

La Santé des

exilés

RAPPORT
D'ACTIVITÉ ET
D'OBSERVATION

2004

COMITÉ MÉDICAL
POUR LES EXILÉS

comede

Table des matières

Le Comede	4
Glossaire	6

La santé des exilés en 2004	7
Les patients du Comede	11
Accueil, consultations et Suivi médical	15
Prévention, dépistage et épidémiologie	21
Accès aux soins et à la protection maladie	25
Expertise médico-juridique et droit de la santé	29
Information et formation	35
Gestion, finances et perspectives	39

Indicateurs d'activité

Patients	41
Consultations	43
Prévention	44
Information	45
Formation	46

Tableaux, figures et encadrés

L'action du Comede en 2004	10
Origine géographique des étrangers et exilés en France	12
Principales nationalités des étrangers et exilés en France	13
Les réfugiés dans le monde en 2004	14
Enquête auprès des patients du Comede	16
Données épidémiologiques dans le monde et en France	20
Bilan de santé proposé au Comede	21
Taux de prévalence observés au Comede par nationalité	23
Effectifs de la CMU.C et de l'AME	28
Evolution de la délivrance de CST pour raison médicale en France	30
Observation du droit au séjour pour raison médicale en 2004	33
Partenariats associatifs du Comede	38
Compte de résultat 2004	39
Subventions en € perçues par le Comede	40

Le Comede

L'ÉQUIPE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

- Président : Jean-Yves Fatras (Médecin de Santé publique).
- Trésorier : Jean-Claude Baboulaz (Contrôleur de Gestion).
- Secrétaire : Christophe David (Journaliste).
- Membres : Kapet de Bana (Professeur de Droit), Yann Bourgueil (Médecin de Santé publique), Alain Bourguignat (Médecin praticien), Gabrielle Buisson-Touboul (Présidente d'honneur, Médecin praticien), Laurent Goislard (Infirmier de Santé publique), Patrick Lamour (Médecin de Santé publique), Jose Polo Devoto (Médecin praticien).

L'ÉQUIPE DU CENTRE

- Directeur : Arnaud Veisse.
- Responsable Financière et administrative : Catherine Jollet.
- Responsable du Suivi médical : Françoise Fleury.
- Cadre Infirmier : Guy Delbecchi.
- Responsable du Service social : Didier Maille.
- Secrétaire de Direction : Claire Katembwe.
- Professionnels : Rose Adu (*Personnel d'entretien*), Monique Aujay (*Assistante sociale*), Assane Aw (*Personnel d'accueil*), Serge Baux (*Chirurgien*), Carole Chazoule (*Personnel administratif*), Youri Courrège (*Assistant social*), Geneviève Cousin (*Pharmacienne*), Isabelle Erangah-Ipendo (*Psychologue*), Chrystal Faidherbe (*Médecin*), Guy de Gontaut (*Personnel d'accueil*), Mustapha Haloui (*Médecin*), Annaïck Jibard (*Médecin*), Yona Jusid (*Personnel administratif*), Yacine Lamarche-Vadel (*Médecin*), Marie Larger (*Diététicienne*), Sandrine Lebronne (*Médecin*), Olivier Lefebvre (*Médecin*), Monili Lumoni (*Personnel d'entretien*), Reem Mansour (*Médecin*), Laurent Moreau (*Médecin*), Etsianat Ondongh-Essalt (*Psychologue*), Barbara Pellegri-Guegnault (*Médecin*), Omega Rafiringa (*Médecin*), Florence Rouleau-Favre (*Infirmière*), Rosa Sadaoui (*Personnel d'accueil*), Vincent Souchier (*Médecin*), Pierre Szilagyi (*Médecin*), Marcel Ventura (*Psychologue*), Khalda Vescovacci (*Médecin*), Hélène Weil-Rabaud (*Médecin*).

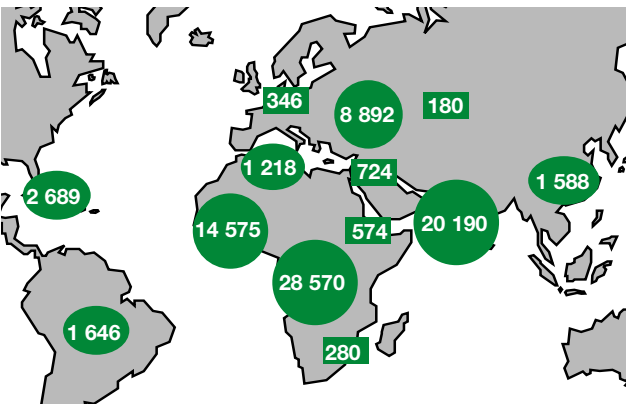
Depuis 1979, l'accueil de 5 000 patients par an de plus de 100 nationalités a fait du Comede un poste d'observation unique de la santé des exilés en France. En 25 ans d'existence, le Comede a pris en charge 81 562 patients et dispensé 405 535 consultations de médecine, psychothérapie, Service infirmier et Service social, pour faire face à une demande souvent associée de soutien, de soins, d'accès aux soins et de conseil juridique.

Lorsqu'ils fondent le Comede, les intervenants d'Amnesty International, de la Cimade et du GAS sont avant tout préoccupés par les conséquences traumatiques de l'exil et de la torture, ainsi que, déjà, par les difficultés d'accès aux soins des exilés pendant la longue période d'examen de leur demande d'asile. Les premières années, le travail de deuil et de reconstruction peut s'appuyer sur les perspectives d'une vie nouvelle offerte par l'application effective de la Convention de Genève. Avec 20 770 cartes de réfugiés délivrées en 1980, l'Ofpra atteint à l'époque un nombre record qui baissera progressivement jusqu'en 1997, où seuls 4 112 demandeurs d'asile seront jugés convaincants. Durant la même période pourtant, avec la multiplication des causes violentes de l'exil, le nombre de personnes sous la protection du HCR dans le monde n'a jamais été aussi élevé depuis la guerre (21 millions en 1999, réfugiés pour l'essentiel dans les pays du sud). Ainsi, dans un contexte économique et politique difficile, la crise de l'hospitalité et du droit d'asile a progressivement conduit à l'exclusion de la majorité des exilés dans notre pays.

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

Comité médical pour les exilés

Nationalité des Patients du Comede (1979-2004)



d'expertise et d'intervention en matière d'accès aux soins et à la protection maladie, pour favoriser la continuité des soins et le libre choix de son médecin par le malade. Mais l'exclusion des soins a continué de sévir parmi les déboutés et sans-papiers, exclus de la sécurité sociale en 1993, de la couverture maladie « universelle » en 1999, et enfin, pendant certaines périodes, de l'Aide médicale Etat résiduelle en 2003, année où le droit au séjour pour raison médicale est entré à son tour en crise.

Découverte dans la plupart des cas lors du bilan de santé pratiqué au Centre, la maladie grave ou chronique représente un nouveau traumatisme pour les exilés, surtout lorsqu'il peut s'agir d'une conséquence des violences subies au pays. Ces multiples facteurs de vulnérabilité, associés à une grande diversité d'origine et de langue parmi les exilés, doivent être pris en compte dans la prise en charge médicale, psychologique, sociale ou juridique proposée par les intervenants sollicités. Les activités de Centre-ressources du Comede augmentent régulièrement depuis plusieurs années, à la demande de professionnels exerçant dans des conditions très diverses. Information et formation pour la promotion de la santé des exilés, l'expérience et les témoignages que les équipes et les partenaires du Comede ont accumulés depuis vingt-cinq ans méritent d'être partagés.

LES SERVICES DU CENTRE

■ **Consultations au Centre de santé :**
Médecine générale (sans-rendez-vous pour la première consultation), psychothérapie, Service infirmier, Service social, Permanences d'interprètes ISM, Bilans de santé avec les laboratoires de la Dases de Paris.

■ **Permanence téléphonique du Suivi médical ☎ 01 45 21 39 59 :**
Les médecins du Suivi médical du Comede peuvent renseigner sur les questions de soins médico-psychologiques, prévention, bilans de santé et certification médicale pour la demande d'asile et le droit au séjour.

■ **Permanence téléphonique de l'Accès aux soins ☎ 01 45 21 63 12 :**
Les professionnels du Suivi de l'accès aux soins (SAS) du Comede peuvent renseigner sur les conditions d'accès aux dispositifs de santé et procédures d'obtention d'une protection maladie (sécurité sociale, CMU, AME).

■ **Formations ☎ 01 45 21 38 25 :**
Animées par les consultants du Centre de santé, les formations du Comede portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers.

■ **Mise à jour mensuelle du Guide 2005 sur le site www.leguideducomede.org**
Le Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire a été réalisé avec le concours de la DGS et de l'Inpes.

■ **Pour commander le Guide 2005, s'adresser à l'Inpes** (diffusion gratuite) :
Par fax : 01 49 33 23 91
Par courrier : IRS/Inpes, BP200, 93003 Bobigny Cedex

Glossaire

AME	Aide médicale Etat
ANAFE	Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers
APS	Autorisation provisoire de séjour
ASE	Aide sociale à l'enfance
CADA	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
CFDA	Coordination française pour le droit d'asile
CIMADE	Service oecuménique d'entraide
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	CMU Complémentaire
CRR	Commission des recours des réfugiés
CSS	Centre de sécurité sociale
CST	Carte de séjour temporaire
DFA	Départements français d'Amérique
DOM	Départements d'Outre-Mer
EMDH	Enfants du Monde - droits de l'homme
ETP	Equivalent temps plein
FTDA	France terre d'asile
GISTI	Groupe d'information et de soutien aux immigrés
ISM	Inter Service Migrants Interprétariat
MDM	Médecins du monde
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
MSF	Médecins sans frontières
ODSE	Observatoire du droit à la santé des étrangers
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
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 : procédure légale d'obtention rapide de la protection maladie Complémentaire
- File active : nombre de patients ayant consulté au moins une fois sur l'année
- Nouveaux patients : patients ayant consulté pour la première fois sur l'année
- Patients à suivre : patients vulnérables et/ou atteints d'affection grave
- Prévalence : fréquence d'un phénomène dans une population donnée
- SAS : groupe du Comede destiné à l'accès aux soins et à la protection maladie
- Suivi médical : service du Comede destiné à la continuité des soins et à l'information médicale

Guerres en Côte d'Ivoire, au Darfour, en Irak ou en Ituri, violations caractérisées des droits humains en Guinée Conakry, en Haïti, en Inde ou au Sri Lanka... les causes de l'exil n'ont pas manqué en 2004. L'histoire des exilés reste jalonnée de conflits et de ruptures multiples. Ces personnes n'ont pas choisi les conditions de leur départ, elles ignorent ce que sont devenus leurs proches dans la fuite, elles ressentent cette douloureuse culpabilité d'avoir sauvé leur vie quand d'autres sont restés. Associé à la perte de l'identité familiale, sociale, professionnelle et des repères culturels et affectifs, l'exil représente en lui-même le plus fréquent des traumatismes dont souffrent les demandeurs d'asile et les réfugiés, auquel s'ajoute souvent le traumatisme des violences et de la torture.

La torture constitue actuellement une pratique systématique dans 120 à 130 pays, selon Amnesty International. D'après l'Association des chrétiens pour l'abolition de la torture (ACAT), la légitimité de la lutte contre la torture est remise en cause depuis le 11 septembre 2001 dans de nombreux pays. En 2004, 59% des patients du Comede avaient enduré des formes de répression violente dans leur pays d'origine, dont la torture pour la moitié d'entre eux. Les antécédents de violence (selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé) sont plus fréquents chez les exilés d'Europe de l'Est (77% d'entre eux), d'Asie du Sud (70%), d'Afrique centrale (57%) et d'Afrique de l'Ouest (49%). La torture a été plus souvent pratiquée parmi des Indiens (67%, Sikhs du Penjab), Angolais (50%), Sri-Lankais (45%), Tamouls, Guinéens (33%), Mauritaniens (31%, Peuls), Camerounais (27%, principalement de la minorité anglophone), et Congolais RD (23%).

C'est le plus souvent après quelques consultations, lorsqu'une relation de confiance s'est instaurée avec le thérapeute, que le patient relate les sévices et tortures qu'il a réussi à fuir. L'agression physique, qui est l'image la plus « populaire » de la torture, est aussi le témoin le plus réducteur d'un processus qui

visé également à détruire l'intégrité psychologique, sociale et relationnelle de la victime. Accueillies parmi l'ensemble des patients du Centre, les personnes ayant subi la torture relèvent souvent d'une prise en charge pluridisciplinaire, pour laquelle le Comede est soutenu par le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture (ONU).

DE L'EXIL À L'EXCLUSION

Outre l'exil et parfois la torture, les demandeurs d'asile doivent affronter l'exclusion qui résulte de la détérioration progressive du droit d'asile. A la frontière, les multiples entraves à l'entrée des demandeurs d'asile sur le territoire sont régulièrement dénoncées par l'Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers (cf ANAFE page 38). Le constat reste accablant sur l'accueil et l'hébergement des demandeurs d'asile par les services de l'Etat. Des personnes très précarisées - 300 € mensuels dans le meilleur des cas - s'adressent à des services sociaux et associations impuissants face à la saturation des Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (14 889 places dans les CADA pour 100 000 demandeurs, avec délais d'attente de plusieurs mois pour les demandeurs « privilégiés », dont les familles). Lorsque la solidarité provisoirement offerte par des compatriotes rencontrés au hasard des démarches vient à manquer, les exilés déjà « sans-domicile-fixe » deviennent des « sans-abris » (8% vs 3% en 2003). Les obstacles à l'application du droit et les conditions d'accueil proposées aux demandeurs d'asile réclament des interventions quotidiennes des membres de la Coordination française pour le droit d'asile (cf CFDA page 38).

Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2004, la dernière loi sur l'asile s'est traduite par un nouveau recul dans les garanties de

protection offertes aux réfugiés. Si elle contient certaines mesures réclamées par les associations, comme la fusion des procédures d'asile conventionnel et territorial (protection subsidiaire) ou la reconnaissance théorique du statut pour les personnes persécutées par un agent non étatique, cette réforme donne pour l'essentiel la priorité à la « maîtrise des flux migratoires » au détriment de la Convention de Genève. Les décrets d'application du 14 août 2004 ont concrétisé deux dispositions dont les conséquences particulièrement néfastes sur le droit d'asile sont constatées dans les consultations du Comede. D'une part, la réduction du délai de 1 mois à 21 jours pour rédiger le récit des persécutions subies, de le conformer au cadre juridique de la Convention de Genève, puis de le traduire en Français, toujours sans ressources et souvent sans hébergement. Un jour de retard, une photocopie oubliée, et l'asile est désormais refusé ou traité dans une procédure expéditive et sans appel. D'autre part, la suppression de la domiciliation administrative qui ajoute à l'errance sociale (absence de domicile fixe) une nouvelle errance administrative (refus de renouvellement du titre de séjour provisoire).

Ces nouvelles mesures réglementaires, qui s'accompagnent de la multiplication des procédures « prioritaires » sans titre de séjour et des procédures « Dublin », ont pour conséquence une succession chaotique de périodes de séjour régulier et de séjour irrégulier. Il en résulte une opacité dans le statut administratif des personnes avec son cortège d'errements institutionnels, dont le blocage du versement de l'allocation d'insertion et le retard à l'ouverture des droits à l'assurance maladie. En l'absence de soutien juridique pour les demandeurs d'asile isolés, le taux de reconnaissance du statut de réfugié est 5 fois plus faible que pour les demandeurs hébergés en CADA.

Pour ces exilés précarisés, l'exclusion des soins s'est aggravée en 2004, suite à l'application de la réforme de l'Aide médicale Etat (cf Accès aux soins page 25). Votée en

décembre 2003 en dépit de toute logique économique comme de santé publique, la suppression de la procédure d'admission immédiate à l'Aide médicale s'est traduite par des périodes d'exclusion « légale » des soins médicaux pourtant nécessaires à prévenir l'aggravation de l'état de santé. Quant à la réforme législative de décembre 2002 instaurant un ticket modérateur (paiement des soins par les étrangers démunis en séjour irrégulier), elle reste heureusement suspendue par le gouvernement depuis maintenant deux ans, le décret d'application n'ayant pas été publié.

Pour les demandeurs d'asile en cours de procédure, le droit systématique au régime de base de l'assurance maladie et à la complémentaire CMU devrait leur épargner l'exclusion des soins. Mais, en raison de la complexité de la réglementation et à sa méconnaissance par de nombreux agents de la Sécurité sociale, il reste nécessaire d'intervenir fréquemment face à des refus illégaux à toutes les étapes de la procédure, pour permettre la continuité des soins. En outre, la CMU ne permet pas d'obtenir des prestations aussi indispensables que l'interprétariat ou la psychothérapie.

SUSPICION ET XÉNOPHOBIE

L'année 2004 a également vu régresser le droit à la santé des étrangers, avec une diminution de moitié du taux d'accord des cartes de séjour pour raison médicale en 2 ans (cf Expertise médico-juridique page 29). Si les entorses à la réglementation restent toujours fréquentes dans les préfectures, l'aggravation de la situation des étrangers malades a procédé de la multiplication récente des refus par les Médecins inspecteurs de santé publique (MISP), pour des situations pourtant inchangées sur le plan de la pathologie, du pronostic, de la prise en charge médicale et du pays d'origine. Après cinq années d'application réelle du droit, la règle du « 1 chance sur 2 » a prévalu en 2004, et l'on peut craindre que l'aggravation ne se poursuive en l'absence de formation des MISP concernés.

L'exclusion des exilés prospère dans un climat de suspicion généralisée à l'encontre des demandeurs d'asile. Soupçonnés de rechercher dans l'exil un bénéfice économique indu, les ressortissants des pays les plus pauvres se trouvent les plus exclus, principalement les exilés d'Afrique sub-saharienne, moins souvent hébergés en CADA, moins souvent reconnus réfugiés, plus souvent exclus du droit au séjour pour raison médicale que les autres, dans des situations pourtant comparables. Les demandeurs d'asile partagent en outre avec l'ensemble des étrangers, ou personnes présumées telles, le fardeau d'une xénophobie qui se fait de plus en plus violente : le nombre d'actes xénophobes a été multiplié par 2,5 en un an (Commission nationale consultative des droits de l'homme, CNCDH). L'épidémie sévit également au sein de la police nationale : 60% des victimes de violence policière en 2004 étaient des ressortissants étrangers, alors que les étrangers ne constituent que 6% de la population (Commission Citoyens-Justice-Police, 2002-2004). Un sondage réalisé en novembre 2004 pour la CNCDH donne toutefois un signe encourageant : le nombre de personnes qui jugent « trop important » le nombre d'étrangers en France est en baisse (38% vs 42% en 2002).

Aussi diverses soient les causes d'altération de la santé pour les exilés, la maladie reste au premier plan pour ceux qui souffrent d'affection grave (cf Prévention page 21). Psycho-traumatismes, maladies infectieuses et parasitaires, et maladies chroniques restent les trois principaux groupes pathologiques pour les exilés en 2004. Accessibles au dépistage précoce lorsqu'un bilan de santé adapté est pratiqué, ces affections sont rarement connues depuis le pays d'origine (Infection à VIH 5%, hépatite B 6%), même si certaines maladies chroniques le sont plus souvent (diabète 50%, asthme 66%). Sous-dépistés dans la pratique par de nombreux dispositifs de soins, les exilés concernés devront attendre les manifestations cliniques de la maladie pour consulter à nouveau, parfois plusieurs années plus tard, sans avoir pu bénéficier de la prise en charge médicale destinée à ralentir l'évolution et prévenir les complications graves.

Les exilés s'adressent souvent au Comede à travers une demande de soins, qui recouvre une demande de relation, de réparation et de reconnaissance. La névrose traumatique, avec ses douleurs multiples, insomnies, cauchemars, crises d'angoisse, et troubles de l'attention, représente l'affection la plus répandue parmi les nouveaux arrivants, alors qu'un syndrome dépressif est plus fréquent chez les personnes sans-papiers depuis plusieurs années. La plupart des autres maladies observées relèvent du domaine de la médecine générale, en dehors de certaines particularités épidémiologiques liées à la relation d'origine (cf Prévention page 21).

Le bilan de santé permet de faire le point sur le corps maltraité par les persécutions, et les patients sont alors rassurés par l'absence de maladie grave. Lorsque le traumatisme est important, il arrive que le patient accueille douloureusement l'annonce de résultats « normaux », ce qui ouvre généralement la voie à la psychothérapie. Mais le bilan de santé conduit aussi le médecin à annoncer de mauvaises nouvelles. En premier lieu, la maladie grave ou chronique : devoir prendre en charge un diabète ou une hépatite chronique complique encore les perspectives de survie, en France comme au pays d'origine. Et malgré les progrès thérapeutiques, la découverte du VIH reste un traumatisme majeur, surtout lorsqu'il peut s'agir d'une conséquence des violences subies.

Face à une demande toujours aussi fréquente de certificat pour l'asile et de rapport médical pour le séjour, demande induite par la crise conjugée du droit d'asile et du droit au séjour, le médecin a besoin, outre sa compétence médicale, de repères déontologiques et juridiques permettant d'élaborer les compromis les moins nocifs, et de les réévaluer à intervalle régulier (cf Expertise page 29). Au delà du médecin, il est important pour chaque professionnel de se poser la question de la relation d'aide, qui suppose que l'Aidé reste le sujet de sa demande et l'acteur principal de son évolution.

C'est dans ce contexte qu'a évolué l'action du Comede en 2004, en accord avec les missions définies par les statuts de l'association. Pour le Centre de santé, la priorité est restée au développement des services et prestations spécialisées pour les patients les plus vulnérables (interprétariat professionnel +12%, Service socio-juridique + 10%, Education pour la santé + 16%). Les activités du Centre-ressources du Comede, information et formation des professionnels, ont été développées tout au long de l'année avec la parution, fin 2004, du Guide 2005 édité en partenariat avec la DGS et l'Inpes (cf Information et formation page 35).

L'équipe du Centre compte 35 professionnels pour un équivalent de 16 plein-temps (médecins généralistes, infirmier/es, psychothérapeutes, assistant/es social/es, agents d'accueil et personnel administratif) et travaille avec des interprètes en 10 langues. Le Comede a fait le choix d'un travail pluri-disciplinaire pour répondre aux multiples facteurs de vulnérabilité des exilés. La spécificité de l'association réside en une relation de confiance et d'écoute de patients souvent traumatisés, dans un climat de relative sécurité sanitaire. Les activités de soins, de soutien, d'accès aux soins, d'information et de formation du Comede sont interactives et indissociables. ■

L'action du Comede en 2004

UN CENTRE DE SANTE POUR LES EXILES

Mission de service médical, social et de centre médico-psychologique

Prise en charge médico-psycho-sociale pour 5 230 patients de 79 nationalités :

- Accueil de 2 819 nouveaux patients
- 1 627 consultations de Service social
- 9 184 consultations de médecine générale
- 973 entretiens de psychothérapie
- 4 736 consultations infirmières
- 1 086 consultations avec interprète

UN CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE

Mission de santé publique (CPM, CES, CDAG, CAT, PMI)

- 2 297 bilans de santé pour des nouveaux patients
- 1 309 patients à suivre pour affection grave
- 198 consultations d'éducation pour la santé

UNE PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE

Mission PASS pour des patients sans protection complémentaire

- 5 474 consultations médicales et infirmières gratuites
- 2 114 demandes de protection maladie
- 917 délivrances gratuites de médicaments

UN CENTRE D'EXPERTISE EN DROIT DE LA SANTE

Devant la CNAM, l'OFPPA, la CRR et les préfectures

- 907 certificats médicaux pour la demande d'asile
- 803 interventions pour protection maladie
- 207 dossiers de séjour pour raison médicale

UN CENTRE RESSOURCES POUR LES PROFESSIONNELS

Sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit de la santé des étrangers

- 2 485 appels traités dans les permanences du Suivi médical et du Suivi de l'accès aux soins
- 17 interventions publiques, 16 publications spécialisées et 8 389 Guides Comede diffusés
- 29 sessions de formation professionnelle et 9 séances d'enseignement universitaire

La file active du Centre de santé est estimée à 5 230 patients pour 2004, dont 4 388 ont un dossier informatisé (stable par rapport à l'année précédente). Les deux tiers des patients ont consulté le centre pour la première fois (2 819 nouveaux patients, dont 64% sont primo-arrivants en France). Estimé à 840 personnes pour l'année écoulée, le nombre des patients ayant consulté exclusivement le Service infirmier sera précisément connu en 2005, avec la mise en place de nouvelles procédures d'accueil au Centre de santé, qui prévoient notamment l'ouverture d'un dossier informatisé pour la totalité des patients reçus au Comede (cf Accueil page 15).

Les exilés restent principalement orientés vers le Comede par des relations personnelles (57%, le plus souvent des compatriotes). Ce mode de rencontre est toutefois en diminution (67% en 2003) en raison du fort accroissement du recours au Comede à l'initiative des associations de soutien (de 18% à 29%, dont FTDA 13% et la Cimade 6%) pour des personnes particulièrement vulnérables qui requièrent une prise en charge spécialisée (cf Prévention p 21). La part des autres structures dans l'orientation initiale des patients est restée stable (services de l'Etat 7%, avocats 4%, services médicaux 3%).

Les patients du Comede sont hébergés principalement en région Ile-de-France (87%) ; à Paris (30%), en Seine-Saint-Denis (25%), dans le Val-de-Marne (12%), le Val-d'Oise (6%), la Seine-et-Marne (4%), les Yvelines (4%), les Hauts-de-Seine (3%) et l'Essonne (3%). Le nombre des patients dépourvus d'hébergement est en augmentation (8% vs 3% en 2003) et 5% des patients résident hors Ile-de-France, principalement en régions Picardie et Centre. Sur un plan administratif, 37% des exilés ont leur adresse à Paris, 23% en Seine-Saint-Denis, 10% dans le Val-de-Marne, 9% dans le Val-d'Oise, 6% dans les Hauts-de-Seine, 4% dans les Yvelines et dans l'Essonne.

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

Ce sont pour la plupart des hommes (77%), jeunes (âge médian 32 ans), et récemment arrivés en France (médiane 15 mois). Par rapport aux années précédentes, l'augmentation de l'âge médian et de l'ancienneté de résidence en France lors de la première consultation témoigne d'un recours plus tardif au Comede dans le parcours des exilés, notamment après un premier contact avec un dispositif de santé. Les patients d'Asie du Sud et d'Europe de l'Est s'adressent au Comede plus tôt après l'arrivée en France, ceux d'Afrique du Nord et d'Afrique de l'Ouest plus tard que les autres ($p < 0,001$). Parmi les nouveaux patients, 47% sont ressortissants de pays de l'espace francophone.

Avec 79 nationalités différentes, les exilés sont originaires de 7 régions principales :

- ➊ Asie du Sud (1 356, dont 790 Sri-Lankais [Tamouls], 373 Bangladais, 117 Indiens et 75 Pakistanais) ;
- ➋ Afrique centrale (1 256, dont 855 Congolais/RD, 129 Angolais/Cabindais, 123 Congolais et 107 Camerounais) ;
- ➌ Afrique de l'Ouest (1 072, dont 418 Mauritanais, 178 Maliens, 119 Guinéens, 105 Ivoiriens, 68 Sénégalais, 56 Nigériens et 39 Sierra Léonais) ;
- ➍ Europe de l'Est (424, dont 316 Turcs [Kurdes] et 27 Moldaves) ;
- ➎ Afrique du Nord (82, dont 67 Algériens) ;
- ➏ Amérique du Nord (80, dont 78 Haïtiens) ;
- ➐ Asie centrale (34, dont 21 Mongols).

Neuf nationalités ont connu une forte augmentation par rapport à 2003 : Côte d'Ivoire (+75%), Cameroun (+57%), Nigeria (+56%), Pakistan (+39%), Sénégal (+36%), Guinée Conakry (+27%), Bangladesh (+18%), Sri Lanka (+14%), alors que 21 Mongols ont été accueillis *versus* 3 en 2003. Les diminutions les plus notables concernent la Turquie (-28%), le Congo RD (-16%), la Mauritanie et la Sierra Leone (-13%), l'Angola et l'Inde (-11%).

Origine géographique des étrangers et exilés en France

Définition des régions page 41

Séjour stable

Séjour précaire

Comede (File active et Permanence téléphonique)

Région d'origine	Séjour régulier ¹	Réfugiés statutaires ²	Demandeurs d'asile ²	Etrangers malades ³	Centre de santé	Centre-ressources
Asie du Sud	2%	16%	9%	6%	31%	11%
Afrique centrale	3%	13%	17%	22%	29%	29%
Afrique de l'Ouest	5%	5%	16%	36%	24%	31%
Europe de l'Est	9%	23%	34%	6%	10%	9%
Afrique du Nord	35%	1%	5%	10%	2%	13%
Amérique du Nord	2%	2%	3%	2%	2%	3%
Asie de l'Est	4%	32%	10%	9%	1%	1%
Europe de l'Ouest	37%	1%	<1%	1%	<1%	<1%
autres régions	3%	7%	3%	8%	1%	3%
TOTAL	3 347 398	100 838	54 429	3 437	5 230	2 485

1 Ministère de l'Intérieur 2002, étrangers titulaires d'un titre de séjour.

2 Ofpra 2003, étrangers titulaires d'un certificat de réfugié et nouveaux demandeurs d'asile.

3 Ministère de l'intérieur 2002, étrangers régularisés pour raison médicale (les Algériens ne sont pas comptabilisés dans cette rubrique).

Sur les 7 dernières années, le Comede a accueilli plus de 4 000 Congolais/Zairois, plus de 3 000 Sri-lankais (Tamouls), plus de 2 000 Bangladais et Mauritaniens, plus de 1 000 Turcs et Maliens.

GROUPES VULNÉRABLES

L'origine géographique des patients du Comede est comparable à celle des exilés en France, qui se singularise nettement par rapport à l'ensemble de la population étrangère (cf tableau). Alors qu'elle est relativement faible dans l'ensemble de la population étrangère, on retrouve ainsi une proportion importante de personnes originaires d'Asie du Sud parmi les réfugiés et les demandeurs d'asile ; d'Afrique centrale parmi les réfugiés et les étrangers en séjour précaire ; et d'Afrique de l'Ouest parmi l'ensemble des étrangers en séjour précaire. Les demandeurs d'asile d'Europe de l'Est sont relativement moins représentés au Comede, en raison de leur accès plus fréquent dans le Dispositif national d'accueil, les CADA étant répartis sur l'ensemble du territoire.

La population accueillie au Comede est ainsi représentative des exilés les plus vulnérables.

Ce sont pour la plupart des demandeurs d'asile « isolés », séparés des membres de la famille (seuls 14% des parents sont accompagnés de leurs enfants) dont ils ignorent souvent le destin, qui doivent en outre survivre en situation de très grande précarité administrative et sociale. La morbidité observée lors des bilans de santé au Centre est plus fréquente dans certains groupes : femmes, mineurs, personnes âgées, ainsi que chez les personnes originaires d'Afrique centrale, de l'Ouest et à un degré moindre d'Afrique du Nord (cf Prévention page 21 et Indicateurs page 44).

Les femmes constituent un quart de la file active du Centre de santé (1 011 dossiers informatisés, stable par rapport à 2003).

Principalement originaires d'Afrique centrale (53%), d'Afrique de l'Ouest (16%), d'Asie du Sud (14%), d'Europe de l'Est (6%) et de Haïti (4%), elles souffrent 4 fois plus souvent que les hommes d'infection à VIH et 2 fois plus souvent d'hypertension artérielle, d'hépatite C et de psycho-traumatisme (p<0,001), toutes affections particulièrement fréquentes en Afrique centrale.

Tableau 2 - Principales nationalités des étrangers et exilés en France

Rang	Séjour régulier	Demande d'asile	Etrangers malades
1	Portugal	Turquie	Côte d'Ivoire
2	Algérie	Chine	Mali
3	Maroc	Congo RD	Cameroun
4	Italie	Mauritanie	Chine
5	Turquie	Algérie	Maroc
6	Tunisie	Sri-Lanka	Sénégal
7	Espagne	Russie	Congo
8	Royaume-U	Congo	Congo RD
9	Allemagne	Moldavie	Bangladesh
10	Belgique	Serbie	Tunisie
11	Sénégal	Haïti	Centrafrique
12	Yougoslavie	Géorgie	Guinée C
13	Chine	Côte d'Ivoire	Egypte
14	Mali	Nigeria	Roumanie
15	Congo RD	Mali	Haïti
16	Pologne	Angola	Mauritanie
17	Sri-Lanka	Bangladesh	Pakistan
18	Etats-Unis	Arménie	Bénin
19	Pays-Bas	Inde	Togo
20	Côte d'Ivoire	Guinée C	Kazakhstan

Les conditions de survie au quotidien qu'elles doivent affronter maintiennent les femmes exilées isolées dans une situation de dépendance dont abusent en outre certains hébergeants, faute de place dans le dispositif public.

C'est le plus souvent avec leur mère qu'ont été soignés 23 enfants de moins de 13 ans (37 en 2003), récemment exilés (médiane 3 mois), parmi lesquels 3 atteints d'affection grave (bilharziose, cardiopathie, drépanocytose). Le faible nombre d'enfants pris en charge au Comede témoigne du meilleur accueil qui leur est réservé tant dans les dispositifs sociaux (hébergement des familles de demandeurs d'asile) que médicaux (PMI, services hospitaliers de pédiatrie).

Le nombre de mineurs étrangers accueillis au Comede a triplé au cours des deux dernières années (112 en 2004). En France depuis 6 mois (médiane), ils sont le plus souvent adressés pour un bilan de santé par l'ASE Paris ou certaines

associations spécialisées comme EMDH. Originaires d'Afrique centrale (29%), d'Afrique de l'Ouest (27%), d'Asie du Sud (14%), d'Europe de l'Est (13%) et d'Afrique du Nord (6%), ils présentent une grande vulnérabilité psychologique, et sont plus fréquemment infectés que les adultes par l'hépatite B (143 pour 1000), les parasitoses intestinales, ainsi que la bilharziose urinaire pour les jeunes originaires d'Afrique de l'Ouest. Les autres maladies ou handicaps sont rares (1 cas d'hépatite C, 1 cas de surdité). Les mineurs isolés sont systématiquement « Patients à suivre » au Comede, avec rendez-vous dès la première consultation et désignation d'un médecin référent (cf Prévention p 21).

Les exilés âgés de plus de 60 ans sont moins nombreux que l'année précédente (74, -14%). Comparables aux autres patients sur le plan de la nationalité et du caractère récent de l'exil, ils sont 10 fois plus souvent diabétiques et/ou hypertendus et 6 fois plus souvent atteints d'hépatite C chronique.

Les personnes d'Afrique sub-saharienne payent le plus lourd tribut à la maladie parmi l'ensemble des exilés. Parmi ceux d'Afrique centrale, le psycho-traumatisme grave (88 pour 1000), l'hypertension artérielle (55), l'infection à VIH (36), l'hépatite B (33) et l'hépatite C (18) sont particulièrement fréquents. Parmi ceux d'Afrique de l'Ouest, c'est le cas de l'hépatite B (80), la bilharziose urinaire (63) et l'infection à VIH (17). Les Algériens, qui consultent plus tardivement le Comede après l'arrivée en France (29 mois) sont proportionnellement les plus nombreux à souffrir de psycho-traumatisme (96) et doivent en outre affronter en France des réactions racistes plus fréquentes que vis-à-vis des autres étrangers ou perçus comme tels.

Parmi les exilés originaires des autres continents, on observe la prévalence particulièrement élevée de l'infection à VIH (14) et du psycho-traumatisme (68) pour Haïti ; de l'hépatite C pour l'Europe de l'Est (11, et 26 dans les pays russophones ; du diabète (42) et de l'anguillulose (39) pour l'Asie du Sud ; de l'hépatite B (35) pour la Chine. ■

Les réfugiés dans le monde en 2004

(Source : Refugees, UNHCR, janvier 2005)

Avec l'entrée dans l'Union Européenne de 10 nouveaux états membres, les difficultés d'harmonisation des conditions d'accueil et des critères de reconnaissance des réfugiés en Europe de l'Ouest restent frappantes, à l'instar des Tchétchènes reconnus à 95% en Autriche, à environ 40 % en France, à 1% en Slovaquie. La construction de la « forteresse Europe » s'est poursuivie en 2004. L'Italie a mis en place à Lampedusa des procédures de « renvoi global » sans examen individuel des demandes d'asile, en contradiction avec la Convention de Genève, notamment à destination de la Libye, pays non signataire de la Convention. Le Royaume-Uni, également en marge de la Convention de 1951, autorise l'emprisonnement pendant 2 ans des demandeurs d'asile qui ne peuvent prouver leur identité. Avec une baisse de 22% par rapport à 2003, le nombre de demandeurs d'asile dans les pays industrialisés a atteint son plus bas niveau depuis 17 ans.

Dans le monde, le Haut Commissariat pour les Réfugiés a recensé une diminution de 1 million de réfugiés sur la dernière année. Des Afghans, des Libériens, des Sierra-Léonais, des Angolais ont retrouvé leur pays ou leur village... et leur maison souvent détruite. Le Soudan a connu au Darfour le plus important déplacement de population : 2 millions de personnes ont fui les violences et les persécutions. En ce 11^e anniversaire du génocide rwandais, la région des Grands lacs continue d'être déstabilisée tout particulièrement au Congo RD où les massacres se perpétuent malgré la présence d'une force internationale. Fin 2004, le HCR dénombrait 38 zones de crises humanitaires à travers le monde.

Le Comede a délivré 16 520 consultations, soient 71 consultations par jour en moyenne pour 232 jours d'ouverture du Centre aux patients. La stabilité de ce nombre global (+1%) recouvre comme les années précédentes une augmentation des services et prestations spécialisées (+12% consultations avec interprète, +16% éducation pour la santé, +10% service socio-juridique, +5% psychothérapie) et une diminution des consultations de premiers soins (-3% Service infirmier). Les patients ont consulté en moyenne 3,2 fois (5,3 pour les Patients à suivre) pour une médiane de suivi de 2 mois (5 mois, cf Prévention page 21). Pour les patients dépourvus de protection complémentaire et pour les consultations non médicales qui ne sont pas remboursées par la CMU, le Comede bénéficie d'un important financement par la Direction de la population et des migrations et du Fonds européen pour les réfugiés.

La part de l'interprétariat professionnel et de l'expertise a encore progressé dans les consultations du Centre de santé en 2004. Les permanents d'ISM-interprétariat ont effectué 1 086 consultations en appui des intervenants du Comede (7% du total) et en 10 langues : 352 en Tamoul, 265 en Bangali/Hindi/Ourdou, 259 en Turc/Kurde, 117 en Pullar/Soninke/Bambara et 93 en Russe. Outre les cinq permanences hebdomadaires d'ISM, des vacances dédiées aux psychothérapies ont lieu chaque mois en Turc/Kurde (avec un deuxième psychologue depuis 2004), en Tamoul (mise en place en 2004) et en Russe (mise en place fin 2004). Par ailleurs, l'expertise des professionnels du Centre (cf page 29) a été surtout sollicitée en matière de droit d'asile (25% des consultations), de droit au séjour (11%), et de protection maladie (5%).

La stabilisation en volume de l'activité du Centre de santé n'a pas permis de répondre à l'ensemble des sollicitations des exilés. Chaque jour se présentent au Comede davantage de patients qu'il n'y a de place pour

les accueillir, particulièrement en médecine générale, et le Service infirmier doit sélectionner les patients à recevoir en priorité par le médecin (40% des consultations infirmières en 2004, cf infra). En outre, devant l'insuffisance de places disponibles, de nombreux patients continuent de se présenter chaque matin plusieurs heures avant l'ouverture du Centre, ce qui ne peut pas être satisfaisant lorsqu'il s'agit d'accueillir des personnes particulièrement fragilisées, et de garantir la plus grande équité entre les situations.

Pour ces raisons, la coordination du Comede a travaillé sur un nouveau projet d'amélioration de l'accès au Centre, mis en place en avril 2005. Dans l'attente d'une solution de fond qui passe par l'accroissement des capacités financières de l'association pour le recrutement de nouveaux médecins, le projet consiste, à moyens constants, à améliorer encore le repérage des patients les plus vulnérables et de faciliter leur accès au Centre de santé tout au long de la journée. Des rendez-vous de Service infirmier sont désormais accessibles entre 8h45 et 17h00 à raison de deux patients par demi-heure en moyenne, et la proportion des places de médecine générale dédiées aux situations prioritaires est augmentée.

SERVICE D'ACCUEIL

Le Service d'accueil est le lieu où s'établit le premier contact avec les patients. Deux agents y assurent la permanence de l'accueil du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30. Dès 6h00, la porte extérieure du bâtiment La Force est ouverte par un agent de sécurité de l'hôpital de Bicêtre pour que les premiers arrivants puissent pénétrer dans une salle d'attente chauffée où ils inscrivent leur nom sur une liste destinée à la consultation de médecine générale. Lorsque cette liste est remplie, les patients utilisent une seconde liste destinée à la consultation infirmière sur rendez-vous, qui sera complétée au cours de la journée par les agents d'accueil.

L'ouverture du Centre a lieu à 8h30 par les deux agents d'accueil, ce qui permet d'accéder à la seconde salle d'attente située au 2^e étage du bâtiment. Les patients ayant un rendez-vous (50% des places en médecine, à quoi s'ajoutent les rendez-vous systématiques pour les mineurs étrangers, 100% dans les consultations infirmières, psychothérapeutiques et sociales) viennent directement à l'heure prévue.

Les agents d'accueil doivent faire preuve de calme et d'une grande disponibilité afin de rassurer des personnes fragilisées par les conditions de leur exil et anxieuses dans l'attente de la consultation. Chaque nouveau patient est reçu dans un bureau pour un entretien d'un quart d'heure. L'agent d'accueil y établit le dossier médical, remet au patient son livret de santé du Comede (versions bilingues en Chinois, Russe, Tamoul et Turc), et donne les premiers éléments d'information et d'orientation sur les droits sociaux et les démarches à accomplir. Pour tous les patients dépourvus de protection maladie, l'agent complète et délivre un formulaire-Comede

de demande à l'attention du Centre de sécurité sociale de secteur (cf Accès aux soins et à la protection maladie page 25).

CONSULTATION DE MÉDECINE

Les médecins généralistes ont effectué 9 184 consultations, dont 9% avec interprète, pour 4 006 patients, (+1% par rapport à 2003). Outre les permanences assurées par Inter-Service Migrants en 10 langues, les médecins du Comede peuvent consulter en Français, Anglais, Arabe, Espagnol, ainsi qu'en langue des signes pour les exilés sourds. Avec 14 professionnels pour un équivalent temps plein (ETP) de 3 consultations simultanées, la Consultation de médecine générale constitue le pivot de la prise en charge initiale et peut orienter sur le Service social et/ou le psychologue. Si l'écoute et le soutien restent essentiels dans la réponse proposée à l'ensemble des patients, les médecins sont les plus sollicités des consultants du Centre en matière d'expertise relative à l'asile

Enquête auprès des Patients du Comede

Dans le cadre d'un stage de formation à la conduite de projet en santé publique, une étudiante infirmière a réalisé début 2005 une enquête de satisfaction et de perception du Comede et des questions de santé par les exilés. Pendant une semaine, des entretiens sur questionnaire ont été effectués auprès de 148 patients volontaires de la salle d'attente du Centre de santé. Ses principaux résultats montrent les efforts qui restent à faire par le Comede pour améliorer l'accessibilité au Centre de santé.

■ **Que venez-vous chercher au Comede ?** Consultation de médecine 67%, Bilan de santé 39%, Certificat pour l'asile 34%, Information sur l'accès aux soins 16%, Consultation de psychothérapie 13%, Rapport pour une régularisation médicale 12%, Médicaments 9%.

■ **Trouvez-vous les règles d'accès au Centre le matin... ?** Satisfaisantes 40%, Equitables 65%.

■ **Avez-vous lu les informations du Livret de santé remis par le Comede ?** Oui 57%, Informations intéressantes 53%.

■ **Dans le livret, avez-vous eu les informations que vous souhaitiez sur... ?** Accès aux soins 59%, VIH 57%, Alimentation 48%, IST 47%, Hépatites 43%, Vaccination 38%, Alcool 32%, Tabac 31%, Contraception 13%, Hygiène 15%.

■ **Selon vous, le Comede est... ?** Une organisation non gouvernementale (ONG) 39%, Gouvernementale 21%, Hôpital public 18%, Centre de soins gratuits 11%.

■ **Pensez-vous que le Comede est le seul endroit où vous pouvez recevoir des soins ?** Oui 32%.

■ **Si vous pouviez être soigné partout avec la CMU ou l'AME, souhaiteriez-vous rester suivi au Comede ?** Oui 80%.

(30%), et consacrent 10% des consultations à la rédaction des certificats médicaux destinés à l'Ofpra ou à la CRR. Par rapport au total des consultations, les médecins reçoivent davantage de Patients à suivre (45%), de patients d'Asie du sud (32%), d'Europe de l'Est (8%) et de mineurs (3%).

Le bilan de santé recommandé a été effectué chez 81% des exilés. Au terme de la première consultation et avec l'accord du patient, les médecins du Comede ont complété l'examen clinique dans 74% des cas par la réalisation d'examens complémentaires ciblés, alors que 7% des nouveaux patients avaient déjà pratiqué un tel bilan de santé depuis l'arrivée en France. Ces examens sont réalisés ou vérifiés gratuitement par les laboratoires de la DASES, partenaire du Comede depuis 1984. Adressés au Centre, les résultats du bilan sont remis au patient et commentés lors de la deuxième consultation. Ils permettent le dépistage précoce et la prise en charge de diverses affections graves ou potentiellement graves (cf Prévention page 21).

Les prescriptions médicales sont honorées dans les pharmacies et laboratoires de ville pour 60% des consultants, qui détiennent une protection maladie intégrale (cf Accès aux soins page 25). Les premières consultations de médecine conduisent à la délivrance de médicaments par la pharmacie du Comede (14% de l'ensemble, 35% pour les patients dépourvus de Complémentaire), dans l'attente de l'ouverture des droits à la protection complémentaire. La demande d'admission immédiate à la CMU.C est indiquée dans 20% des cas, lorsqu'il est nécessaire de recourir sans délai à un examen spécialisé, au médecin spécialiste, à l'hôpital de jour ou au dentiste. Les patients consultent alors soit au plus près de leur domicile, soit pour les situations plus complexes auprès de l'un des partenaires du Comede sur l'ensemble de la région Ile-de-France (cf Guide Comede 2005). Quarante-quatre consultations ont conduit à une hospitalisation en urgence à l'hôpital du secteur, ou directement à l'hôpital de Bicêtre en cas d'urgence vitale.

La consultation de médecine relève d'une expertise médico-juridique dans 46% des cas, en matière de droit d'asile (30%), de droit au séjour (11%) et de protection maladie (5%). La demande de certificat médical « constatant » la violence et la torture ne faiblit pas, la pression exercée sur les demandeurs d'asile par l'Ofpra, la CRR et les avocats restant très forte. Incompatible avec une procédure « d'urgence », la délivrance d'un tel certificat nécessite au minimum une première consultation destinée à l'évaluation médico-psychologique, et, si le certificat est indiqué, un rendez-vous ultérieur consacré à la rédaction (907 certificats en 2004, +5%). L'évaluation des demandes de carte de séjour pour raison médicale, effectuée en coordination avec le Service social, a conduit à la rédaction d'un rapport et/ou d'un certificat médical pour 181 malades déboutés et sans-papiers.

ENTRETIENS DE PSYCHOTHÉRAPIE

Les psychothérapeutes ont effectué 973 entretiens pour 326 patients (+5%), en Français, Lingala ou Anglais, ainsi qu'avec les interprètes d'ISM (9% des consultations). Trois psychologues assurent des consultations pendant 7 demi-journées par semaine au centre. La durée médiane de suivi au Comede est de 6 mois, et recouvre des modes de prise en charge qui diffèrent selon le retentissement du traumatisme psychique et la précarité de la situation sociale : thérapies brèves et/ou de soutien et/ou d'inspiration analytique. Par rapport au total des consultations, on observe une présence plus importante des femmes (40%), des patients d'Afrique centrale (55%), d'Europe de l'Est (8%) et d'Afrique du Nord (5%).

L'orientation initiale vers le psychologue est proposée par le médecin, généralement après quelques consultations et les résultats du bilan de santé. Par réticence à consulter un psychologue - observée dans toutes les cultures - ou plus rarement faute d'interprétariat adéquat, 17% des patients souffrant de psycho-traumatisme poursuivent une prise en charge exclusivement médico-sociale.

Face à un tableau clinique de névrose traumatique et/ou de dépression réactionnelle, les psychologues et les médecins peuvent conduire l'essentiel des prises en charge requises. Les médecins généralistes sont formés à l'utilisation des traitements antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques, mais l'avis d'un psychiatre reste nécessaire en cas de symptômes psychotiques, dont la prévalence chez les exilés est comparable à celle de la population générale. La sollicitation du Centre médico-psychologique de secteur se heurte à de fortes résistances pour ce public, les CMP étant déjà aux prises avec de grandes difficultés de prise en charge d'autres populations en situation précaire, ainsi que largement ignorants du contexte de l'exil. Souvent invoqué, l'argument d'absence d'interprète peut masquer un déficit de moyens ou de motivation de la part des intervenants de ces structures.

SERVICE INFIRMIER

Le Service infirmier a effectué 4 538 consultations pour 2 255 patients (-3%), auxquelles s'ajoutent 198 consultations d'éducation pour la santé (cf Prévention page 21). L'interprète ISM a été sollicité pour 4% des consultations infirmières, et 28% des consultations d'éducation. La permanence du Service infirmier est assurée par 2 professionnels pour un équivalent de 1,1 plein-temps auprès des patients. Par rapport au total des consultations, on observe une présence plus importante des patients d'Afrique de l'Ouest (30%).

Avec un médecin de santé publique et une diététicienne, les infirmier/es conduisent les actions d'éducation pour la santé, (4% des consultations de Service infirmier en 2004), et effectuent notamment sur prescription médicale les vaccinations (3%, principalement contre l'hépatite B). Le Service infirmier participe en outre aux activités et à la permanence téléphonique du Suivi de l'accès aux soins (SAS, cf Accès aux soins page 25), ainsi qu'aux activités d'enseignement, notamment pour les étudiants infirmiers.

Les infirmier/es du Comede sont en première ligne face aux demandes des patients accueillis en plus des places disponibles en médecine (« Accueil infirmier » correspondant à 91% des consultations infirmières). Pour ces patients, sur des critères médico-psychosociaux, l'infirmier/e a pu proposer un rendez-vous au Centre dans 51% des cas, dont 40% en médecine, et une orientation vers un autre dispositif dans 14% des cas, dont 3% à la PASS de l'hôpital public de proximité. Faute de place et hors urgence, le Comede n'a pu répondre à la demande de 35% des patients concernés. La mise en place des nouvelles procédures d'accueil doit modifier sensiblement l'activité de la consultation infirmière en 2005.

Le Service infirmier a également en charge la gestion de la pharmacie du Comede, sous la supervision du médecin Responsable du Suivi médical et de la pharmacienne. Les infirmier/es consacrent une part importante de leur travail à la récupération et au tri continu des médicaments, ainsi qu'aux commandes de ceux qui doivent être achetés, comme certains anti-parasitaires. Dans le cadre des partenariats du Comede avec un grossiste-répartiteur (Alliance Santé), Pharmacie Humanitaire Internationale, et l'Ordre de Malte, le volume des médicaments à trier est resté stable en 2004.

SERVICE SOCIAL

Le Service social a effectué 1 627 consultations pour 621 patients (+10%). Avec le recrutement d'un troisième professionnel mi-2004 qui porte le Service social du Comede à 2,1 ETP, une permanence sociale peut-être assurée pour les patients du Centre, tout en permettant au Responsable du service de consacrer davantage de temps aux partenariats associatifs (ODSE, CFDA, Groupe protection sociale du Gisti), ainsi qu'aux activités de formation et de publication sur le droit à la santé des étrangers et le droit d'asile (cf Formation page 35). Par rapport au total des consultations, le Service social reçoit davantage de femmes

(36%), ainsi que de patients d'Afrique centrale (45%), d'Afrique de l'Ouest (41%) et de Patients à suivre (66%).

L'orientation vers le Service social est proposée par le médecin ou l'infirmier/e pour des interventions relatives au droit de la santé (cf ci-dessous), ainsi que pour des activités de soutien social pour les personnes les plus vulnérables, le plus souvent des Patients à suivre. Compte-tenu de la précarité des conditions de vie des patients du Centre, les consultations sociales sont très souvent l'occasion d'aide à la vie quotidienne - hébergement excepté -, directement ou avec une orientation sur les partenaires publics ou associatifs.

En 2004, 50% des consultations du Service social du Comede relevaient d'une expertise juridique, en matière de droit au séjour (33% des consultations), de droit d'asile (10%), et de protection maladie (7%). De manière coordonnée avec les médecins, le Service social a aidé en 2004 à la constitution et à la rédaction de 124 dossiers de demande et de recours en matière de droit au séjour pour raison médicale (cf Expertise page 29). Le Service social participe également aux activités du groupe de Suivi de l'accès aux soins (SAS) du Comede, notamment les permanences téléphoniques (cf Accès aux soins page 25).

SUIVI MÉDICAL

La permanence quotidienne du Suivi médical du Comede est assurée par 4 médecins (1,2 ETP), au service de l'équipe du Centre, ou par téléphone auprès des professionnels et particuliers dans le cadre de la permanence téléphonique (cf Information page 35). Ce service permet d'améliorer considérablement la continuité et la coordination des soins, particulièrement pour les patients atteints d'affection grave, « Patients à suivre » au Comede. Le Suivi médical traite l'ensemble des courriers médicaux, effectue la mise à jour des dossiers et l'information des soignants du

Comede, et assure la transmission des renseignements médicaux aux médecins partenaires. Il s'enquiert régulièrement des compte-rendus des services vers lesquels les patients du Comede ont été orientés, à partir de l'enregistrement des relevés de consultation.

Le Suivi médical vérifie quotidiennement les résultats des examens complémentaires et bilans de santé prescrits par les médecins consultants, afin d'anticiper les prises en charge à effectuer. En cas de résultat pathologique, le Suivi médical contrôle l'effectivité de la prochaine consultation et contacte systématiquement - par téléphone et/ou par courrier - les patients qui ne se sont pas présentés, pour proposer si nécessaire un rendez-vous avec le médecin prescripteur. Les Patients à suivre nécessitent une vigilance particulière de l'ensemble de l'équipe, souvent pendant plusieurs mois, jusqu'à ce qu'une prise en charge globale de proximité puisse être organisée lorsque les conditions médicales, psychologiques, sociales et administratives sont enfin réunies (cf Prévention).

L'organisation de la continuité des soins dépend en grande partie de la coordination entre les soignants impliqués et la permanence du Suivi médical. Pour chaque Patient à suivre, un thérapeute référent - en général le médecin consulté la première fois - est identifié à la fois par le patient et les partenaires de la prise en charge, au moyen du dossier médical et du livret de santé du patient. Le Patient à suivre bénéficie d'un accueil prioritaire au Comede, sur rendez-vous en médecine lors des premières consultations. A partir d'une fiche de liaison entre le thérapeute référent (médecin et/ou psychologue) et le Suivi médical, ainsi que d'une base de donnée informatisée, les médecins du Suivi médical assurent une veille médico-sociale continue des Patients à suivre, afin de contacter par téléphone et/ou par courrier celui qui n'a pas consulté dans les délais préconisés dans le dossier. Compte-tenu de la grande précarité socio-administrative de ces patients, la précocité du contact est essentielle pour prévenir les ruptures dans la continuité des soins.

Le Suivi médical du Comede occupe un poste d'observation détaillée sur la pathologie et la prise en charge médico-psychologique des exilés. A partir des activités quotidiennes du Suivi médical, le Comede peut dessiner une carte épidémiologique permettant de cerner les besoins, d'évaluer les actions de santé en cours et de cibler les actions prioritaires à conduire, comme l'accueil des mineurs isolés en 2004, ainsi que la mise en place prochaine de

l'évaluation renforcée du suivi des patients souffrant de psychotraumatisme. Le Suivi médical peut ainsi évaluer les activités de prévention et de certification médicale du Centre, et participe en outre aux activités du groupe de Suivi de l'accès aux soins, ainsi qu'aux activités de formation et partenariat sur les questions de santé publique (DGS, DASES, ODSE, cf page 35). ■

Données épidémiologiques dans le monde et en France (Sources : Enquête VESPA, InVS, ONUSIDA, OMS)

■ **Infection à VIH-Sida.** Dans le monde, le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 39 millions en 2004. Une augmentation de la prévalence s'est produite dans toutes les régions, mais elle a été plus importante en Asie de l'Est (+50% entre 2002 et 2004), en Asie centrale et en Europe de l'Est (+40%). Le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH est particulièrement préoccupant : 4,9 millions en 2004. Le nombre des décès dus au SIDA s'est élevé à 3,1 millions. Bien que 700 000 personnes dans les pays en développement reçoivent un traitement antiretroviral (440 000 en juillet 2004), seule 1 personne sur 10 bénéficie d'une prise en charge en Afrique subsaharienne. En France, la prévalence estimée en 2003 est de 97 000 personnes, dont 29 % de femmes. En 2004 l'épidémie se poursuit en particulier chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, et chez les femmes d'Afrique subsaharienne. Les personnes d'origine étrangères représentent 22% des personnes infectées, dont 55% sont originaires d'Afrique subsaharienne parmi lesquels 60% de femmes. Une personne infectée sur deux vit en Ile de France ou Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les migrants concernés ont pour 90% d'entre eux un titre de séjour, dont 42% d'au moins 1 an. Ils vivent dans des conditions plus précaires en particulier au niveau du logement ; à la différence des autres personnes touchées, leur taux d'activité augmente et leur taux d'invalidité reconnu est plus faible.

■ **Tuberculose.** Un tiers de la population mondiale est infectée, dont 5 à 10% développent la maladie. En 2002, il y a eu 1 823 000 décès dans le monde. C'est en Asie du Sud que les cas de tuberculose-maladie sont les plus nombreux, avec 33% de l'incidence mondiale ; mais le taux par habitant est 2 fois plus élevé en Afrique (182 /100 000 vs 350 /100 000). La tuberculose est responsable de 13% environ des décès par SIDA. En France en 2001, l'incidence était de 6,2 cas /100 000 chez les personnes de nationalité française alors qu'elle était de 57,2 cas /100 000 chez les personnes de nationalité étrangère (33,4 /100 000 chez les migrants originaires d'Afrique du Nord et 128 /100 000 chez ceux originaires d'Afrique subsaharienne).

■ **Hépatite C.** Dans le monde, le nombre de personnes infectées est estimé à 170 millions, soient 3,1% de la population (chiffres de 2000). La données de 57 pays ne sont pas disponibles, mais la prévalence de l'infection en Amérique du Nord et en Europe est faible comparée à celle constatée dans certains pays d'Afrique, de la Méditerranée orientale, d'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. En France, 5 à 600 000 personnes seraient infectées.

■ **Diabète.** Cette affection touche tous les pays et en particulier les pays en développement. Le nombre de malades est estimé à 177 millions en 2000, et l'OMS pense qu'il atteindra 300 millions vers 2025. Le nombre de décès se situe probablement autour de 4 millions par an. Le coût de la prise en charge est élevé pour les familles et pour les autorités sanitaires.

■ **Hépatite B.** Dans le monde, 2 milliards de personnes seraient infectées, dont 350 millions de porteurs chroniques à l'origine de 80% des hépatocarcinomes (cancer du foie) et de 600 000 décès par an. En France, le nombre de porteurs chroniques est estimé à 300 000, avec une forte corrélation entre hépatite B et précarité sociale (taux de prévalence multiplié par 3 chez les bénéficiaires de la CMU.C).

■ **Asthme.** Dans le monde, 150 millions de personnes seraient atteintes, avec 180 000 décès. Le nombre de nouveaux cas est en augmentation constante. En France, 38 748 décès liés à l'asthme ont été enregistrés entre 1980 et 1999.

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

ACTION DU COMEDE

Au Comede, les activités de prévention et de dépistage sont portées par les médecins et infirmier/es dans le cadre des consultations, et coordonnées par le Suivi médical (cf page 23). A l'exception des ateliers animés chaque mois par la diététicienne, les réunions d'information collective au Centre ne sont pas adaptées à ce public très hétérogène, sur le plan de la langue et de la culture, mais aussi sur le plan géographique, en raison de l'éloignement du lieu d'hébergement de nombreux patients. Le Livret de santé remis à tous les patients du Comede traite de plusieurs thèmes de prévention jugés prioritaires par les patients et les soignants : l'accès aux soins, la contraception, la nutrition, l'infection à VIH/sida et la vaccination. Une version bilingue existe en Chinois, Russe, Tamoul et Turc. Pour ses activités de Prévention, le Comede bénéficie du soutien de la CNAM, de l'Inpes et de Sidaction.

Bilan de santé proposé au Comede

Examen	AFC	AFO	ANT	ASS	autres régions
Examen clinique	✓	✓	✓	✓	✓
NFS	✓	✓	✓	✓	✓
Glycémie				✓	
Sérologie VHB	✓	✓	✓	✓	✓
Sérologie VHC	✓	✓	✓	✓	✓
Sérologie VIH	✓	✓	✓	✓	✓
Rx thorax face	✓	✓	✓	✓	✓
EPS ou TTT	✓	✓	✓	✓	✓
EPU		✓			

AFC Afrique centrale, AFO Afrique de l'Ouest, ANT Antilles, ASS Asie du Sud (voir répartition page 41).

NFS Numération-formule sanguine, EPS Examen parasitologique des selles, EPU Examen parasitologique des urines, TTT Traitement proposé par Albendazole.

Le bilan de santé recommandé a été effectué chez 81% des patients du Centre (2 297 bilans, dont 7% avaient été réalisés au cours de l'année dans un autre dispositif médical). La sérologie VIH, dont la proposition requiert des garanties plus grandes de compréhension, a été pratiquée par 66% des patients (1 864), principalement chez les Africains (80% des patients d'Afrique centrale et 68% d'Afrique de l'ouest l'ont pratiquée). Ce bilan est régulièrement réévalué pour s'adapter à l'épidémiologie des régions d'origine et complété, le cas échéant, par d'autres examens indiqués au terme de l'examen clinique. Un bilan bucco-dentaire est également recommandé.

Au terme de ce bilan, un quart des patients du Centre ont été signalés « Patients à suivre » par le médecin ou le psychologue. Ces 1309 patients (+8% par rapport à 2003) utilisent 42% des consultations du Comede, et requièrent la vigilance quotidienne du Suivi médical du Comede pour permettre la continuité des soins (cf Suivi médical page 19).

Pour pallier les carences en interprétariat dans la plupart des services hospitaliers spécialisés auxquels les patients du Centre ont conjointement recours, le Comede développe

depuis 3 ans des consultations d'éducation thérapeutique avec interprète pour des patients non francophones ni anglophones atteints de diabète, d'hypertension artérielle, d'asthme persistant ou d'hépatite B (108 en 2004). Au total, 198 consultations d'Education pour la santé ont été effectuées, incluant 54 autres consultations infirmières et 36 consultations de diététique. La diététicienne a également animé 14 ateliers pour 12 patients en moyenne à qui la proposition est faite dans la salle d'attente.

Les consultations d'éducation thérapeutique sont effectuées par une infirmière spécialiste, ainsi qu'un médecin de santé publique dont le recrutement a été rendu possible en 2004 par un financement spécifique de la CNAM. Les consultations sont dispensées en 11 langues : Français, Anglais, Russe, Arabe, ainsi qu'avec les interprètes d'ISM en Hindi, Ourdou, Tamoul, Cinghalais, Pullar, Soninke et Bambara. Le recrutement des patients s'effectue par le biais de la consultation médicale, du Suivi médical ou de la consultation infirmière. Pour le diabète de type 2 et l'hypertension, la première consultation permet une évaluation des connaissances théoriques et du comportement de la personne par rapport à sa maladie, assortie de conseils pour la prise du traitement, l'équilibre nutritionnel et l'activité physique. Les consultations suivantes sont prévues à 1 mois en cas de difficulté, à 3 mois et à 6 mois. Pour l'asthme, la première consultation comporte un diagnostic éducationnel, puis une ou deux semaines plus tard une information sur la pathologie, la technique de prise de traitement, le contrôle du Débit expiratoire de pointe et la conduite à tenir en fonction du résultat. Une troisième séance d'évaluation voire une quatrième peuvent être nécessaires pour le renforcement des connaissances.

Ces consultations, souvent en langue maternelle, permettent de renforcer les informations données lors de la consultation médicale et de motiver le patient en tant qu'acteur de la prise en charge de sa pathologie chronique, ceci en dépit des conditions socio-économiques très difficiles. Le travail de contact téléphonique ou postal, effectué avant et après la

consultation par le médecin et l'infirmière, permet d'améliorer considérablement la motivation du patient. Le recours à l'interprétariat professionnel, élément essentiel de la qualité de la relation thérapeutique, doit être préparé par l'information et l'implication préalable de l'interprète sur les objectifs de la consultation. Depuis la fin 2004, l'absence d'interprétariat en Bangali contrarie l'éducation thérapeutique pour un grand nombre de diabétiques bangladais, non francophones et peu anglophones.

PRINCIPALES AFFECTIONS

Les informations relatives aux bilans de santé et à la continuité des soins des Patients à suivre sont enregistrées et quotidiennement mises à jour par le Suivi médical au moyen d'un programme informatique développé par le Comede. On observe trois grands groupes pathologiques, qui pour ces exilés récents tiennent à la fois aux persécutions et à l'épidémiologie des pays d'origine : pathologies traumatiques (28%, essentiellement des psycho-traumatismes), maladies infectieuses et parasitaires (37%), et autres affections chroniques (36%). La prévalence des affections considérées est ici sous-estimée en raison de l'absence d'exhaustivité de la pratique des bilans de santé par les patients et du signalement des affections par les médecins, mais les indicateurs disponibles sont significatifs de la diversité pathologique et de l'évolution épidémiologique (cf Indicateurs page 44 et tableau page suivante).

Dix affections représentent 83% des motifs de suivi au Comede en 2004. Elles sont présentées ici par nombre décroissant :

■ **Psycho-traumatisme** : 394 patients, 6% des diagnostics étaient connus au pays. Plus fréquent parmi les femmes, et parmi les exilés d'Afrique du Nord, d'Afrique centrale et de Haïti. L'augmentation de la prévalence chez les nouveaux patients (+24%, $p=0,04$) tient à la fois de la dégradation des conditions socio-administratives des exilés en France et de la priorité donnée par le Comede à l'accueil des patients les plus fragilisés.

■ **Hépatite B chronique** : 331 patients, 15% des

Taux de prévalence observés au Comede par nationalité

Taux pour 1000 patients, nouveaux patients 1999-2004, nationalités > 30 patients

Taux les plus élevés

	ANG	AST	BIL	DIA	HTA	PSY	TUB	VIH	VHB	VHC	Patients
Afghanistan	-	-	-	67	-	33	-	-	-	33	30
Algérie	-	21	-	37	16	84	3	-	-	5	383
Angola/Cabinda	38	1	3	16	43	71	29	21	32	25	754
Arménie	-	-	-	-	13	27	-	-	-	40	75
Azerbaïdjan	-	-	-	-	56	28	28	-	-	-	36
Bangladesh	77	18	-	47	13	22	3	-	20	2	1864
Birmanie	93	23	-	23	-	23	-	-	23	-	43
Cameroun	17	8	4	10	38	137	4	92	58	13	240
Centrafrique	43	-	-	-	43	128	-	43	85	-	47
Chine	2	4	-	8	8	12	4	-	36	-	503
Congo	12	3	8	27	43	84	10	34	38	17	770
Congo RD	30	9	1	21	62	67	10	32	31	18	3907
Côte d'Ivoire	13	17	4	30	38	92	-	59	123	8	236
Géorgie	-	-	-	-	-	17	-	-	15	119	67
Ghana	-	-	26	132	105	26	-	105	79	-	38
Guinée Bissau	80	11	23	-	23	12	11	11	68	23	88
Guinée Conakry	26	-	12	14	20	72	9	20	81	3	347
Haïti	12	8	-	12	18	64	14	14	10	2	495
Inde	8	15	-	23	28	28	9	-	2	8	528
Iran	-	-	-	31	-	63	-	-	31	-	32
Liberia	26	-	-	26	-	128	-	77	51	-	39
Mali	1	17	131	8	17	13	10	13	89	5	1013
Mauritanie	4	14	64	6	19	13	8	11	79	1	1700
Moldavie	-	-	-	13	13	8	13	-	33	33	152
Nigeria	48	27	5	5	32	92	-	21	37	11	188
Pakistan	11	19	-	33	13	23	17	-	10	59	522
Roumanie	16	-	-	16	32	24	16	-	32	8	126
Russie/Tchéchénie	-	13	-	7	13	28	-	-	20	33	153
Rwanda	21	10	10	21	62	65	10	113	10	31	97
Sénégal	24	28	48	20	24	48	-	4	76	4	251
Serbie-M./Ex-Youg.	-	-	-	-	22	23	-	-	-	-	46
Sierra Leone	41	-	20	4	33	61	4	24	61	-	246
Soudan	59	29	29	-	29	-	29	29	-	-	34
Sri Lanka	26	15	-	44	23	31	6	-	1	2	3292
Tchad	-	-	-	31	-	34	-	63	94	-	32
Togo	-	73	-	36	36	36	-	-	36	-	55
Turquie	-	2	-	6	4	24	5	-	25	1	1567
Ukraine	-	-	-	11	-	12	-	-	11	22	89

ANG Anguillulose intestinale, AST Asthme persistant, BIL Bilharziose Urinaire, DIA Diabète, HTA Hypertension artérielle, PSY Psycho-traumatisme sévère, TUB Tuberculose-maladie, VIH Infection à VIH-sida, VHB Hépatite B chronique, VHC Hépatite C chronique.

diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les mineurs, et parmi les adultes d'Afrique de l'Ouest, d'Asie de l'Est et d'Afrique centrale. Prévalence stable chez les nouveaux patients.

■ **Hypertension artérielle** : 161 patients, 39% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent

parmi les exilés d'Afrique centrale. Prévalence stable.

■ **Diabète** : 136 patients, 50% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Asie du Sud et d'Afrique du Nord. Prévalence stable.

■ **Asthme persistant** : 74 patients, 66% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord, d'Asie du Sud et d'Afrique de l'Ouest. Prévalence stable.

■ **Hépatite C chronique** : 61 patients, 5% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Europe russophone et d'Afrique centrale. Prévalence stable.

■ **Anguillulose intestinale** : 59 patients, moins de 1% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Asie du Sud et d'Afrique centrale. La diminution de la prévalence (-33%, $p=0,05$) est sans doute liée au manque d'expérience des laboratoires accessibles par la CMU.C/AME en matière d'examen parasitologique, tous les cas dépistés l'ayant été par le laboratoire Eastman de la DASES.

■ **Infection à VIH-sida** : 53 patients, 5% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (taux de 48 pour 1000 chez les femmes vs 18 pour les hommes), d'Afrique de l'Ouest (femmes 33, hommes 13) et de Haïti (femmes 20, hommes 8). Prévalence stable.

■ **Bilharziose urinaire** : 35 patients, moins de 1% des diagnostics connus au pays. Très fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest. Comme pour l'anguillulose, tous les cas ont été dépistés par le laboratoire Eastman.

■ **Tuberculose** : 21 patients, 5% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale, du Pakistan, de la Roumanie et de Haïti. Prévalence stable. Seuls sont comptés ici les cas de tuberculose-maladie, et non les cas de radiographies pulmonaires évocatrices mais non confirmées au cours de la surveillance (dans la moitié des cas).

Parmi les autres affections graves, on observe la fréquence particulière de la bilharziose intestinale (6 pour 1000), des cardiopathies et valvulopathies (3), des pathologies thyroïdiennes (3), de l'épilepsie (2), et des traumatismes à réparer chirurgicalement (2). Les autres parasitoses graves, le paludisme ou la drépanocytose sont rares parmi ces exilés adultes.

La prise en charge de ces patients au Comede s'inscrit dans un moyen terme, avant le plus souvent un relais médical au sein du système de santé de droit commun. La durée médiane de suivi au Comede se situe entre 10 mois pour hépatite B et 4 mois pour tuberculose en raison d'une orientation précoce sur le Centre anti-tuberculeux ou l'hôpital. Les Patients à suivre consultent 5,3 fois en moyenne sur la période de suivi, au cours de laquelle 42% d'entre eux bénéficient d'un suivi conjoint par un médecin spécialiste.

En 2004, la prise en charge de 798 Patients à suivre s'est terminée au Comede. La continuité des soins a été assurée pour 86% d'entre eux : 562 patients ont bénéficié d'un relais médical (le plus souvent auprès d'un spécialiste hospitalier), 121 ont guéri (parasitose, dépression, tuberculose, hépatite) et 1 patient est retourné librement au pays (une Ivoirienne de 61 ans suivie pour hypertension artérielle). Les échecs concernent 113 patients perdus de vue malgré les relances téléphoniques et postales du Suivi médical. Un jeune Afghane, mineur isolé de 17 ans, est décédé au cours d'un accident. Nous n'avons eu connaissance d'aucune mesure d'éloignement du territoire exécutée à l'encontre d'un Patient à suivre en 2004.

L'accès et la prise en charge de ces patients dans les dispositifs de droit commun se heurtent à de nombreux obstacles, notamment linguistiques, que les restrictions législatives de l'accès à l'Aide médicale Etat ont renforcés (cf Accès aux soins page 25). Les exilés porteurs du VIH restent les mieux accueillis dans les services spécialisés au sein des hôpitaux de service public, alors que les délais de rendez-vous en vue d'un traitement d'hépatite virale chronique active (C ou B) sont souvent de plusieurs mois. Le développement du réseau de médecine générale doit favoriser l'accès et la prise en charge des exilés souffrant d'asthme, du diabète, d'hépatite B chronique persistante et d'hypertension artérielle. ■

Accès aux soins et à la protection maladie

(Indicateurs page 43)

« La réforme de l'AME, en supprimant l'accès immédiat et en exigeant des malades de faire la preuve d'une présence ininterrompue de plus de trois mois sur le territoire, a des conséquences directes sur l'accès aux soins des plus démunis : les malades n'ont, de fait, pas accès au dispositif de médecine générale, sauf à acquitter d'eux-mêmes le coût des consultations ; ils sont renvoyés dans les hôpitaux, déjà surchargés, même pour des soins qui ne nécessitent pas de plateau technique hospitalier, ou sont admis en urgence pour des pathologies sévères qui n'ont pas été soignées à temps. Ils sont également confrontés à un durcissement des pratiques administratives pour la constitution de leur dossier. Pour certains, ces difficultés mènent tout simplement à l'abandon de toute démarche de soins. »

Dans une conférence de presse organisée en juin 2004, le Comede, Médecins du Monde, Médecins sans frontières et le Samu social alertaient en ces termes l'opinion publique sur les conséquences de cette mesure législative. La suppression de la procédure d'admission immédiate à l'Aide médicale Etat et la création d'un délai de résidence de 3 mois ont en effet créé une situation nouvelle où une partie de la population, les déboutés et sans-papiers, peuvent se trouver juridiquement exclus des soins médicaux nécessaires, au moins jusqu'au stade d'urgence hospitalière. La loi de finances rectificative de décembre 2003 a ainsi mis fin à une période de 12 années - depuis la réforme de l'aide médicale de juin 1992 - où tous les exilés pouvaient relever du droit commun en matière de soins médico-psychologiques comme de protection maladie, même si la réforme CMU avait amorcé ce mouvement en excluant les sans-papiers de « l'universel ». Avec la promotion du droit au séjour pour raison médicale (cf Expertise page 29), celle du droit aux soins est l'un des deux axes majeurs des travaux de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE).

Au delà des sans-papiers visés par cette loi, de nombreux exilés en séjour régulier ont vu leurs conditions d'accès aux soins se dégrader en 2004. En régression jusqu'en 2003, certaines pratiques restrictives de la Sécurité sociale connaissent une vigueur nouvelle (cf infra), dans un climat de suspicion accrue contre des étrangers soupçonnés de vouloir « profiter » de l'AME et de la CMU. De plus, avec la nouvelle réglementation sur les procédures d'asile à garantie diminuée, de nombreux demandeurs d'asile se trouvent dépourvus de titre de séjour sans que l'Ofpra n'ait encore statué sur leur situation, et relèvent alors de l'AME. Dans ce contexte, les activités du Comede, en particulier celles du groupe de Suivi de l'accès aux soins (cf infra), ont connu une augmentation, alors qu'elles avaient diminué l'année précédente. Pour ses actions en faveur de l'accès aux soins des exilés, le Comede bénéficie de deux importantes subventions de la DRASS et du Conseil Régional d'Ile-de-France.

ACTIONS DU COMEDE

Sur l'ensemble de l'année 2004, 60% des consultants du Centre de santé bénéficiaient d'une protection maladie intégrale, par la complémentaire CMU (CMU.C, 54%), l'Aide médicale Etat (AME, 5%), ou l'exonération du ticket modérateur pour les assurés souffrant de maladie grave (ALD, 1%). Quarante pour cent des consultations de médecine générale et des soins infirmiers (3 664 consultations sur l'année) sont effectuées gratuitement, en totalité (33% des consultants sont également dépourvus de protection de base) ou pour la part complémentaire (7% base sans Complémentaire). La délivrance gratuite de médicaments (1 340 fois) et les demandes de protection maladie décrites ci-après complètent ces actions de Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) du Comede.

Pour tous les patients dépourvus de protection complémentaire, le Service d'accueil délivre une information et un formulaire-Comede personnalisé à l'attention du Centre de sécurité sociale (CSS) de secteur (2 114 fois en 2004). Conséquence de la réforme de l'Aide médicale, la part des demandes d'AME nécessitant une intervention en soutien par le Comede a nettement augmenté (22% vs 11% en 2003), alors que la part des remboursements AME pour les bénéficiaires consultant au Comede est restée stable à 5%, écart significatif des difficultés comparatives d'accès à l'AME par rapport à la CMU. Le livret de santé remis à chaque patient traite des droits et procédures d'obtention de l'assurance maladie, CMU.C et AME. Le courrier destiné au CSS est complété dans 20% des cas par le médecin ou l'infirmier/e en cas de demande d'admission immédiate pour des soins spécialisés (352 fois en 2004, Article L 861-5 du code de la sécurité sociale). En cas de blocage, les médecins, infirmier/es et assistant/es social/es doivent intervenir par téléphone auprès du CSS, des « plateformes » et, en cas de blocage persistant, de la direction de la CPAM concernée.

Ces activités sont coordonnées par le groupe de Suivi de l'accès aux soins du Comede (SAS), composé du Service social, du Cadre infirmier, du Médecin chargé du Suivi médical et de la Responsable administrative. En consultation, les interventions en matière d'accès aux soins ont été nécessaires pour une personne sur huit parmi les patients dépourvus de protection maladie (40% en 2004). Sur la totalité des consultations, une expertise a donc été ainsi nécessaire dans 7% des consultations du Service social, et dans 5% des cas des consultations médicales et infirmières, ce qui représente en moyenne 3,3 interventions téléphoniques quotidiennes auprès des CSS, sans compter le travail occasionné pour le Suivi du dossier après la consultation. Des recours contentieux ont dû être engagés faute de terrain amiable avec la CPAM de Paris (4 AME, 1 maintien des droits), lesquels ont permis le retrait par la CPAM d'une circulaire jugée illégale. Les intervenants du SAS assurent également la permanence téléphonique destinée aux

professionnels et aux particuliers (cf Information page 35), et se consacrent en outre aux activités de formation, recherche et publication sur l'accès aux soins.

DIFFICULTÉS D'ACCÈS À LA PROTECTION MALADIE

Dans l'observation du Comede, les difficultés d'accès aux soins des exilés restent très majoritairement des difficultés d'accès aux droits. Or si la délivrance « gratuite » des soins préventifs et des premiers soins curatifs est accessible dans certains dispositifs « à bas seuil », la continuité des soins n'est possible qu'en cas de protection maladie avec dispense d'avance des frais (Base Sécu/CMU/AME + CMU.C/AME). Pour des personnes très démunies sur le plan financier, la répétition des soins ou la nécessité de soins spécialisés sont incompatibles avec la « gratuité » : hospitalisation non urgente, thérapeutiques coûteuses, bilans réguliers et traitements quotidiens pour les affections chroniques. Sans protection complémentaire, l'interruption des soins est la règle, immédiate ou consécutive à la réception à domicile de la facture relative aux premiers soins délivrés. Considérés comme « perdus de vue » par les dispositifs de droit commun, une partie de ces malades retardent alors le recours aux soins jusqu'à l'aggravation de leur état de santé.

Récemment arrivés en France ou en situation de rupture de droits, les exilés sont essentiellement des « entrants dans le système » à toutes les étapes : immatriculation à la Sécurité sociale, première affiliation, admission à la protection complémentaire CMU/AME. Les difficultés résident dans la complexité du système et la méconnaissance du droit et des procédures par les professionnels de la santé, du social, ou de la Sécurité sociale. Elles sont liées à la fois au contrôle imposé par la loi aux caisses pour la différenciation CMU/AME (nationalité, statut administratif), à l'ignorance de ces mêmes caisses des pratiques des préfectures pour les exilés (multiplication des documents précaires de séjour régulier) et des droits spécifiques des demandeurs d'asile (dispense de la condition de

stabilité du séjour). Elle se traduit le plus souvent par un refus d'ouverture de droit, mais on observe encore des cas d'admission erronée à l'AME quand le demandeur relève de l'assurance maladie.

Pour les deux tiers, les obstacles tiennent à des erreurs de droit par un certain nombre d'agents de la Sécurité sociale, erreurs qui réclament l'intervention d'un professionnel averti pour permettre la continuité des soins. Parmi les refus illégaux, les plus fréquents sont :

■ **Refus d'application de la procédure d'Admission immédiate à la CMU-C** quand « la situation l'exige » (34%), malgré un courrier argumenté d'un professionnel. Particulièrement fréquents dans les CPAM du Val-de-Marne et de Seine-Saint-Denis, ces refus peuvent avoir les plus graves conséquences sur la santé des patients, puisque les soins spécialisés justifiant une telle demande ne peuvent être délivrés « avant 3 mois », durée légale maximale de la procédure normale ;

■ **Délais de procédure particulièrement longs** (22%), tant en assurance maladie qu'en AME. Le droit à l'admission immédiate à l'AME ayant été supprimé, aucun recours légal n'est possible dans cette situation, ce qui n'empêche pas d'essayer de convaincre le CSS du caractère impérieux des soins requis ;

■ **AME en lieu et place de CMU.C par ignorance des critères légaux de régularité de séjour** (18%) pour l'admission à la CMU d'étrangers qui détiennent un titre précaire, mais valide (convocation, rendez-vous, APS...). Ces refus par ignorance sont plus fréquents à la CPAM du Val d'Oise ;

■ **Ignorance des critères légaux de stabilité de séjour** (9%) pour des demandeurs d'asile exilés depuis moins de 3 mois, constat particulièrement fréquent dans le Val-de-Marne ;

■ **Refus du maintien de droits à l'assurance maladie (base) pour les déboutés du droit d'asile** (6%), avec refus corrélatif d'ouverture de droit à l'AME pour la part complémentaire, obstacle qui reste fréquent à la CPAM de Paris ;

■ **Exigence d'un extrait d'acte de naissance pour l'immatriculation de demandeurs d'asile qui en sont dépourvus** (8%), et qui ne peuvent s'en procurer au Consulat ; sous-utilisation du Numéro d'immatriculation provisoire (avec délivrance d'une notification « papier » mais sans carte Vitale) ;

■ **Exigence abusive de « preuves » de résidence pour procéder à la demande d'AME** (8%), comme celle d'une « preuve de résidence pour chacun des 3 derniers mois » ;

■ **Refus d'ouverture de droits à la Base-CMU pour des demandeurs d'asile** « en attente de l'Assedic » (6%), malgré des conditions de résidence stable et régulière. Il arrive que l'ouverture de droit soit différée jusqu'à l'identification du « régime potentiel » en assurance maladie, en dépit du principe de présomption de droit ;

■ **D'autres obstacles, moins fréquents, concourent également à l'exclusion du droit**, comme les difficultés d'ouverture de droit pour des mineurs isolés en attente de désignation d'un représentant légal ; ou encore l'exigence abusive d'un Relevé d'identité bancaire. Par ailleurs, la précarité de l'hébergement et le recours aux domiciliations postales ont empêché l'accès aux droits et motivé 6% des interventions.

Un tiers des obstacles à l'accès aux droits est propre à l'organisation interne des CPAM, qui posent des problèmes de traçabilité de la demande ou de relation avec les professionnels. Difficultés les plus fréquentes :

■ **Absence de délivrance de récépissé de demande de Complémentaire CMU** (51%), ce qui engendre des difficultés supplémentaires pour les patients (refus de soins), les intervenants et les caisses elles-mêmes (double demande pour des dossiers déjà en cours d'instruction). Ce problème est particulièrement fréquent dans le Val-de-Marne ;

■ **Inaccessibilité téléphonique des CSS de secteur** (23%), sous couvert de « plateformes téléphoniques spécialisées » qui compliquent l'accès au CSS par l'utilisateur et/ou le professionnel, plus fréquente dans les CPAM de

Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne. En dépit de l'objectif de « guichet unique » de la réforme CMU, la survivance des guichets « spécifiques » et/ou des agents « spécialisés » pour les étrangers exclus entretiennent les CSS de secteur dans leur méconnaissance du droit ;

■ **Dans 17% des cas, le CSS explique le blocage de la procédure par la raison d'un « Dossier perdu »**, et le malade doit reprendre la demande initiale.

AUTRES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS

Dans la plupart des cas, les interventions du Comede auprès du CSS / de la direction de la CPAM ont permis en 2004 l'application du droit. Toutefois, il reste très difficile pour un demandeur de lever un obstacle sans l'intervention d'un professionnel averti. En outre, non seulement certaines promesses de la réforme CMU attendent toujours d'être tenues (généralisation des « guichets uniques », délivrance de la carte Vitale pour tous les assurés et bénéficiaires de l'AME), mais on a pu observer chez les bénéficiaires potentiels de l'AME la résurgence d'une forme d'exclusion des soins qui avait disparu à la fin des années 90. Les refus désormais légaux d'admission immédiate à l'AME permettent notamment à certaines CPAM de faire durer plusieurs mois le traitement des dossiers de demande, ce qui renvoie les malades sur les seuls dispositifs de soins « à bas seuil », associations et PASS en premier lieu (cf infra).

Les autres difficultés d'accès aux soins des exilés tiennent à leur propre vulnérabilité ainsi qu'à des dysfonctionnements persistants du système de santé face à ce public. Les patients du Comede le plus souvent confrontés à ces problèmes sont pour moitié des primo-arrivants en France (médiane 12 mois), plus souvent des femmes (29%, vs 23% dans la file active globale du Centre de santé), et fréquemment en situation de grande précarité sur le plan social, relationnel et linguistique. Primordiale pour l'effectivité et la réussite des démarches, la compréhension des droits, des procédures et des documents nécessaires est parfois impossible à obtenir sans

l'intervention d'un interprète professionnel.

L'absence de délivrance de la carte Vitale pour les exilés dépourvus d'acte de naissance dont le numéro d'immatriculation reste « provisoire » entraîne des difficultés spécifiques d'accès à certains professionnels de santé qui craignent pour le remboursement. Pour les bénéficiaires de l'AME, ce problème se conjugue avec le caractère stigmatisant de la « notification AME », qui se traduit par des refus de soins dans un certain nombre de dispositifs (cabinets libéraux, cliniques privées et pharmacies principalement).

Outre la réforme de l'AME, certaines carences des dispositifs publics contraignent l'accès aux premiers soins ou la continuité des soins. Les difficultés linguistiques sont au premier plan pour des exilés récemment arrivés en France et très isolés, en raison de la carence des dispositifs de droit commun en interprétariat. L'interprétariat, la psychothérapie et le conseil juridique, prestations essentielles à la prise en charge globale de nombreux patients, restent hors du champ de la protection maladie. Enfin, les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) de l'Hôpital Public, dont beaucoup ne respectent pas le cahier des charges fixé par la loi contre les exclusions de 1999, sont désormais les seuls dispositifs à pouvoir prendre en charge les problèmes de santé les plus graves des sans-papiers. De l'action effective de ces PASS dépend actuellement la continuité des soins pour les malades concernés, pour prévenir le risque d'un retour aux solutions caritatives et à la pratique d'une « médecine d'exclus » étrangers. ■

Effectifs de la CMU.C et de l'AME

Année	Bénéficiaires de la CMU-Complémentaire		Bénéficiaires de l'AME	
	n	%	n	%
2000	5 000 000		73 337	
2001	4 693 454	-6%	125 376	+71%
2002	4 503 572	-4%	145 394	+16%
2003	4 650 271	+3%	164 569	+13%
2004	4 961 396	+7%	146 000	-11%

Sources : IGAS, Ministère, Rapport Des Esgaulx.

En 2004, les consultations du Comede ont relevé d'une expertise médico-juridique dans 41% des cas, en matière de droit d'asile (25%), de droit au séjour (11%) et de protection maladie (5%, cf Accès aux soins), les problèmes de santé étant souvent associés à une situation de grande précarité administrative et sociale (cf page 7). Si la demande de certificat médical destiné à l'Ofpra ou à la Commission des recours des réfugiés (CRR) reste la plus importante numériquement dans les consultations du Comede, la demande de rapport pour la préfecture a continué de progresser en 2004. L'expertise du Comede a également été requise pour les activités d'information et de formation, notamment pour l'édition du Guide 2005 (cf page 36). Pour ses actions en faveur du droit à la santé des exilés, le Comede bénéficie du soutien de la Direction générale de la santé et de Sidaction.

CERTIFICAT MÉDICAL ET DEMANDE D'ASILE

Les médecins du Comede ont délivré 907 certificats destinés à la demande d'asile (+5%). La limitation du nombre de certificats délivrés dans ce cadre a été mise en place en avril 2002, pour éviter les effets les plus néfastes de l'épidémie de demandes observée depuis quelques années, demandes le plus souvent à l'initiative de l'OFPRA, de la CRR et ou de l'avocat. L'évaluation initiale lors d'une consultation de médecine, si besoin avec un interprète, conduit dans 70% des cas à la délivrance d'un rendez-vous destiné à la rédaction du certificat. Le certificat n'est pas indiqué dans 30% des cas, soit en l'absence d'élément médico-psychologique objectif, soit parce que ces éléments sont clairement accessibles au juge, soit enfin parce qu'un certificat a déjà été délivré par un autre médecin. Cette demande est particulièrement fréquente parmi les exilés originaires de Turquie (59% se voient délivrer un certificat), Mauritanie (50%),

Sri-lanka (44%), Sierra Leone (40%), Inde (38%), Angola (36%), et augmente chez les Congolais/RD (25% vs 21% en 2003).

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

RAPPORT MÉDICO-SOCIAL ET DROIT AU SÉJOUR

Au contraire de la demande de statut de réfugié où elle ne devrait pas être requise, c'est l'expertise médicale qui fonde le droit au séjour des étrangers malades. Les sollicitations dont le Comede fait l'objet dans ce domaine sont en forte progression, que ce soit dans les consultations, par le biais des permanences téléphoniques ou encore dans le cadre des formations organisées avec le Gisti. En consultation, la demande est faite par des

déboutés du droit d'asile résignés à « faire valoir » leur condition de malade pour être régularisés, ainsi que des malades sans-papiers orientés vers le Comede par les permanences juridiques de la Cimade Ile-de-France, et par d'autres associations, services médicaux et sociaux partenaires du Comede. Les consultants les plus souvent sollicités sont les assistants sociaux (33% des consultations relèvent d'une expertise en matière de droit au séjour) et les médecins (11%). La permanence téléphonique du Suivi médical ainsi que le Service social du Comede sont particulièrement sollicités sur cette question par les professionnels du Droit (40% des motifs d'appel) ou du Social (37%).

Les médecins et les assistants sociaux ont appuyé les demandes de carte de séjour pour 207 déboutés et sans-papiers malades (+68%), pour une première demande (79 en 2004), un renouvellement (34), un recours gracieux (96) ou un recours contentieux (29). Le Service social et le Suivi médical ont développé une expertise juridique conjointe en matière de droit au séjour pour raison médicale. L'évaluation par le médecin consultant de la demande de rapport médical « pour la préfecture » a conduit dans 62% des cas à déconseiller la démarche au patient, lorsque l'état de santé ne nécessite pas « une prise en charge dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle

gravité » et/ou que la prise en charge requise n'est pas « inaccessible dans le pays d'origine » (ex- article 12bis11° de l'ordonnance du 02/11/45 devenu art. L313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile le 1er mars 2005). C'est chez les Maliens (25%), Sénégalais (24%), Ivoiriens (16%), Pakistanais et Algériens (9%) que les demandes à la préfecture sont les plus fréquentes, soit pour des nationalités dont les taux d'accord de la demande d'asile sont les plus bas.

L'accord du médecin conduit à l'intervention du Service social. Au terme d'une évaluation des autres motifs et des conditions de régularisation, les assistants sociaux aident le demandeur à constituer son dossier, rédigent le courrier destiné au préfet et interviennent auprès de la préfecture en cas d'obstacle. Avec les certificats et rapports médicaux appropriés, le Service social du Comede suit en particulier les recours contre les refus fondés sur un avis défavorable du Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP). Les recours contentieux ont nettement progressé en 2004 en raison de l'échec de la plupart des recours gracieux, de l'augmentation des refus de renouvellement qui imposent un recours par la voie du référé, et de la hausse du nombre d'Arrêtés préfectoraux de reconduite à la frontière.

Evolution de la délivrance de CST pour raison médicale en France

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Total premières délivrances et renouvellements de CST						
CST sauf DOM et Algériens	455	3 605	4 795	7 109	8 987	nc
dont CST d'une durée < 1 an	nc	nc	nc	1 222	1 665	nc
CST dans les DOM	11	110	146	150	162	nc
Total CST	466	3 715	4 941	7 259	9 149	nc

Première délivrance de CST

1 ^{res} CST sauf DOM et Algériens	455	1 413	1 698	2891	3 370	4 540
1 ^{res} CST dans les DOM	7	84	57	57	67	nc
1 ^{re} délivrance de tout titre de séjour	201 957	182 921	188 262	197 337	207 476	216 589
Total 1^{res} CST	462	1 497	1 755	2 948	3 437	4 540

CST Carte de séjour temporaire, DOM Départements d'Outre-Mer, APS Autorisation provisoire de séjour, MISP Médecin inspecteur de santé publique. Sources : Ministère l'intérieur. NB : le nombre de cartes délivrées aux ressortissants algériens n'est pas communiqué par le Ministère. nc non communiqué.

Entrée en vigueur au 1er janvier 2004, la dernière Loi sur l'immigration de novembre 2003 n'a pas transformé fondamentalement l'économie du système, mais l'a modifié sur deux points contestés par le Comede et ses partenaires de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (cf ODSE page 38). D'une part, la Loi instaure un nouvel échelon médical, chaque médecin de l'Administration pouvant désormais consulter une Commission régionale pour l'aider dans sa décision, disposition susceptible d'allonger encore les délais de procédure. D'autre part, la Loi confirme l'exception parisienne : contrairement aux autres départements, la décision médicale ne relève pas du MISp de la DASS, mais du Médecin-chef de la préfecture de police.

Sur le plan de la procédure, on observe la persistance de pratiques non réglementaires par les bureaux des étrangers en préfecture :

- Refus d'enregistrement d'une demande en cas d'absence de passeport, situation fréquente chez les déboutés de l'asile en conflit avec leurs autorités nationales (Mauritanie, Cabinda, Inde) ;
- Refus d'enregistrement d'une demande de carte en cas de demande d'asile en cours ;
- Refus d'enregistrement d'une demande faute de preuve suffisante de présence en France (Seine et Marne) ;
- Absence de récépissé de demande et parfois de tout reçu ;
- Délais de traitement déraisonnablement longs (12 mois à Nanterre, 8 mois à Paris, 7 mois à Bobigny) et délivrance de titres de séjour dont la durée est sur le point d'expirer ;
- Absence de copie de l'avis du MISp ayant fondé la décision ;
- Demande sans fondement réglementaire du paiement de taxe de chancellerie (jusqu'à 198 €) ;
- Délivrance d'autorisation de séjour sans droit au travail en lieu et place de la carte de séjour ;
- Absence de notification des refus et impossibilité d'exercer un recours (Paris).

CHUTE DES ACCORDS MÉDICAUX EN 2004

(cf tableau page 33)

Fondés sur l'expertise du Centre et des médecins spécialistes partenaires, les critères de régularisation retenus par le Comede sont définis dans le Guide 2005. Ils tiennent aux modalités de la prise en charge médicale requise, au pronostic de l'affection considérée en l'absence de cette prise en charge, et au risque d'exclusion des soins nécessaires au pays d'origine. L'application des mêmes critères depuis la Loi de 1998 permet au Comede de mesurer, à situation comparable, la variation des décisions prises par les Médecins inspecteurs de santé publique (MISP), et du Médecin-Chef à Paris.

En 2004, le Comede a pu documenter 375 réponses des préfectures aux demandes de carte de séjour de patients du Centre.

Chaque enregistrement correspond à une séquence demande-réponse (plusieurs séquences successives ont pu être enregistrées pour un même patient en 2004), croisée avec le ou les motifs médicaux de la demande. Ces demandes ont été soutenues par le Comede (291 motifs médicaux pour 207 patients) ou ses partenaires (84 motifs pour 62 patients). Presque toujours conforme à l'avis du MISp, la décision de la préfecture est matérialisée en cas d'accord par la délivrance d'une CST (Carte de séjour temporaire), d'un Récépissé (de demande de carte de séjour, avec autorisation de travail) ou d'une APS (Autorisation provisoire de séjour, avec ou sans autorisation de travail). La délivrance d'une IQF (Invitation à quitter la France), la prise d'un APRF (Arrêté préfectoral de reconduite à la frontière) ou une Décision implicite de rejet (absence de réponse dans les délais prescrits) signifient un refus.

L'avis favorable du Médecin inspecteur de santé publique ne garantit pas l'accès effectif à la carte de séjour (CST) prévue par la Loi. Alors même que la condition de résidence habituelle en France est remplie (1 an d'ancienneté sur le territoire), des Autorisations provisoires de séjour (APS, sans autorisation de travail dans la moitié

des cas) restent plus souvent délivrées par les préfectures que les CST, particulièrement à Paris. L'usage des Récépissés de demande de carte de séjour (avec autorisation de travail) est très variable selon les préfectures (14% en Seine-Saint-Denis, 80% dans le Val-de-Marne). Les décisions implicites de rejet, consécutives à un recours gracieux, sont particulièrement fréquentes à Paris et en Seine-Saint-Denis. Enfin, dans 5% des cas, la réponse de la préfecture à une demande de carte de séjour pour raison médicale prend directement la forme d'un Arrêté préfectoral de reconduite à la frontière (APRF), avec risque immédiat de mise à exécution et de rupture de soins. Les raisons données par les préfectures pour expliquer les entorses réglementaires sont le plus souvent d'ordre pratique (manque de moyens financiers et en personnel pour traiter correctement l'ensemble des demandes). Ces obstacles n'étant pas nouveaux par rapport aux années précédentes, l'aggravation de l'exclusion du droit au séjour des étrangers malades en 2004 est donc surtout la conséquence de la multiplication des avis défavorables émis par les médecins de l'Administration.

Le taux d'accord est tombé à 46% en 2004. Il était de 74% en 2003 et de 94% en 2002 pour des situations comparables en terme de pathologie comme de pays d'origine. Cette diminution de moitié en 2 ans concerne l'ensemble des motifs médicaux et l'ensemble des nationalités. Parmi les principales affections ayant motivé la demande, les plus fortes baisses sont observées pour l'hépatite C chronique (- 58%), l'asthme persistant (-42%) et l'hypertension artérielle sévère (-41%). S'agissant de l'infection à VIH (8 demandes et 8 accords pour des patients du Comede en 2004), plusieurs cas de refus infondés ont été recensés au cours des derniers mois par les associations partenaires de l'ODSE. Les malades d'Asie du Sud font l'objet d'une décision plus souvent positive (60%) que ceux d'Afrique centrale (52%), et plus encore que ceux d'Afrique de l'Ouest (39%). Les taux d'accord sont comparables pour les principales nationalités concernées, à l'exception saisissante de la Côte d'Ivoire (3% seulement). Les Ivoiriens semblent ainsi faire

l'objet d'un rejet systématique qu'on ne peut pas expliquer par la seule évaluation de critères médicaux et d'accès aux soins.

C'est dans les départements où la demande est la plus forte que les taux d'accord rendu par les MISP sont les plus bas. Pour des dossiers comparables, les taux d'accord sont significativement plus faibles en Seine-Saint-Denis (36%), dans le Val-de-Marne (41%), et à Paris (46%), que dans les autres départements observés en 2004 (60%, $p < 0,001$). Pour l'ensemble des départements, les réponses diffèrent profondément selon le stade de la procédure : les premières demandes de cartes sont traitées plus défavorablement (taux d'accord 36%) que les demandes de renouvellement (64%), dont les rejets excluent des malades qui avaient été auparavant régularisés, sans aucun changement pour les soins requis comme pour l'accès aux soins au pays d'origine. Les demandes de recours gracieux auprès de la préfecture comportant un rapport médical argumenté transmis au MISP sont rarement acceptées (8%). Ces refus prennent la forme d'une Décision implicite de rejet dans la plupart des cas, aucune réponse n'étant donnée dans les délais prescrits. Cette situation a conduit fin 2004 à la multiplication des recours contentieux devant la juridiction administrative avec un certificat médical du Comede : en 2004, la décision a été favorable au malade dans 8 cas sur 9.

Ainsi, comme on a pu l'observer en matière de droit d'asile depuis une quinzaine d'année, l'augmentation de la demande entraîne la diminution du taux d'accord. Tout se passe comme si le climat de forte suspicion à l'égard des exilés, et par suite des médecins traitants et associations de soutien soupçonnés de « complaisance », conduisait à des excès en matière d'auto-contrôle. Déjà connus à l'Ofpra, ces excès semblent retentir aujourd'hui sur le jugement des médecins de l'Administration. Cette situation très préoccupante doit amener les médecins traitants et les associations de soutien à redoubler de vigilance sur l'application du droit et à développer l'information auprès de tous les acteurs de la procédure. ■

OBSERVATION DU DROIT AU SEJOUR POUR RAISON MEDICALE EN 2004

375 Séquences affection-demande-réponse documentées par le Comede

Taux d'accord par affection, selon la procédure et le département

% >10	Taux et effectifs			Procédure				Département			
	2004	n	2003	1ère	Ren	Rec G	Rec C	75	93	94	autre
Asthme	45%	53	87%	46%	59%	0%	1/1	42%	3/5	2/4	3/6
Diabète	36%	50	71%	25%	58%	0%	1/1	32%	0/2	2/5	4/7
HTA	29%	48	70%	0%	54%	0%	-	34%	0/4	3/7	0/5
PSY	45%	11	65%	0/2	5/8	0/1	-	4/8	1/2	0/1	-
VIH	100%	8	100%	4/4	4/4	-	-	3/3	-	2/2	3/3
VHB	52%	121	64%	44%	71%	20%	3/4	52%	33%	2/7	67%
VHC	42%	12	100%	0/2	5/8	0/2	-	3/9	2/2	0/1	-
autres	50%	72	82%	41%	63%	0%	3/3	50%	30%	40%	67%
Total	46%	375	74%	36%	64%	8%	8/9	46%	36%	41%	60%
effectifs	375		292	95	196	75	9	243	42	37	53

HTA Hypertension artérielle, PSY Psychose et/ou psycho-traumatisme grave, VIH Infection à VIH-sida, VHB Hépatite B chronique, VHC Hépatite C chronique.

Procédures : 1^{re} demande, demande de renouvellement, recours gracieux, recours contentieux (TA).

Taux d'accord par affection, selon la région et certains pays d'origine

% >10	Régions				Principaux pays						
	AFC	AFO	ASS	AUT	ALG	BAN	CRD	CIV	MAL	MAU	SEN
Asthme	3/3	35%	57%	2/5	1/2	55%	3/3	0/3	30%	4/8	3/7
Diabète	0/2	14%	58%	58%	2/4	1/3	-	0/9	1/5	-	2/5
HTA	36%	28%	1/4	1/4	0/1	1/4	3/5	0/8	1/9	3/5	1/3
PSY	2/5	-	3/5	0/1	0/1	0/1	2/5	-	-	-	-
VIH	3/3	5/5	-	-	-	-	-	-	2/2	1/1	-
VHB	67%	44%	64%	-	-	5/7	5/8	0/8	60%	47%	2/8
VHC	0/4	1/1	4/5	0/2	-	1/1	0/2	-	-	-	1/1
autres	44%	35%	5/8	65%	50%	4/6	4/7	1/5	33%	2/3	1/3
Total	52%	39%	60%	54%	44%	53%	57%	3%	46%	56%	38%
effectifs	56	211	62	46	18	34	30	33	94	32	29

AFC Afrique centrale, AFO Afrique de l'Ouest, ASS Asie du Sud, AUT Autres régions (voir répartition page 41)

ALG Algérie, BAN Bangladesh, CRD Congo RD, CIV Côte d'Ivoire, MAL Mali, MAU Mauritanie, SEN Sénégal.

Type de réponse par département

	Accord						Refus			attest. convoc.	n
	CST +AT	REC +AT	APS +AT	APS -AT	APS durée	accord TA	IQF	APRF	DIR		
75	25%	39%	22%	14%	3 mois	-	58%	3%	39%	14%	243
93	57%	14%	0%	29%	6 mois	(1)	37%	15%	48%	10	42
94	20%	80%	0%	0%	-	-	100%	0%	0%	21%	37
autres	6%	81%	3%	10%	5 mois	(1)	71%	10%	19%	13%	53
Total	25%	47%	14%	14%	3 mois	(2)	61%	5%	34%	14%	375

Accord : CST Carte de séjour temporaire, REC Récépissé de demande de carte, APS Autorisation provisoire de séjour, APS durée médiane, AT Autorisation de travail, TA Accord du Tribunal administratif en attente de délivrance de carte
 Refus : IQF Invitation à quitter la France, APRF Arrêté préfectoral de reconduite à la frontière, DIR décision implicite de rejet (délai expiré après recours gracieux auprès de la préfecture et du MISF).

Attestation et convocation : procédures différées par la préfecture.

A partir de son poste d'observatoire de la santé des exilés, le Comede a développé en 2004 ses activités d'information et de formation des professionnels, associations et particuliers intervenant auprès des exilés en France. L'importance et la variabilité de la file active du Centre, ainsi que la diversité des problèmes de santé pour lesquels l'équipe est sollicitée, permettent en effet une mise à jour régulière des informations utiles à la qualité de la prise en charge médico-psycho-sociale. En progression continue depuis plusieurs années, les sollicitations professionnelles connaissent actuellement une forte augmentation, suite à l'édition nationale du Guide pratique 2005 de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire (cf infra). Les missions d'information et de formation du Centre-ressources ont été soutenues en 2004 par la Direction générale de la santé et le Fonds d'action sociale, d'intégration et de lutte contre les discriminations, ainsi que l'Inpes pour l'impression et la diffusion du Guide 2005.

La lutte contre l'exclusion et les discriminations passe par la facilitation de la prise en charge des exilés dans les dispositifs « de droit commun ». Les problèmes de santé des exilés réclament certes des conditions particulières de prise en charge, en premier lieu avoir le temps d'écouter les patients, et si besoin avec un interprète. Il est également nécessaire de disposer d'une information sur le contexte médico-psycho-social de l'exil et de la demande d'asile, qui joue un rôle de premier plan sur les plaintes et les attentes des patients. Ces conditions peuvent toutefois être réunies dans les structures de droit commun, notamment lorsqu'un travail pluridisciplinaire y est déjà pratiqué, comme c'est déjà le cas dans certains réseaux de soins. Régulièrement mis à jour dans le cadre des activités du Centre, le réseau du Comede est formalisé dans le Guide 2005. Il compte plus de 1 000 professionnels, associations et dispositifs publics pour la région Ile-de-France.

INFORMATIONS, PUBLICATIONS ET INTERVENTIONS

Mises en place l'année précédente, les permanences téléphoniques du Comede ont traité 2 485 appels en 2004, dont 500 ont été documentés au cours du dernier trimestre. Les appelants sont des professionnels du Social (29%), de la Santé (17%), du Droit ou de l'Administration (16%), ainsi que des patients du Centre de santé (27%) et d'autres particuliers, qui appellent pour eux-mêmes ou un proche (11%). Les professionnels exercent le plus souvent dans un dispositif de soins (40%), une association (21%), un dispositif social (19%), ou une Administration (10%). En 2004, 11% des appels provenaient d'une autre région que l'Ile-de-France (19% parmi les appelants de métier social). « Population-cible » de ces appels, les exilés concernés sont le plus souvent originaires d'Afrique de l'Ouest (31%), d'Afrique centrale (29%), d'Afrique du Nord (13%), d'Asie du Sud (11%) et d'Europe de l'Est (9%). Les groupes démographiques vulnérables (cf Patients page 11) sont plus largement représentés qu'au sein de la file active du Centre de santé : femmes (43%), mineurs (11%), et exilés âgés de plus de 60 ans (6%).

Les appels ont été traités en majorité par les Permanences du Suivi médical (59%, cf page 23), et du SAS (10%, cf page 25). En 2004, 31% des appels ont été pris par les autres services du Comede. Très sollicité sur les questions du droit au séjour et du droit d'asile, le Service social du Comede n'est pas doté actuellement des moyens nécessaires pour assurer simultanément une permanence pour les consultants et les appelants du Centre. Les appels traités par le Comede portent principalement sur le droit au séjour des étrangers malades (28%, et 62% parmi les juristes et avocats) ; les questions d'accès aux soins (21%, et 29% parmi les professionnels du social) ; des questions de prise en charge médico-psychologique (20%, et 42% parmi les professionnels de santé) ; et le droit d'asile (7%).

Les professionnels du Comede et les partenaires du réseau ont effectué 16 publications au cours de l'année 2004, notamment pour les revues de l'ACAT, Esther, Gisti, Réseaux de Créteil, Pratiques, Transcriptases, ainsi que pour un Traité de santé publique publié chez Flammarion Médecine-sciences. Les numéros 9 et 10 de Maux d'exil, la lettre du Comede aux membres du réseau, ont été diffusés à 2 000 exemplaires. Le Comede a poursuivi l'édition et la mise à jour du Livret de santé destiné aux patients du Centre (cf Prévention page 21) et du Guide destiné aux professionnels (cf infra). L'équipe du Comede a également effectué 17 interventions publiques sur la santé des exilés, pour l'ACAT, le Conseil Général de Seine-Saint-Denis, le Gisti, Ikambere, Médecins du Monde, RFI, Les réseaux VIH/VHC de l'Eure, Sidaction, les Villes de Paris et de Vitry. Deux conférences de presse ont été tenues, sur les conséquences de la réforme de l'AME avec MDM, MSF et le Samu social, et sur la sortie du Guide 2005 avec l'Inpes.

FORMATION, ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

Suite au retentissement favorable du Guide 2003 destiné aux professionnels (1 398 exemplaires diffusés en 2003 et 2004, essentiellement en Ile-de-France), le Comede a été sollicité début 2004 par Partenaire production et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en vue de l'édition d'une version nationale et mise à jour du Guide dans le cadre du programme national de prévention du VIH à destination des personnes migrantes. Paru fin 2004 dans le cadre d'un partenariat entre la DGS, l'Inpes et le Comede, le Guide 2005 se fonde sur l'expérience que les équipes professionnelles et les partenaires du Comité médical pour les exilés ont accumulée année après année auprès des 82 000 patients accueillis au Centre. Il tient compte de la complexité croissante des problèmes de santé des personnes : précarisation du statut juridique, transformation épidémiologique et diversification de l'origine géographique.

Quels sont les besoins de cette population et les possibilités en matière de prévention et de soins face au psycho-traumatisme, au VIH, et aux autres affections graves ? Comment assurer la prise en charge et la continuité des soins ? Comment s'y retrouver dans les papiers des sans-papiers ? L'information des partenaires de la prise en charge est d'autant plus nécessaire que, dans un contexte de pénurie de ressources, les associations spécialisées sont débordées et une part croissante des demandes sont reportées sur les professionnels et services « du droit commun ». Si la connaissance des principes diagnostiques et thérapeutiques est indispensable dans le champ de la maladie et des soins médico-psychologiques, elle l'est tout autant en matière d'accueil, d'accès aux soins, d'accès aux droits et de lutte contre les discriminations. Les actions en faveur de la santé des exilés doivent tenir compte des multiples facteurs de vulnérabilité psychique, physique et sociale, au pays d'origine comme en pays d'accueil.

Le Guide Comede a pour objectif de faire comprendre aux soignants la logique des parcours des patients, d'alerter les travailleurs sociaux sur les principales affections dont souffrent les exilés, de prévenir les juristes et avocats des risques d'une stigmatisation psycho-médicale à usage social, enfin de proposer à chacun des repères théoriques et des expériences pratiques pour mieux répondre à la diversité des demandes et des demandeurs. Le caractère pluridisciplinaire du travail au Comede nous a conduit à concevoir le Guide comme un pont entre des pratiques qui concourent toutes à la promotion de la santé des exilés, mais restent trop souvent cloisonnées.

En 2004, le Guide a été diffusé à 8 389 exemplaires (557 Guide 2003 et 7 832 Guide 2005), pour des professionnels exerçant essentiellement dans un dispositif de santé (72%), un dispositif social (15%), une Administration et la Sécurité sociale (7%). Plus d'un tiers des utilisateurs du Guide interviennent en région Ile-de-France (36%), les autres régions concernées étant principalement Rhône-Alpes

(13%), Provence-Alpes-Côte-d'Azur (10%), Nord-Pas-de-Calais (7%), Languedoc-Roussillon (6%), Départements Français d'Amérique (DFA, 3%), Bretagne (3%) et Pays-de-la-Loire (3%), régions où les exilés sont plus nombreux. Début 2005, le Guide a été tiré à 10 000 exemplaires supplémentaires pour faire face à une commande très importante de la part des professionnels de la santé et du social.

Les activités de formation du Comede sur la santé des exilés et le droit à la santé des étrangers sont en progression régulière depuis 5 ans. Elles sont effectuées par les professionnels du Centre dans le cadre de la convention de formation avec le Gisti, ou sur site à la demande de partenaires. En 2004, les formations Gisti/Comede ont eu lieu à Aulnay-sous-Bois (Hôpital Robert Ballanger), Nantes (DDASS), Paris (stages nationaux), Pau (collectifs associatif et professionnel), Pointe-à-Pitre et Saint-Martin (CISIH et collectif associatif dans les DFA), Saint-Maurice (Hôpital Esquirol), et Toulouse (collectif associatif CADA). Les autres formations sur site ont été effectuées par le Comede à la demande de la Cimade (stages nationaux du service Défense des étrangers reconduits), du Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France, d'Emmaüs France, de la Fasti, d'Ikambere, de l'Institut régional du travail social du Nord-Pas-de-Calais, de Médecins du Monde, de la Société française de lutte contre le sida (stages nationaux).

Au total, le Comede a préparé et animé 29 sessions de formation professionnelle en 2004 pour 525 stagiaires. Les stagiaires sont principalement des professionnels du social (59%), du droit (16%) et de la santé (15%). Ils exercent majoritairement en Ile-de-France (41%), Départements d'Outre-Mer (DOM, DFA 22%), Midi-Pyrénées (11%), Pays-de-la-Loire (8%), Nord-Pas-de-Calais (7%), régions dans lesquelles ont été organisées les sessions de formation au cours de l'année. Le Centre de santé a également accueilli en formation 19 stagiaires en 2004, agents d'accueil (4), infirmier/es (4), médecins généralistes (4),

travailleurs sociaux (3), psychologues (2) et étudiants en santé publique (2).

Les membres de la coordination du Comede ont préparé et conduit 9 séances d'enseignement en 2004, pour le compte de l'Institut de Formation en Soins Infirmier (IFSI) de Necker et de Fontainebleau, de l'Université Paris I (Centre Malher et Séminaire Terra), de l'Université Paris VII (Faculté Bicêtre et Faculté Saint-Louis), de l'Université Paris XIII (Faculté Bobigny), ainsi que d'un diplôme inter-universitaire Paris VII, Paris XIII et Marne-la-Vallée (Faculté Bobigny). Par ailleurs, le Comede a été en 2004 un terrain de recherche pour des thèses de doctorat en anthropologie médicale, en médecine générale, et en psycho-pathologie et psychanalyse. Les professionnels du Centre ont également fait bénéficier de leur expérience des groupes de travail de la DARES (Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques, *Difficultés d'emploi, santé et insertion sociale*) et de la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Enquête sur les bénéficiaires de l'Aide médicale Etat*).

L'expertise acquise par le Comede est sollicitée dans le cadre des partenariats professionnels qui complètent les activités du Centre-ressources. En 2004, les principaux partenariats ont été conduits avec Aids & Mobility (Réseau européen VIH migrants) ; l'ANAFE (Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers) ; la CFDA (Coordination française pour le droit d'asile) ; la DASES (Groupe migrants et tuberculose) ; la DGS (Groupe migrants et tuberculose, Groupe migrants et VIH) ; le Gisti (Groupe protection sociale) ; l'Inpes et la DGS (Guide Comede 2005) ; MDM, MSF et le Samu social (Groupe AME) ; et l'ODSE (Observatoire du droit à la santé des étrangers). ■

PARTENARIATS ASSOCIATIFS DU COMEDE EN 2004

■ **L'ANAFE (Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers), dont l'objet est de fournir une aide à caractère juridique et humanitaire aux étrangers en difficulté aux frontières françaises,** a poursuivi son action collective réunissant 21 organisations. Le Comede est membre du Conseil d'Administration. Si le nombre d'étrangers maintenus en zone d'attente a diminué en 2003 et 2004, de nombreux dysfonctionnements nécessitent l'intervention quotidienne de l'ANAFE (manque d'information sur les procédures, maintien de mineurs isolés, examen expéditif des demandes d'asile, non respect du jour franc avant refolement, obstruction au droit d'accès des associations). L'ANAFE, ainsi que certaines associations membres, disposent d'un droit de visite contingenté pour l'accès aux zones d'attente (huit visites par zone et par association), mais revendique depuis l'origine un accès permanent. Dans cette optique, l'association a signé en mars 2004 une convention expérimentale de six mois avec le Ministère de l'Intérieur afin d'exercer une assistance auprès des étrangers non admis à l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle. Par ailleurs, une permanence téléphonique est accessible aux étrangers en difficulté à la frontière, et à leurs proches. L'ANAFE a publié deux rapports en 2004 : *Bilan de six mois d'observation à Roissy* et *Mineurs isolés en zone d'attente à Roissy*.

■ **La CFDA (Coordination française pour le droit d'asile), regroupant les associations de défense du droit l'asile et associant le HCR, s'est particulièrement intéressée au suivi de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'asile.** Le Comede participe aux travaux de la réunion plénière mensuelle et au groupe de travail sur l'Europe. La CFDA a déféré devant le Conseil d'Etat les décrets d'application de la nouvelle loi sur l'asile dont certaines dispositions particulièrement inéquitables semblent contraires à l'exercice effectif du droit d'asile en France, notamment la réduction à 21 jours du délai pour remplir le dossier Ofpra, ainsi que la suppression des possibilités de domiciliation postale. La CFDA a également communiqué pour dénoncer les projets européens d'externalisation de la procédure d'asile et de camps de transit, et a appelé à un moratoire sur les visas pour les Ivoiriens. Une campagne d'observation des audiences à la CRR s'est déroulée fin novembre avec une cinquantaine de bénévoles. La rencontre du 26-27 mars avec l'ensemble des coordinations en région a permis de resserrer les liens et d'améliorer la diffusion des informations sur la réforme. Un site internet provisoire a été testé pour une mise en ligne en 2005.

■ **L'ODSE (Observatoire du droit à la santé des étrangers) a pour objectif la surveillance de l'application des textes ouvrant droit à l'assurance maladie et à l'Aide médicale État (AME), ainsi que des textes régissant le droit au séjour des étrangers atteints d'affections graves.** Le Comede est particulièrement investi dans l'animation du secrétariat. Concernant la protection maladie, l'ODSE a poursuivi son action contre les conséquences de la double réforme de l'AME (2002-2003) en rendant un avis officiel auprès de la CNAM sur les projets de décret d'application, puis en interpellant la CNAM et les parlementaires par deux lettres ouvertes. En matière de droit au séjour pour raison médicale, l'ODSE est intervenu sur la problématique VIH-sida auprès du GIP ESTHER pour clarifier les informations délivrées sur l'accès aux anti-rétroviraux dans les pays du sud. L'ODSE a également dénoncé par voie de presse les refus de titre de séjour, les deux tentatives de reconduite, et une reconduite effective à l'encontre de personnes séropositives VIH. Par ailleurs, l'ODSE a obtenu que Madame la Défenseur des enfants se positionne sur la question des titres de séjours pour accompagnant de malade. Au niveau européen, l'ODSE est intervenu dans le réseau Aids and Mobility pour promouvoir les concepts de droit français concernant la non-expulsion et la régularisation des étrangers malades, ainsi que pour promouvoir l'accès aux systèmes de protection maladie.

Gestion, finances et perspectives

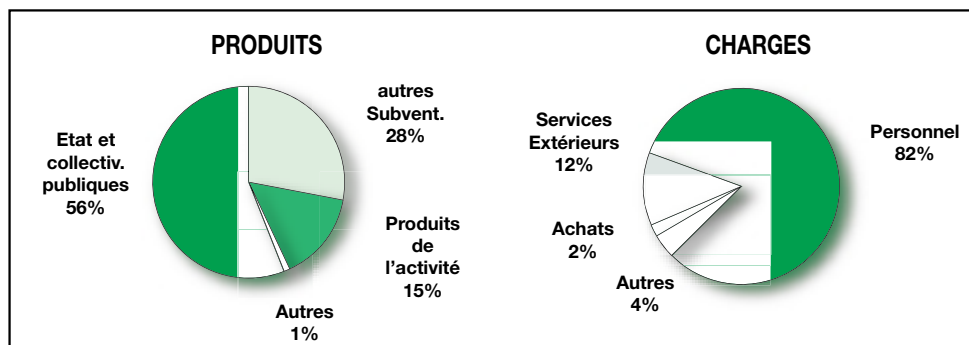
En décembre 2004, le Comede organisait une journée Portes-Ouvertes pour inviter ses partenaires à fêter les 25 ans de l'association et la parution du Guide 2005, édité en partenariat avec la DGS et l'Inpes. Fondé sur l'expérience des consultants du Centre de santé, le succès du Guide 2005 (20 000 exemplaires commandés en 4 mois) s'inscrit dans le développement continu des activités du Centre-ressources destiné aux professionnels, développement qui s'est poursuivi en 2004.

L'action du Comede se situe dans la perspective d'un accroissement qualitatif et quantitatif de ses activités nécessitant un budget de 869 000 € pour l'année 2005. Les missions complémentaires du Centre de santé et du Centre-ressources seraient en effet impossibles à poursuivre sans un effectif suffisant de personnel qualifié, formé et rémunéré. Il faut savoir que ce budget ne représente toutefois que 46% du coût réel du Comede, qui intègre les charges supplétives correspondant aux prestations gratuites dont il bénéficie : loyer, produits pharmaceutiques, personnel bénévole et actes gratuits. L'Assistance publique des hôpitaux de Paris héberge le Comede à titre gratuit depuis 1982, et depuis 1989 au sein du CHU Bicêtre, avec qui la collaboration est permanente. Les laboratoires Saint-Marcel, Eastman et Edison de la DASES de Paris offrent également un soutien très important

depuis 1984, à travers la réalisation des bilans complémentaires de santé pour les patients du Comede. Dans le cadre du partenariat établi en 2004 avec le Comede, l'Inpes prend à sa charge l'impression et la diffusion nationale du Guide de prise en charge médico-psycho-sociale. Enfin, la poursuite du bénévolat de quatre professionnels de l'équipe du Centre de santé doit être soulignée : une assistante sociale, une diététicienne, une pharmacienne et un chirurgien.

Le résultat de l'année 2004 est légèrement positif (+4 807 €). Stables par rapport à 2003, les subventions de l'Etat et des collectivités locales représentent toujours 56% des produits. La suspension des financements de la CRAMIF (-30 490 €) et de la Direction des Français à l'étranger et des Etrangers en France (-9 000 €) ainsi que la baisse des subventions du FASILD (-31 800 €) et de la DRASSIF (-8 232 €) ont pu être compensées en 2004 par de nouvelles subventions de la CNAM (+36 107 €) et de l'Inpes (+24 960 €), et la hausse de celle du Conseil Régional d'Île-de-France (+4 993 €). L'augmentation des autres subventions (28% des produits, -9 987 € de l'ONU en 2004, mais +47 000 € du Fonds européen pour les réfugiés) ont permis de compenser la diminution des remboursements CMU/AME (15% des produits, -26 138 €), diminution prévue dans la mesure où les remboursements 2003 comportaient une part de rattrapage de l'année 2002. La perception de

Compte de résultat 2004



Subventions en € perçues par le Comede (1998-2004)

Financeurs du Comede en 2004

Conversion FF/ € pour les années 1998-2001

Financeurs	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Etat et collectivités publiques							
Conseil G. Val-de-Marne			7 622				
Conseil R. Ile-de-France				22 966	6 860	16 006	21 000
CNAM							36 107
CPAM Val-de-Marne	19 729	21 287	21 782	22 698	22 442	24 009	25 648
CRAMIF			15 244		14 329		
CRAMIF, FNPEIS	30 488	30 488	15 244	30 488		30 490	
DFAE	16 768	18 293	18 293	18 293	18 295	9 000	
DGS					144 830	144 830	144 830
DGS, Sida	121 951	121 951	121 951	91 463			
DGS, Santé Population	30 488	30 488	30 488	53 354			
DPM	121 951	121 951	121 951	121 951	129 580	129 580	129 580
DRASS Ile-de-France	45 732	45 732	45 732	41 159	41 161	41 161	32 929
FAS, FASILD	102 134	102 134	102 134	102 134	92 000	82 800	51 000
INPES							24 960

Autres subventions

CCFD			7 622				
Europe, CEE, UE Europe, FER	47 613	59 682	58 996		182 950	122 000	169 000
Fondation de France	22 866	30 488	30 488		5 000	23 000	
ONU, FCVNUVT	54 521	57 237	68 977	62 961	51 645	45 454	37 468
ONU, HCR				16 500			
Sidaction, ECS	7 622	7 470	15 854	21 341	40 796	29 000	29 000

ces prestations réclame un travail considérable à la Responsable financière et administrative, en raison du nombre des caisses concernées et de la fréquence des rejets initiaux dus aux changements d'adresse des patients.

La baisse des charges de personnel, (82% du total des charges, correspondant à +61 500 € en 2004), nécessaire à l'équilibre du budget, n'a pas permis de pourvoir à ce jour le poste de directeur adjoint du Comede. En l'absence de médecin coordinateur depuis fin 2003 et dans un contexte de développement régulier des activités, un tel recrutement est indispensable en 2005 dès la confirmation du soutien de nos différents partenaires financiers. Les sollicitations quotidiennes du Comede par les exilés, professionnels et associations, obligent l'équipe

à travailler à flux tendu, sans pouvoir répondre à toutes les demandes. Nous devons paradoxalement dépenser beaucoup d'énergie pour maintenir des subventions accordées souvent in extremis, malgré l'unanimité des financeurs sur la qualité du travail effectué et l'importance du rôle joué par le Comede.

L'augmentation des financements attendus en 2005 est nécessaire pour permettre au Comede de remplir l'ensemble de ses missions auprès des exilés et des partenaires du Centre. Au-delà de sa fonction historique de premier Centre médico-psycho-social pour les demandeurs d'asile, le Comede a développé année après année un travail de promotion de la santé des exilés qui doit être poursuivi et développé au cours des prochaines années. ■

PATIENTS

File Active = 5 230

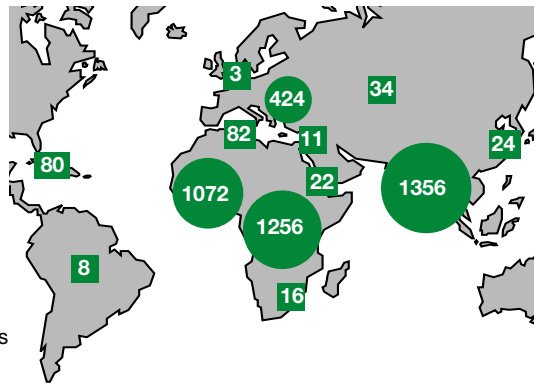
tous patients vus en consultation

- dont dossiers informatisés = 4 388
- stable par rapport à l'année précédente
- 64% sont des nouveaux patients au Comede

Nouveaux Patients = 2 819

patients consultant pour la première fois sur la période

- -2% par rapport à l'année précédente
- 64% sont primo-arrivants en France (<1 an)
- 47% sont originaires de l'espace francophones



Caractéristiques socio-démographiques

Région détail pour n>30	File Active (dossiers informatisés)						Nouveaux Patients			
	n	%	03/04	Sexe (F/H)	Age (médian)	en France (médiane)	n	%	03/04	Primo-arrivants
Afrique centrale	1 256	29%	-10%	43%	33 ans	17 mois	712	25%	- 20%	65%
Afrique du Nord	82	2%	+14%	24%	35 ans	29 mois	65	2%	+33%	26%
Afrique de l'Ouest	1 072	24%	+ 6%	15%	31 ans	23 mois	642	23%	+11%	52%
Amérique du Nord	80	2%	+ 3%	52%	33 ans	19 mois	58	2%	+21%	47%
Asie centrale	34	1%	+162%	29%	33 ans	11 mois	28	1%	+180%	54%
Asie du Sud	1 356	31%	+13%	11%	30 ans	9 mois	943	33%	+15%	80%
Europe de l'Est	424	10%	-25%	15%	31 ans	16 mois	305	11%	-30%	51%
divers autres	84	2%	+31%	40%	34 ans	22 mois	66	2%	+53%	52%
Total	4 388	100%	=	23%	32 ans	15 mois	2 819	100%	- 2%	64%

79 nationalités (dossiers informatisés)

AFRIQUE AUSTRALE

COMORES	3
ILE MAURICE	3
MADAGASCAR	10

AFRIQUE CENTRALE

ANGOLA	129
ANG/ CABINDA	10
BURUNDI	8
CAMEROUN	107
CENTRAFRIQUE	12
CONGO	123
CONGO RD	855
GABON	2
RWANDA	5
TCHAD	5

AFRIQUE DE L'EST

ERYTHREE	7
ETHIOPIE	4
SOMALIE	4
SOUDAN	7

AFRIQUE DU NORD

ALGERIE	67
MAROC	10
TUNISIE	5

AFRIQUE DE L'OUEST

BENIN	2
BURKINA FASO	6
COTE D'IVOIRE	105
GAMBIE	12
GHANA	12
GUINEE BISSAU	20
GUINÉE CONAKRY	119
LIBERIA	16
MALI	178
MAURITANIE	418
NIGER	4
NIGERIA	56
SENEGAL	68
SIERRA LEONE	39
TOGO	17

AMERIQUE DU NORD

ETATS-UNIS	1
HAITI	78
MEXIQUE	1

AMERIQUE DU SUD

COLOMBIE	3
EQUATEUR	2
PEROU	3

ASIE CENTRALE

AFGHANISTAN	3
KAZAKHSTAN	4
KIRGHIZISTAN	1
MONGOLIE	21
OUZBEKISTAN	1
TADJIKISTAN	4

ASIE DE L'EST

BIRMANIE	5
CAMBODGE	1
CHINE	15
PHILIPPINES	2
VIETNAM	1

ASIE DU SUD

BANGLADESH	373
INDE	117
NEPAL	1
PAKISTAN	75
SRI LANKA	790

EUROPE DE L'EST

ALBANIE	4
ARMENIE	12
AZERBAIDJAN	4
BIELORUSSIE	2
BULGARIE	2
GEORGIE	11
MOLDAVIE	27
ROUMANIE	13
RUSSIE	17
RUS/ TCHETCH.	1
SERBIE	1
TURQUIE	316
UKRAINE	13
YOUgoslavIE	1

EUROPE DE L'OUEST

FRANCE	1
MALTE	1
POLOGNE	1

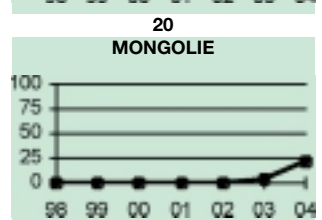
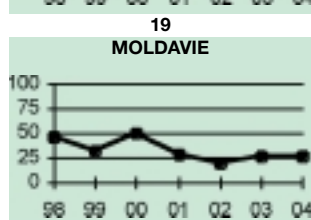
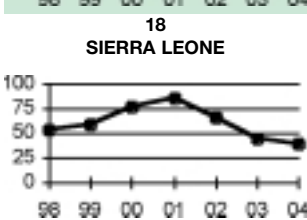
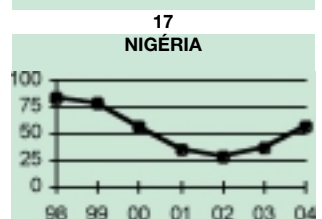
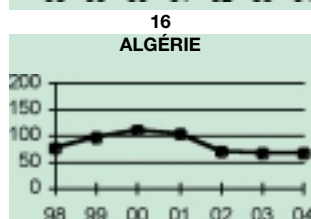
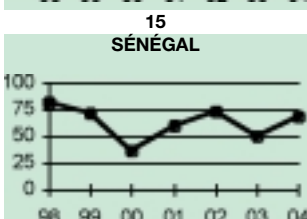
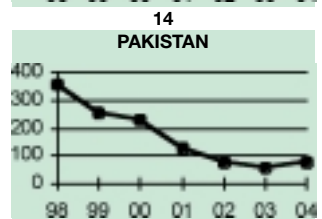
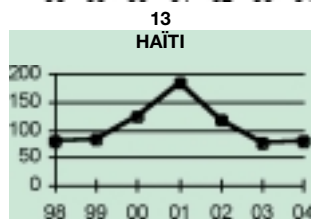
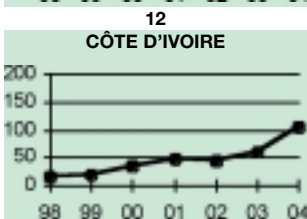
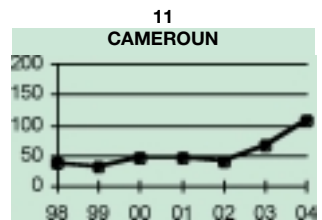
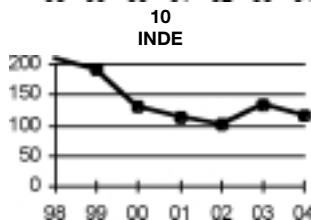
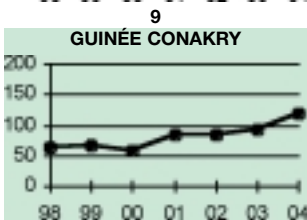
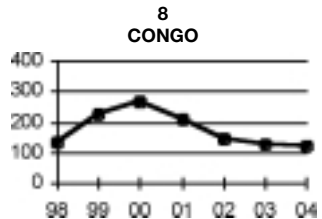
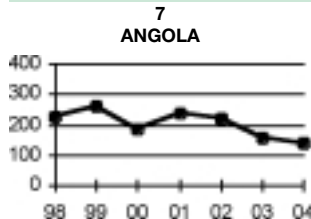
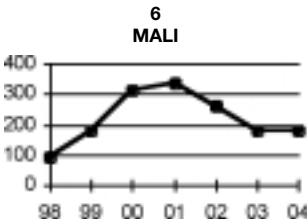
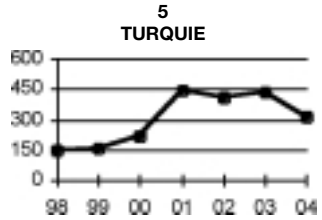
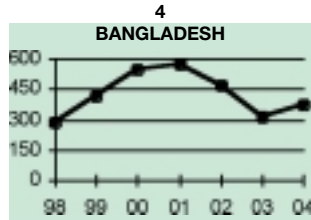
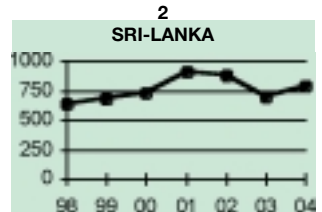
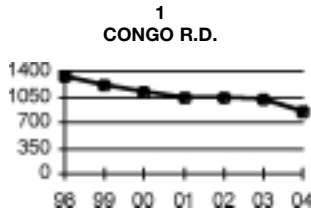
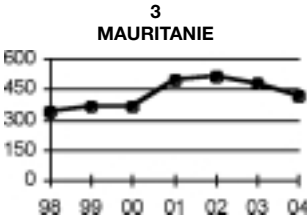
MOYEN-ORIENT

EGYPTE	2
IRAK	1
IRAN	7
PALESTINE	1

PATIENTS

Evolution des 20 principales nationalités 1998-2004

■ augmentation 03/04



CONSULTATIONS

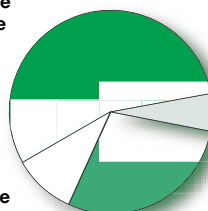
Total consultations = 16 520

- +1% par rapport à l'année précédente
- Jours d'ouverture du Centre = 232
- Moyenne 71 consultations / jour

Avec interprète professionnel = 1 086

- +12% par rapport à l'année précédente
- Permanences ISM en 10 langues

Médecine générale
56%



Psychothérapie
6%

Service Social
10%

Service infirmier
29%

Service	Consultations			File Active		Cs/ pat.	Suivi (médiane)	Prestations spécialisées			
	n	%	03/04	n	%			ISM	sécu	asile	séj.
Médecine générale	9 184	56%	+ 1%	4 006	77%	2,3	2 mois	9%	5%	30%	11%
Psychothérapie	973	6%	+ 5%	326	6%	3,0	6 mois	9%	-	-	-
Service infirmier	4 538	27%	- 3%	2 255	43%	2,0	6 mois	4%	5%	15%	7%
Education santé	198	1%	+16%	152	3%	1,3	6 mois	28%	-	-	-
Service social	1 627	10%	+10%	621	12%	2,6	12 mois	1%	7%	10%	33%
Total	16 520	100%	+ 1%	5 230	100%	3,2	2 mois	7%	5%	25%	11%

Caractéristiques des consultations

TOUTES CONSULTATIONS

PATIENTS

Femmes	26%
Mineurs	2%
Plus de 65 ans	1%
Age médian	32 ans

Afrique centrale	33%
Afrique de l'Ouest	27%
Asie du Sud	27%
Europe de l'Est	7%
Amérique du Nord	2%
Afrique du Nord	2%

Patients à suivre 42%

MEDECINE GENERALE

PATIENTS

+ Mineurs	3%
+ Asie du Sud	32%
+ Europe de l'Est	8%
+ Patients à suivre	45%

INTERVENTIONS

Bilan de santé	25%
Médicam. délivrés	14%
Réd. Certif. asile	10%
Réd. Rapport séj.	2%

PSYCHOTHERAPIE

PATIENTS

+ Femmes	40%
+ Agés	33 ans
+ Afrique centrale	55%
+ Europe de l'Est	8%
+ Afrique du Nord	5%
+ Patients à suivre	100%

SOINS GRATUITS (PASS)

Cs médecine	3 664
Cs infirmière	1 810
Médicaments	1 340
Bilans de santé	917

SERVICE INFIRMIER

PATIENTS

+ Agés	33 ans
+ Afrique de l'Ouest	30%

INTERVENTIONS

Accueil infirmier	91%
Education santé	4%
Vaccination	3%
ECG, prise de TA	2%
Médicam. délivrés	1%

DECISIONS AC.

INFIRMIER

Accueil le matin	85%
Admission Centre	51%
Admission Médecine	40%
Oriantation	14%
Oriantation PASS	3%

SERVICE SOCIAL

PATIENTS

+ Femmes	36%
+ Agés	34 ans
+ Afrique centrale	45%
+ Afrique de l'Ouest	41%
+ Patients à suivre	66%

Prestations spécialisées

INTERPRETIARIAT ISM

Tamoul	352	+65%
Bengali, Hindi, Ourdou		
	265	+35%
Turc, Kurd	259	-22%
Pullar, Soninke, Bambara	117	-9%
Russe	93	-8%

DROIT AU SEJOUR

Expertise	1 864	+10%
Dossiers	207	+68%
1 ^{re} demande	79	+22%
Renouvellem.	34	-71%
Recours Préf	96	+182%
Recours TA	29	(3)

DROIT D'ASILE

Expertise	4 156	+ 5%
Certificats	907	+ 5%

907 Certificats Asile

Sri Lanka	252
Turquie	135
Mauritanie	116
Congo RD	115
Bangladesh	78
Guinée Conakry	27
Inde	26
Angola	22
Congo	16
Cameroun	13
Nigeria	9
Pakistan	9
Côte d'Ivoire	8
Sierra Leone	6
Algérie	5
Haïti	5
divers autres	65

207 Dossiers séjour

Mali	44
Congo RD	33
Bangladesh	16
Côte d'Ivoire	16
Mauritanie	16
Sénégal	16
Pakistan	7
Algérie	6
Angola	5
Congo	5
divers autres	43

PROTECTION MALADIE

Dem Sécu B	1 649	-3%
Dem CMU C	1 279	-3%
Dem AME	465	+32%
Adm. Imméd.	352	-13%
Expertise	803	+10%
CSS erreur de droit		65%
CSS err. procédure		32%
Dispositifs de soins		3%

PRÉVENTION

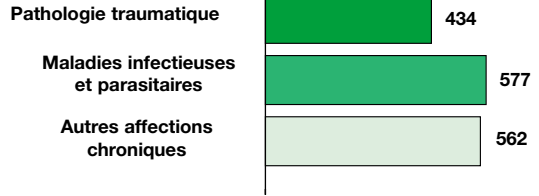
Bilan de santé = 2 297

- 81% des patients, dont 74% au Comede
- Test VIH prescrit pour 66% des patients

Patients à suivre (PAS) = 1 309

pour affection grave ou facteur de vulnérabilité

- +8% par rapport à l'année précédente
- 25% de la FA et 42% des consultations



Prise en charge File active par motif	FA		Nouv. cas n 03/04	Diag. Comede	Suivi Comede	n moy Cons	Suivi exter.	Fin de suivi n succès	
	n	FA PAS %						n	%
Anguillulose	84	59 4%	40 -33%	100%	3 mois	3,4	0%	49	88%
Asthme	96	74 5%	42 +20%	30%	7 mois	5,9	64%	51	86%
Bilharziose Urin.	47	35 2%	17 -11%	97%	8 mois	4,4	3%	26	85%
Diabète	171	136 9%	85 +18%	47%	5 mois	4,6	59%	97	89%
Hépatite B	374	331 21%	168 +8%	86%	9 mois	4,7	37%	181	78%
Hépatite C	77	61 4%	36 -10%	85%	4 mois	4,4	57%	48	88%
HTA	200	161 10%	93 -17%	50%	5 mois	4,8	58%	114	88%
Mineur isolé	69	53 3%	50 (3)	8%	1 mois	2,1	8%	45	80%
Psycho-trauma	394	370 24%	231 +24%	91%	6 mois	5,5	22%	187	83%
Tuberculose	32	21 1%	14 -7%	71%	4 mois	5,6	95%	13	92%
Infection à VIH	77	53 3%	36 =	88%	5 mois	5,3	71%	39	92%
autres motifs	293	219 14%	163 +12%	63%	3 mois	5,8	56%	163	93%
Total PAS	1 439	1 309	777 +12%	70%	5 mois	5,3	42	798	86%

* Fin de suivi	Succès	Guérison	121	Relais médical	562	Retour volontaire au pays	1
(798 PAS)	Echecs	Décès	1	Perdus de vue	113	Eloignement du territoire	0

Prévalence NP 1999-2004	Cas n	Sexe (F/H)	Age médian	Diag. pays	Taux de prévalence par région d'origine (p. 1000)							
					AFC	AFN	AFO	AMN	ASE	ASS	EUE	TOT
Anguillulose	472	10%	30 ans	< 1%	28	0	12	12	10	39	1	23
Asthme	225	22%	33 ans	66%	7	24	15	8	5	16	2	11
Bilharziose Urin.	287	3%	27 ans	< 1%	3	0	63	0	0	0	0	14
Diabète	484	30%	43 ans	50%	21	39	11	12	10	42	7	24
Hépatite B	664	15%	30 ans	6%	33	2	80	10	35	7	22	32
Hépatite C	207	39%	37 ans	5%	18	5	3	2	2	7	11	10
HTA	590	48%	46 ans	39%	55	17	22	18	9	20	8	29
Psycho-trauma	1 137	37%	31 ans	6%	88	96	46	68	19	33	47	56
Tuberculose	165	20%	31 ans	5%	12	2	7	14	3	7	5	8
Infection à VIH	291	59%	32 ans	5%	36	0	17	14	0	0	0	14
Total PAS	4 149	28%	33 ans	20%	256	202	260	13	126	165	93	202

(moyenne globale)

INFORMATION

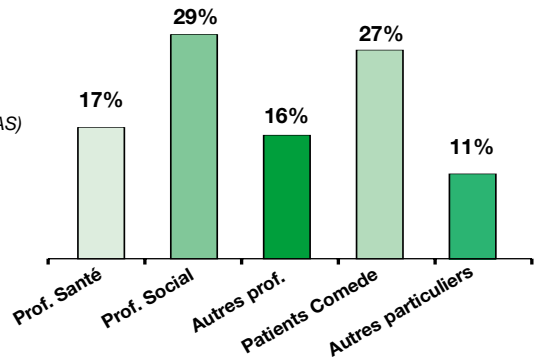
Permanences ☎ = 2 485

Suivi médical (SM) et Suivi de l'accès aux soins (SAS)

- +3% par rapport à l'année précédente
- 62% des appelants sont des professionnels

Publications et interventions

- 16 publications spécialisées
- 17 interventions publiques



Caractéristiques des permanences téléphoniques

Appelants ☎ <small>500 appels enregistrés fin 04</small>	%	Dispositif			Hors IDF	Permanence			Expertise		
		ASSOC	soins	social		SM	SAS	AAS	asile	séjour	médic
Profession. Santé	17%	5%	86%	2%	8%	84%	4%	5%	2%	16%	42%
Profession. Social	29%	20%	36%	37%	19%	41%	5%	29%	8%	37%	19%
Autres profession.	16%	30%	5%	0%	8%	50%	14%	23%	11%	40%	18%
Patients Comede	27%				6%	73%	14%	20%	6%	14%	14%
Autres particuliers	11%				12%	56%	20%	26%	6%	33%	13%
Total	100%	21%	40%	19%	11%	59%	10%	21%	7%	28%	20%

Population- cible	Sexe (F/H)	Age			Région d'origine						
		médian	Mineurs	>60 ans	AFC	AFN	AFO	AMN	ASS	EUE	autres
85% des appels	43%	30 ans	11%	6%	29%	13%	31%	3%	11%	9%	4%

Publications

- *Les Avatars du droit au séjour des malades*, Actes de la journée Gisti *Accès aux soins des étrangers : entre discriminations et inégalités*, Veisse A, 32-35.
- *Dispositif anti-ivoirien à la frontière*, Maux d'exil N°9, ANAFE, 6.
- *Genèse d'un outil de communication destiné aux professionnels sur la question du VIH/sida en direction des migrants*, Maux d'exil n°10, Aina-Stanojevich E., Le Lay E., 7-8.
- *Un Guide pratique de soutien et de soins aux personnes en exil*, Maux d'exil n°10, Veisse A., 1-2.
- *Etrangers en séjour précaire*, Traité de santé publique, Médecine-Sciences Flammarion, Veisse A., 440-445.
- *Etrangers exclus, malades inclus ?*, Site GIP Esther & Bulletin n°25 des réseaux de Créteil, Veisse A.
- *Insécurité sociale et sanitaire*, Pratiques n°26, l'exil et l'accueil en médecine, Maille D., 51.
- *Malades en exil, exilés malades*, Transcriptases n°114, Veisse A., 36-38.
- *La Réforme de l'Aide médicale Etat*, aggravation des inégalités financières face aux soins, Maux d'exil n°9, Maille D., 1-3.
- *La Santé en exil*, Pratiques n°26, l'exil et l'accueil en médecine, Veisse A., 45-47.
- *Salle d'attente*, Courrier de l'ACAT n°248, Delbecchi G., 50.
- *Solidarité internationale et Sida, des réponses adaptées ?*, Maux d'exil N°9, Revault P., 4-5.
- *Du Sursaut traumatique aux rendez-vous manqués, entre la vie et la loi*, Maux d'exil n°9, Erangah-Ipendo I., 7-8.
- *Guide destiné aux professionnels*, Comede-Inpes, 444 p.
- *Livret destiné aux patients du Comede et versions bilingues russe, tamoul et turc*, Comede, 36 p.
- *Maux d'exil, La lettre du Comede aux membres du réseau*, numéros 9 et 10.

Interventions

- ACAT-Amnesty, Saint-Brieuc, *Trauma, torture et soins pour les réfugiés*, Veisse A.
- Comede, 25ème anniversaire, Journée portes ouvertes.
- Conférence de presse Inpes / Comede sur la parution du Guide 2005, Veisse A.
- Conférence de presse MDM / MSF / Comede / Samu Social sur l'Aide médicale Etat, Paris, Buisson-Touboul G.
- Conseil général de Seine-Saint-Denis, *Droit à la santé des étrangers*, Maille D.
- Gisti, Journée Réforme du droit d'asile, *Les nouvelles procédures d'asile*, Maille D.
- Gisti, Réunion mensuelle, *La réforme de l'Aide Médicale Etat*, Maille D.
- Ikambere, *Le droit au séjour pour raison médicale*, Maille D.
- Médecins du Monde, Ateliers migrants en Europe, *Régularisation pour raison médicale*, Veisse A.
- Médecins du Monde, Ateliers migrants en Europe, *Traumatisme, droit d'asile et certification médicale*, Erangah-Ipendo I., Weil-Rabaud H.
- RFI, Priorité santé, *Accès aux soins*, Veisse A.
- RFI, Priorité santé, *Le Comede*, Veisse A.
- RFI, Priorité santé, *Exil et VIH-sida*, Veisse A.
- RFI, Priorité santé, *La Réforme de l'Aide médicale*, Veisse A.
- Réseaux VIH/VHC de l'Eure, Journée VIH et populations migrantes, *Accès aux droits, accès aux soins*, Veisse A.
- Sidaction, Convention nationale de lutte contre le sida, *Droit au séjour des étrangers malades*, Maille D.
- Ville de Paris, Conseil de la Citoyenneté des résidents non communautaires, *Droit à la santé des étrangers*, Maille D.
- Ville de Vitry, Circonscription sociale, *La réforme de l'Aide médicale Etat*, Maille D.

FORMATION

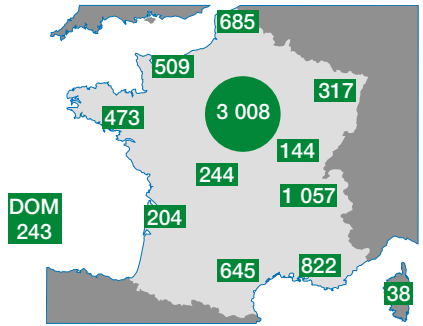
Formation et enseignement

Suivi médical (SM) et Suivi de l'accès aux soins (SAS)

- 29 sessions de formation continue pour 525 stagiaires
- 9 séances de formation initiale

Diffusion Guide = 8 389 exemplaires

- x 10 par rapport à l'année précédente
- 557 Guides 2003 et 7 832 Guides 2005



Formation professionnelle

- Aulnay-sous-Bois, Hôpital Robert Ballanger, stage Gisti/Comede, *Droit à la santé des étrangers* (2 journées).
- Lille, IRTS, Accompagner les mineurs étrangers isolés, *Soins médicaux et prévention & Trauma, cultures et santé mentale*.
- Nantes, DDASS, *La réforme du droit d'asile*.
- Paris, stage national Cimade/DER, *Santé en rétention, le médecin et la maladie* (2).
- Paris, CRESIF, Personnes SDF, accueil et promotion de la santé, *approche géopolitique des publics accueillis* (2).
- Paris, Emmaüs-France, *La réforme du droit d'asile*.
- Paris, Fasti, *Le droit à la santé des étrangers*.
- Paris, Médecins du Monde, *Droit à la santé des étrangers*.
- Paris, stage national Gisti/Comede, *Procédure de demande d'asile*.
- Paris, stage national Gisti/Comede, *Protection sociale* (2).
- Paris, stage national Gisti/Comede, *Protection maladie* (2).
- Paris, stage national SFLS Hôpital Tenon, Migrants et VIH, *Protection maladie*.
- Pau, Collectif associatif, stage Comede/Gisti, *Droit à la santé des étrangers et droit d'asile*.
- Pau, Collectif professionnel, stage Comede/Gisti, *La réforme du droit d'asile*.
- Pointe-à-Pitre, stage Gisti/Comede, *Droit à la santé* (3 sessions).
- Saint-Denis, Ikambere, *Le droit au séjour pour raison médicale*.
- Saint-Martin (DOM), stage Comede/Gisti, *Droit à la santé*.
- Saint-Maurice, Hôpital Esquirol, *Droit à la santé*.
- Toulouse, Collectif associatif CADA, stage Comede/Gisti, *La réforme du droit d'asile*.
- Tours, stage national SFLS, Migrants et VIH, *Protection maladie*.

Région d'exercice

Stagiaires Form.		Diffusion Guide	
Ile-de-France	41%	Ile-de-France	36%
DOM (DFA)	22%	Rhone-Alpes	13%
Midi-Pyrénées	1%	PACA	10%
Pays-de-la-Loire	8%	Nord-Pas-de-Cal.	7%
Nord-Pas-de-Cal.	7%	Languedoc-Rouss.	6%
Rhone-Alpes	2%	DOM (DFA)	3%
Aquitaine	2%	Bretagne	3%
PACA	2%	Pays-de-la-Loire	3%
Alsace	1%	Midi-Pyrénées	2%
Languedoc-Rouss.	1%	Aquitaine	2%
Autres régions	7%	Autres régions	15%
Total	525	Total	8 389

Métiers et dispositifs

Stagiaires Form.		Diffusion Guide	
Profession. Social	59%	Dispositifs Santé	72%
Profession. Droit	16%	Dispositifs Social	15%
Profession. Santé	15%	Administ. & Sécu	7%
Autres profession.	10%	Autres dispositifs	6%
Total	525	Total	8 389

Enseignement universitaire

- IFSI Paris Necker, Module Précarité, *Accès aux soins, droit et pratiques & Les réfugiés dans le monde et la santé des exilés*.
- Université Paris I, Centre Malher, *Journée d'étude sur les usages du principe de dignité en droit*.
- Université Paris I, Séminaire Terra, Réfugiés et asile, *Dans les salles d'attente de l'universel*.
- Université Paris VII, Faculté Bicêtre, Maîtrise de sciences sanitaires et sociales, module Education pour la santé, *Etrangers en séjour précaire*.
- Université Paris VII, Faculté Saint-Louis, DIU Santé, précarité, médecine de 1er recours, *Une médecine de l'exil et de l'exclusion & Le Droit au séjour pour raison médicale*.
- Universités Paris VII, Paris XIII et Marne-la-Vallée, Faculté Bobigny, DIU Inégalités, précarité et santé, *Prise en charge des étrangers en séjour précaire*.
- Université Paris XIII, Faculté Bobigny, Licence et Maîtrise administration économique et sociale, *Protection maladie des étrangers*.

Recherche et stages

- DARES, Difficultés d'emploi, santé et insertion sociale.
- DREES, Enquête sur les bénéficiaires de l'Aide médicale Etat.
- Doctorat en anthropologie médicale, *Les usages sociaux du traumatisme psychique*.
- Doctorat en médecine, *Le devenir des exilés malades*.
- Doctorat en psychopathologie et psychanalyse, *Psychothérapie, exil et précarité*.
- Stages au sein du Centre de santé : Accueil (4), Médecin (4, dont 2 stages chez le praticien et 1 SASPAS), Psychologue (2), Santé publique (2), Service infirmier (4), Service social (3).

Partenariats et expertise

- AIDS & Mobility, Réseau européen VIH migrants.
- ANAFE, Assistance nationale aux frontières pour les étrangers.
- CFDA, Coordination française pour le droit d'asile.
- DASES, Groupe migrants et tuberculose.
- DGS, Groupe migrants et tuberculose.
- DGS, Groupe migrants et VIH.
- Gisti, Groupe protection sociale.
- Inpes, DGS et Comede, Guide 2005.
- MDM, MSF, Comede et Samu social, Groupe AME.
- ODSE, Observatoire du droit à la santé des étrangers.



Hôpital de Bicêtre
78 rue du Général Leclerc BP 31
94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex
Tél. 01 45 21 38 40 - Fax 01 45 21 38 41
Mel : contact@comede.org
Site : www.comede.org

En 2004, les activités du Comede ont été soutenues par :

La Direction de la population et des migrations
La Direction générale de la santé
Le Fonds d'action sociale, d'intégration et de lutte contre les discriminations
La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France



Extraits des statuts du Comede :

Article 2 - Buts

L'Association a pour but :

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

Article 3 - Définition

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

Article 4 - La Charte

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

L'Assistance publique
des hôpitaux de Paris



Le Centre hospitalo-universitaire
de Bicêtre



Le Conseil régional d'Ile-de-France



La Caisse nationale de l'Assurance
maladie des travailleurs salariés



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



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



Le Fonds européen
pour les réfugiés



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



Sidaction
Ensemble contre le Sida

