104), puis d'appliquer le même raisonnement médical à l'ensemble des maladies concernées (Instruction de novembre 2011 et Arrêté de janvier 2017). C'est pourquoi la nouvelle baisse des taux de protection consécutive au transfert de l'évaluation médicale au pôle santé de l'Ofii est particulièrement préoccupante. Le taux d'accord a chuté à 69% en 2017-2018, conduisant à des refus d'admission au séjour de plus en plus souvent sanctionnés par les décisions d'annulation des tribunaux.

Il existe des différences significatives selon la maladie en cause (voir tableau ci-contre), alors même que les critères médicaux étaient présents pour l'ensemble des malades. Les taux d'accord les plus élevés sont réservés aux personnes vivant avec le VIH (94%) et atteintes d'un cancer (79%), et les plus bas touchent les personnes atteintes d'une infection virale chronique (VHB 64%, VHC 66%), en dépit des

## Taux d'accord préfecture par maladie

1952 maladies recensées pour 1545 demandes  
2004-2018

Maladie	demandes	taux
Infection à VIH	65	94%
Cancer	24	79%
Handicap	26	77%
Maladie cardio-vasc.	376	76%
Asthme persistant	174	74%
Diabète	207	73%
total / moyenne	1952	71%
Troubles psychiques	275	71%
Infection à VHC	77	66%
Infection à VHB	504	64%

## Taux d'accord préfecture par nationalité

1545 demandes 2004-2018

Nationalité rang IDH*	Demandes	taux
Nigeria 152 <sup>ème</sup>	35	80%
Angola 150 <sup>ème</sup>	75	79%
Congo RD 176 <sup>ème</sup>	346	77%
Bangladesh 139 <sup>ème</sup>	102	74%
Guinée Con. 183 <sup>ème</sup>	126	73%
Mali 175 <sup>ème</sup>	194	72%
total / moyenne	1545	71%
Sénégal 162 <sup>ème</sup>	40	61%
Cameroun 153 <sup>ème</sup>	39	59%
Mauritanie 157 <sup>ème</sup>	99	57%
Côte d'Ivoire 171 <sup>ème</sup>	55	43%

Classement 2016 des pays par l'Indice de développement humain (IDH) élaboré par le PNUD (Programme des Nations-Unies pour le développement). En 2016, la France est classée au 21ème rang sur 188 pays.

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

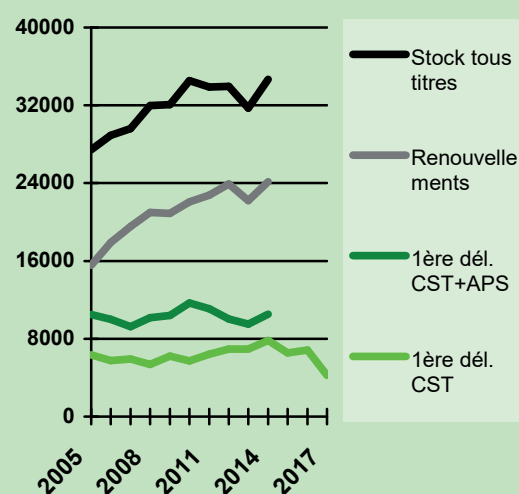
Contrairement au droit d'asile, il n'existe pas de document global permettant de mesurer précisément l'application du droit au séjour pour raison médicale, incluant à la fois l'état des demandes et des réponses en matière de droit au séjour et de protection contre l'éloignement des étrangers malades. 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 2017 dans le cadre du rapport publié par le service médical de l'Ofii. Selon ce rapport, sur les 44 309 dossiers traités au cours de l'année dont 38% pour la région Ile-de-France, 42% concernaient une première délivrance de titre et 58% un renouvellement. Agés en moyenne de 43 ans, les demandeurs étaient majoritairement des hommes (55%), et les deux tiers étaient originaires d'Afrique (total 67%, Algérie 12%, Congo RD 8%, Comores 6%). Ils résidaient en France depuis 5 ans en moyenne (médiane 4 ans). Les principales pathologies concernées sont les troubles psychiques (« troubles mentaux et du comportement » 22%), les maladies infectieuses et parasitaires (total 22%, VIH 14%, VHB & VHC 11%), le diabète (14%), les cancers et les maladies cardiovasculaires.

Sur les 27 760 avis rendus en 2017, le taux global d'accord est de 53% (VIH 94%, troubles psychiques 23%), ce qui représente une baisse de près d'un tiers par rapport aux données 2014. Le taux de protection a encore davantage chuté pour les personnes malades menacées d'éloignement, alors que s'appliquent théoriquement les mêmes critères médicaux que pour l'examen du droit au séjour. Ainsi en 2017, sur 1 085 demandes de protection contre l'éloignement traitées par les médecins de l'Ofii, le taux d'avis favorables était de 19% pour les retenus et les détenus, 13% pour les assignés à résidence, et 27% pour les étrangers sous mesure d'éloignement ni retenus ni assignés à résidence.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total avis médicaux rendus	39 295	40 220	?	38 751	?	42 329	43 666	?	?	27 760
Taux d'avis médicaux favorables	74%	73%	?	75%	?	78%	77%	?	?	53%
Total 1ère délivrance titres (CST)	5 375	6 211	5 731	6 414	6 936	6 947	7 835	6 555	6 850	4 227
Total 1ère délivrance dont APS	10 171	10 393	11 664	11 094	10 025	9 516	10 535	?	?	?
Total renouvellements de titres	20 992	20 893	22 074	22 772	23 914	22 196	24 150	?	?	?
Données de stock (tous doc.)	31 973	32 079	34 538	33 866	33 939	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 d'un tiers entre 2016 et 2017. Dans la mesure où la plupart des pathologies concernées sont chroniques, et où les passages à la carte pluriannuelle restent rare, le « stock » (ensemble des malades régularisés en fin d'année) et les renouvellements devraient augmenter annuellement. On observe pourtant depuis 2010 une stagnation du nombre total de personnes protégées autour de 35 000, alors que ces données ne sont plus communiquées depuis 2015. Cette évolution dessine une politique de précarisation du statut des étrangers malades au moyen d'une gestion où les « entrées » (premières délivrances de titres) sont « compensées » par les « sorties » du dispositif (refus de renouvellement dans la majorité des cas, données non disponibles).



Instructions du ministère de la Santé. S'agissant de l'infection chronique par le VHB, les arguments avancés par le service médical de l'Ofii dans le rapport 2017 (voir ci-dessous) sont significatifs de conceptions restrictives et non respectueuses des recommandations de santé publique : *« Les étrangers trouvés porteurs chroniques du virus de l'hépatite B, le plus souvent fortuitement, posent une difficulté spécifique aux médecins de l'Ofii : en effet, si les termes de l'arrêté du 5 janvier 2017 peuvent laisser penser que toutes ces personnes devraient faire l'objet d'un avis favorable, la réalité statistique de l'évolution de la maladie montre que seul un petit nombre d'entre elles présentera une complication, et en général très tardivement. Les médecins, qui ne peuvent évidemment fonder leurs avis sur des données statistiques, doivent donc s'efforcer de distinguer les situations où la probabilité d'évolution rapidement défavorable est avérée, ce qui est généralement le cas des malades sous traitement. »* Ainsi sont rejetés la plupart des malades qui ne relèvent pas – encore – d'un traitement mais dont la surveillance doit être poursuivie pour prévenir l'apparition, dans 12 à 20% des cas, de complications graves à type de cancer ou de cirrhose.

L'autre groupe de malades particulièrement visé par les restrictions à l'œuvre à l'Ofii est celui des personnes atteintes de troubles psychiques, ce qui est d'autant plus paradoxal que le gouvernement a décidé, fin 2018, de renforcer les soins et la protection des personnes victimes de psychotraumatismes, dont les exilés représentent une part importante. Dans le rapport établi par le service médical de l'Ofii pour 2017 (voir encadré ci-contre), les troubles psychiques se situent certes au premier plan des demandes (27%), mais ce taux indique toutefois un recours relativement faible à cette procédure dans la mesure où ces troubles constituent 38% des maladies graves dépistées lors du bilan de santé effectué au Comede (voir page 107). Le traitement particulièrement défavorable qui leur est réservé par les médecins de l'Ofii (74% de rejet), fondé sur des arguments psychiatriques témoignant d'une grande méconnaissance du

#### Inquiétudes pour les étrangers PVIH Guyane

Selon le rapport 2017 du service médical de l'Ofii, les principales nationalités des malades étaient Haïti (55%), le Surinam (16%), le Brésil (11%) et le Guyana (10%). Bien que significativement plus élevé que dans les autres régions, le taux global d'avis favorables (78%) est à mettre en relation avec les principaux motifs médicaux de demande, en premier lieu l'infection par le VIH. Or nous constatons que l'appréciation de l'effectivité de l'accès au traitement dans le pays d'origine est de plus en plus restrictive. Les avis défavorables pour des personnes vivant avec le VIH brésiliennes se sont multipliés depuis 2017 (voir encadré page 104). Particulièrement soucieux de cette situation nouvelle, le Président du Corevih Guyane s'est permis de rappeler à la direction territoriale de l'Ofii à Rennes les conditions réelles de l'accès aux soins dans les pays dont sont originaires les demandeurs de titre de séjour.

traitement de ces personnes exilées, signe une détérioration particulièrement préoccupante de la protection des étrangers malades.

#### DROIT D'ASILE ET CERTIFICATION MEDICALE

Le droit d'asile a connu des difficultés d'application accrues depuis 2015, avec la mise en œuvre de la réforme législative et dans un contexte de forte augmentation de la demande (voir page 101). Si le nombre et le taux de protections accordées sont en augmentation en 2017 (42 840 personnes nouvellement placées sous la protection de l'Ofpra, correspondant à un taux de protection de 43%, majoritairement dû aux progrès de l'Office dans la protection des réfugiés), on observe une forte dégradation des conditions 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, 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 2017, 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.

En outre, l'ensemble du parcours de la demande d'asile reste marquée par de multiples sollicitations de « certificat médical », dans de dangereuses 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 (voir épidémiologie page 80), 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

#### Un droit d'asile dérogatoire en Guyane

En septembre 2018, un décret portant *expérimentation de certaines modalités de traitement des demandes d'asile en Guyane* est entré en vigueur. Il 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, seules 210 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. Saisi en référé par plusieurs associations dont le Comede, le Conseil d'Etat a malheureusement rejeté cette requête en septembre. Au contraire, les pratiques dérogatoires se renforcent avec la mise en place en mars 2019 de la démonétisation de l'Ada par la délivrance d'une carte de paiement ne permettant pas de retrait liquide.

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 professionnel 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/par les 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 et ceux de l'Ofii tentent de signaler les situations les plus dramatiques, dans le respect du secret médical. 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 préfetures 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 (Art. L752-3 du Ceseda), 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/>). 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 faute de remplir les conditions légales de ressources et de logement prévues par 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 préfetures, 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 l'été 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 75) se retrouvent sans abri, incluant des familles, enfants, femmes isolées et/ou enceintes, personnes âgées ou handicapées... Il faut alors faire 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, 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 – cf. DHRIL) ;
- l'inaccessibilité téléphonique du 115 (impossible d'être mis en attente – obligation de rappeler), cette étape est 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, l'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 ;
- et 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 :

- avec la persistance des difficultés à accéder à une domiciliation de droit commun auprès de nombreux CCAS ;
- et le refus, notamment des préfetures, de reconnaître la validité de ces attestations de domiciliation, ayant conduit à une réclamation inter-associative auprès du Défenseur des droits.

Parmi les nombreuses autres atteintes aux droits, on note en particulier :

- la sous-dotation des moyens de protection des Mineurs isolés étrangers (« 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 réponses 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'Union européenne ■



## Notes méthodologiques

▪ **Recueil de données.** Les données présentées et analysées dans ce rapport (voir indicateurs d'observation page 26) sont saisies directement par les intervenant.e.s (consultations et permanences téléphoniques) 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 « 18/17 » indique le pourcentage d'évolution d'activité entre 2017 et 2018.

▪ **Calcul des files actives des bénéficiaires.** Les personnes suivies dans les lieux d'accueil 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 répondants 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 eux ceux dont le 1<sup>er</sup> 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 professionnels 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'exilés 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'exilés 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 exilés en France sont très majoritairement issus 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 28 membres de l'Union Européenne, ainsi que l'Islande, la Norvège, le Liechtenstein (Espace économique européen), et la Suisse (Association européenne de libre échange), ses ressortissants 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.



Hôpital de Bicêtre  
78 rue du Général Leclerc  
94270 Le Kremlin Bicêtre  
www.comede.org

### Pour soutenir les actions du Comede :

- Utilisez le **télépaiement** sur le site **www.comede.org**, rubrique *Faire un don*, pour un don **ponctuel ou régulier**.
- Ou adressez vos dons par **chèque** à l'ordre de :  
Le Comede, Hôpital de Bicêtre, 78 rue du Général Leclerc,  
94270 Le Kremlin Bicêtre.

Vous recevrez en retour un reçu fiscal.

### En 2018, les activités du Comede ont été soutenues par des **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),
- Le Ministère du logement et de l'habitat durable, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS),
- Le Ministère de l'intérieur, Direction générale des étrangers en France, Direction de l'asile (DA) et Direction de l'accueil, de l'accompagnement des étrangers et de la nationalité (Daeen),
- Le Ministère de l'éducation nationale, Fonds pour le développement de la vie associative (FDVA),
- Santé publique France, Agence nationale de santé publique (ANSP),
- Le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET),
- Le Fonds européen, Fonds asile, migration et intégration (Fami),
- Les Agences régionales de santé (ARS) d'Ile-de-France (et DT 94), de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et de Guyane,
- La Direction régionale de la jeunesse, des sports, et de la Cohésion Sociale IDF (DRJSCS),
- La Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité IDF (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, La Direction départementale de la cohésion sociale du Val-de-Marne (DDCS 94),
- La Direction départementale de la cohésion sociale de la Loire (DDCS 42),
- La Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (Cramif),
- La Caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne,
- La Ville du Kremlin Bicêtre,
- Sidaction, Ensemble contre le Sida
- La Fondation de France, la Fondation Abbé Pierre, la Fondation du Barreau de Paris, le Fonds Inkermann, la Fondation MJP, la Fondation Raja, la Fondation Sanofi Espoir,
- Aides, Médecins sans frontières.