

La Santé des

exilés

RAPPORT
D'OBSERVATION
ET D'ACTIVITÉ
2012

COMITÉ MÉDICAL
POUR LES EXILÉS

comede

Table des matières

Présentation du Comede 4
Glossaire 6

SYNTHESE

La santé des exilés et le Comede en 2012 7
Principaux indicateurs d'activité en 2012 11
Femmes et genre 13
Migrants âgés 16

OBSERVATION

Populations 19
Etat de santé 25
Accès aux soins 39
Accès aux droits 49

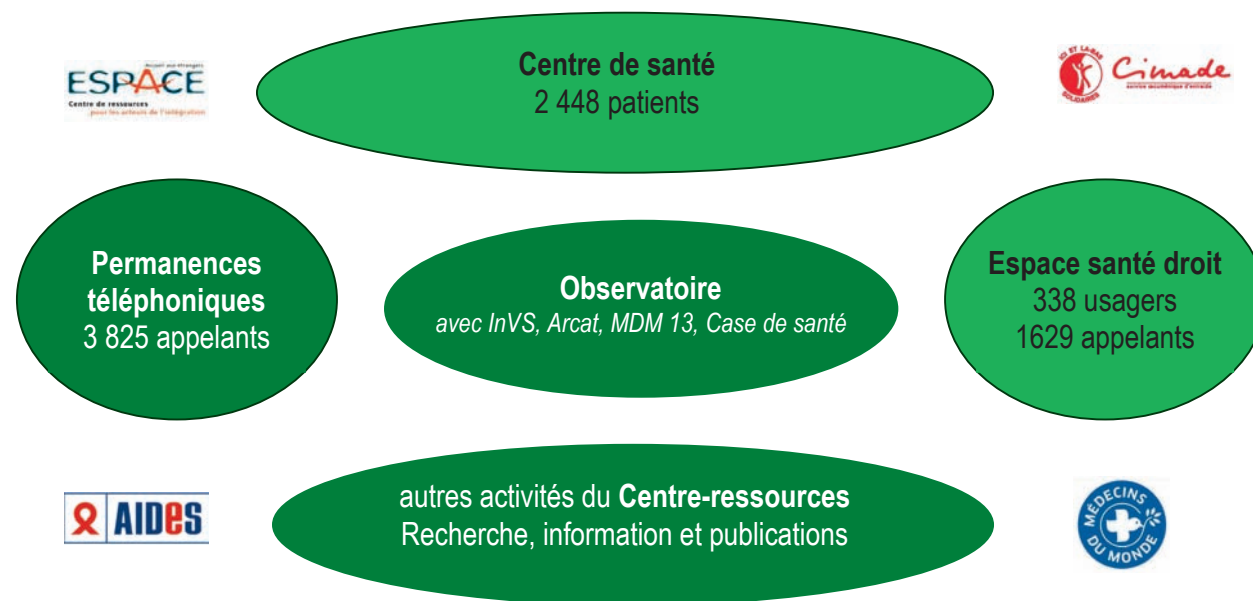
ACTIVITE

Le Centre de santé à Bicêtre 61
Collectifs associatifs 72
L'Espace santé droit à Aubervilliers 73
Le Centre-ressources du Comede 77
Gestion, finances et perspectives 87

Tableaux, figures et encadré

8. Un monde tortionnaire
13. Les violences liées au genre
14. Femmes enceintes et suivi de grossesse
15. Groupe d'échange avec les femmes
16. Etrangers âgés ≥60 ans en France
19. Définitions migrants, étrangers, exilés
19. Populations d'étrangers et immigrants résidant en France
20. Etrangers en France, effectifs par âge, sexe et origine géo.
21. Populations d'étrangers en situation de grande vulnérabilité
21. Bénéficiaires du Comede, effectifs par âge et sexe
22. Bénéficiaires du Comede, effectifs par région et nationalité
23. Caractéristiques démographiques
24. Situation familiale et formation initiale
24. Profession dans le pays d'origine
26. Vulnérabilité sociale et conditions d'hébergement
27. Conditions de séjour
28, 29. Antécédents de violence et de torture
30, 31. Taux de prévalence observés au Comede
32. Caractéristiques démographiques des malades
33. Taux de prévalence par classe d'âge
34. Eléments cliniques en psychothérapie
35, 36. Répartition des pathologies graves, femmes, demandeurs d'asile et migrants âgés
39, 40. Interventions et obstacles à l'accès aux soins
40. Protection maladie des patients du Centre de santé
41. Typologie des obstacles à l'accès aux soins
42. Accès aux soins de santé mentale
43, 44, 45. Dysfonctionnements des caisses de sécurité sociale
49. Evolution du droit d'asile et du droit au séjour des étrangers malades en France
51. Des données publiques erratiques sur l'application du droit au séjour pour raison médicale en France
53, 54, 55. Droit au séjour pour raison médicale, évolution des taux d'accord
56. Evolution du taux de reconnaissance du statut de réfugié et du taux de délivrance de certificat médical au Comede
57. Etude sur l'altération des empreintes digitales
58. Rapport Ofpra 2012

Dispositif d'observation



LE CONSEIL D'ADMINISTRATION en mai 2013

- **Président** : Didier Fassin (*Médecin, Professeur d'Anthropologie et de Sociologie*).
- **Vice-Présidents** : Patrick August (*Direction de collectivités territoriales et d'associations*), Estelle d'Halluin (*Sociologue*).
- **Trésorier** : Christophe David (*Journaliste*).
- **Secrétaire** : Patrick Lamour (*Médecin de Santé publique*).
- **Membres** : Catherine Donnars (*Ingénieur agronome*), Jean-Yves Fatras (*Président d'honneur, Médecin de Santé publique*), Laure Feldmann (*Médecin praticienne*), Dalila Haddadi-Collet (*représentante du Comede Loire*), Anne Léger (*Médecin praticienne*), José Polo Devoto (*Médecin praticien*), et Marie-Andrée Sadot (*Direction de services sociaux*).

L'EQUIPE PROFESSIONNELLE en mai 2013

- **Direction et Administration** : Arnaud Veïsse (*Directeur général, Médecin*), Pascal Revault (*Directeur opérationnel, Médecin*), Yasmine Flitti (*Directrice administrative et financière*), Catherine Jollet (*Responsable financière et administrative*), Laure Barbizet (*Bénévole, projet artistique*).
- **Service Accueil et Secrétariat** : Claire Katembwe (*Assistante de direction*), Anne-Marie Chemali (*Bénévole, Technicienne d'accueil*), Assane Aw (*Technicien d'accueil et d'administration*), Guy de Gontaut (*Technicien d'accueil*), Rosa Sadaoui (*Technicien d'accueil et d'administration*), Valérie Tartier (*Technicienne d'accueil et d'administration*), Audrey Tieby (*Bénévole, Technicienne d'accueil*).
- **Service Infirmier, Santé publique, Pharmacie et Entretien** : Guy Delbecchi (*Cadre infirmier*), Rose Adu (*Agent d'entretien*), Marie-Madeleine Gutle (*Bénévole, Pharmacienne*), Monili Lumoni (*Personnel d'entretien*), Cécile Ménard (*Infirmière*), Khaldia Vescovacci (*Médecin de santé publique*).
- **Ostéopathes bénévoles** : Chemsy Anniba, Eve Perriguy, Marie Eckert, Olivier Isle de Beauchaine, Vladimir Roudenko, Pierre Nevers.
- **Service Médical** : Isabelle Alix (*Médecin référente*), Françoise Fleury (*Médecin référente*), Barbara Pellegriguenault (*Médecin consultante*), Olivier Lefebvre (*Médecin référent*), Marie Petruzzi (*Médecin référente*), Julien Sallé (*Médecin référent*), Naomi Sayre (*Médecin référente*).
- **Service Psychothérapie et Santé mentale** : Laure Wolmark (*Responsable du service, psychologue*), Marie Cossart (*Psychologue consultante*), Aude Nguyen (*Psychologue référente*), Etsianat Ondongh-Essalt (*Psychologue consultant*).
- **Service Social et Juridique** : Didier Maille (*Responsable du service, référent Espace santé droit*), Benjamin Demagny (*Responsable adjoint du service, référent PACA*), Karine Crochet (*Assistante sociale*), Bénédicte Maraval (*Assistante sociale*), Patrick Mony (*Assistant juridique*), et les collègues bénévoles de l'**Espace santé droit** : Marie-Ange d'Adler, Sixte Blanchy, François David, Geneviève Domenach-Chich, Geneviève Jacques, Claudie Jalin, Blandine Rebuschung, Antoinette Szejnman, Jean-Michel Tissier.

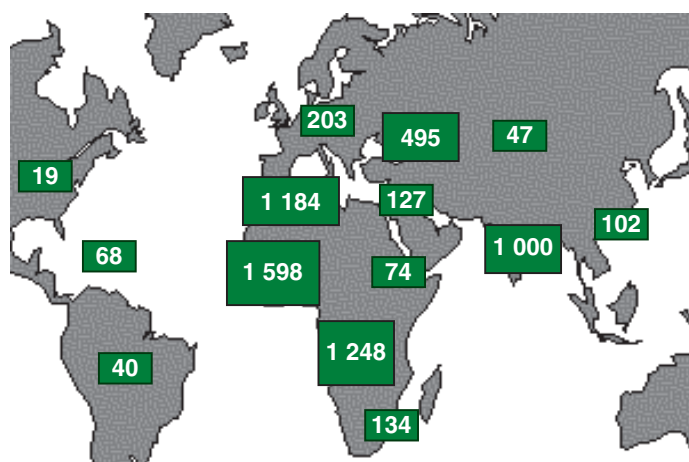
Créé en 1979, le Comede s'est donné pour but d'agir en faveur de la santé des exilés et de défendre leurs droits. En 34 ans, le soin et l'accompagnement de 130 000 personnes de 150 nationalités - 111 000 au Centre de santé, 17 000 via les Permanences téléphoniques et 2 000 à l'Espace santé droit - ont fait du Comede un poste d'observation privilégié de la santé et de l'accès aux soins des migrants/étrangers en France. Les activités d'accueil, soins et soutien (CDS et ESD), et de recherche, information et formation (Centre-ressources du Comede) sont indissociables pour répondre aux objectifs de l'association.

Lorsqu'ils fondent le Comede, les intervenants d'Amnesty International, de la Cimade et du Groupe accueil solidarité sont avant tout préoccupés par les conséquences traumatiques de l'exil et de la torture, ainsi que, déjà, par les difficultés d'accès aux soins des exilés. Mais dans un contexte économique et politique difficile, la détérioration progressive du statut juridique et administratif des exilés se trouvera également très vite au cœur des activités du Centre de santé ouvert en 1982. Avec les réformes successives de l'Immigration, incluant la suppression par circulaire du droit au travail pour les demandeurs d'asile en 1991, les effets psycho-sociaux de l'exclusion se conjuguent à ceux de l'exil et des persécutions.

Face à l'exclusion des soins, le Comede a d'abord accru ses activités de soins gratuits : l'écoute, les soins médicaux, infirmiers, psychologiques et sociaux, permettent de soulager les maux des exilés dans les périodes les plus difficiles. Avec la réforme de l'aide médicale de 1992, l'association a développé des activités d'expertise et d'intervention en matière d'accès aux soins et à la protection maladie, pour favoriser la continuité des soins et le libre choix de son médecin par le malade. Mais l'exclusion des soins a continué de sévir parmi les déboutés et sans-papiers, exclus de la sécurité sociale en 1993, de la couverture maladie « universelle » en 1999, puis partiellement de l'Aide médicale Etat résiduelle en 2003 et en 2010, alors que le droit au séjour pour raison

Le Comede

Nationalité des personnes soutenues par le Comede en 2012



médicale a été restreint par le gouvernement et le Parlement en 2011. Les dimensions médicale, psychologique, sociale et juridique des soins et de l'accompagnement seront prises en compte dans la première édition imprimée du Guide Comede en 2003, ainsi qu'au cours des permanences téléphoniques et formations développées dans le cadre du Centre-ressources. En partenariat avec la Cimade, l'Espace santé droit ouvre également ses portes en 2007.

Dans la course d'obstacles que constitue pour de nombreux exilés le « parcours d'intégration », la découverte tardive de la maladie peut constituer un handicap fatal. La maladie chronique représente un nouveau traumatisme, surtout lorsqu'il s'agit d'une conséquence des violences subies au pays. Ces multiples facteurs de vulnérabilité des exilés, associés à une grande diversité d'origine et de langue, vont déterminer les actions de prévention, de dépistage et bilans de santé, de soins médicaux et psychothérapeutiques, ainsi que de soutien social et juridique à proposer. Les succès de diffusion du Guide Comede et du Livret de santé bilingue, édités en partenariat avec la Direction générale de la santé et l'Inpes, témoignent des besoins et de la préoccupation des acteurs de la santé des exilés ■

SERVICES ET DISPOSITIFS DU COMEDE www.comede.org - 01 45 21 39 32

■ MAUX D'EXIL, 4 NUMEROS PAR AN

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

■ GUIDE COMEDE, REPERTOIRES REGIONAUX ET LIVRETS BILINGUES

Diffusion gratuite par l'Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, par Fax 01 49 33 23 91, ou par mail edif@inpes.sante.fr

■ PERMANENCE TELEPHONIQUE DROITS, SOUTIEN ET ACCES AUX SOINS

☎ 01 45 21 63 12, du lundi au jeudi, 9h30-12h30.

Soutien et expertise pour l'accès aux soins et l'obtention d'une protection maladie, l'accès aux dispositifs de droit au séjour pour raison médicale, et aux autres prestations liées à l'état de santé

■ PERMANENCE TELEPHONIQUE MEDICALE

☎ 01 45 21 38 93, du lundi au mercredi, 14h30-17h30.

Soutien et expertise relatifs aux soins médicaux, à la prévention, aux bilans de santé, et aux aspects médico-juridiques pour le droit des étrangers

■ PERMANENCE TELEPHONIQUE SANTE

MENTALE ☎ 01 45 21 39 31, mardi et mercredi, 14h30-17h30.

Soutien et expertise pour l'orientation et l'accès aux soins en santé mentale. Information et partage d'expérience sur les questions relatives à la clinique de l'exil et au droit au séjour pour raison médicale.

■ CENTRE DE FORMATION ☎ 01 45 21 63 11

Animées par les professionnels et les partenaires du Comede, les formations portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers.

■ CENTRE DE SANTE A BICETRE (94)

Consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques et socio-juridiques avec interprète, sur rendez-vous du lundi au vendredi. Tél : 01 45 21 38 40.

■ ESPACE SANTE DROIT AVEC LA CIMADE

A AUBERVILLIERS (93). Permanence téléphonique, consultations socio-juridiques et évaluation médico-juridique sur rendez-vous mardi, mercredi et vendredi. Tél : 01 43 52 69 55.

Glossaire

Adfem	Action pour les droits des femmes exilées et migrantes
AME	Aide médicale Etat
Anafé	Assistance nationale aux frontières pour les étrangers
APS	Autorisation provisoire de séjour
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASPA	Allocation de solidarité pour les personnes âgées
Cada	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CFDA	Coordination française du droit d'asile
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Complémentaire-CMU
Cnam	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNDA	Cour nationale du droit d'asile
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie (département)
CSS	Centre de sécurité sociale
CST	Carte de séjour temporaire
Dasem	Droit au séjour des étrangers malades
Dases	Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la Ville de Paris
DGS	Direction générale de la santé
DOM	Départements d'Outre-mer
ETP	Equivalent temps plein
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
MARS	Médecin de l'Agence régionale de santé
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
ODSE	Observatoire du droit à la santé des étrangers
OEE	Observatoire de l'enfermement des étrangers
Ofpra	Office français de protection des réfugiés et apatrides
OQTF	Obligation de quitter le territoire français
Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

Le présent rapport a utilisé les principes de « genrisation » adoptés par le Gisti

<http://www.gisti.org/spip.php?article2443>

La « genrisation » signifie que le masculin n'y est pas, comme il est d'usage, le mode d'expression du mixte. L'exhumation systématique du féminin de sa gangue masculine ne facilite ni l'écriture, ni la lecture, car il s'agit d'une rupture avec les règles de la langue française dont la subtilité et parfois la beauté formelle s'appuient souvent sur l'inégalité des genres et des sexes. La méthode décrite ci-dessous n'est pas l'essentiel. Ce qui compte, c'est d'avoir mis le doigt dans l'engrenage d'une réflexion et d'un engagement qui vont se poursuivre.

Principes retenus :

- La féminisation s'applique systématiquement aux titres, fonctions et professions ;
- Utilisation de la forme tronquée avec point ;
- Utilisation de la méthode épiciène, qui préconise de privilégier dans l'écriture des mots ou des expressions sans marque du féminin ou du masculin, neutres du point de vue du genre grammatical.

Termes utilisés au Comede et dans ce rapport

- Admission immédiate et instruction prioritaire : procédures d'obtention rapide de la CMU-C et de l'AME
- Etrangers malades : personnes ayant demandé ou obtenu le bénéfice du droit au séjour pour raison médicale
- File active : nombre de patients ayant consulté au moins une fois sur l'année
- Groupe vulnérable : groupe au sein duquel la fréquence d'un problème de santé est plus élevée
- Prévalence : fréquence d'un phénomène dans une population donnée

NB : Les pourcentages présentés dans le texte et les différents tableaux sont systématiquement arrondis aux nombres entiers correspondants. Pour cette raison, certains totaux peuvent varier de 99% à 101%.



La santé des exilés et le Comede en 2012

POPULATIONS ET CARACTERISTIQUES

La France compte 5,3 millions d'immigrés et 3,8 millions d'étrangers, dont plus d'un tiers sont originaires d'Europe de l'Ouest (voir définitions page 22). Particulièrement exposés aux facteurs de précarité sociale et administrative, les **ressortissants de pays-tiers** étaient 2,4 millions en 2009. Ces derniers sont principalement originaires d'Afrique du Nord (44%), d'Europe de l'Est (15%), d'Afrique de l'Ouest (10%), d'Asie de l'Est (7%) et d'Afrique centrale (7%), et résident majoritairement en régions Ile-de-France (42%, et 69% des bénéficiaires de l'Aide médicale Etat), Rhône-Alpes (10%), PACA (8%), et Outre-Mer (5% hors Mayotte). Certains publics cumulent les facteurs de vulnérabilité pour la santé et peuvent nécessiter des actions spécifiques de promotion de la santé, notamment les femmes migrantes (1,2 million de ressortissantes de pays tiers, soit 49%), les migrants âgés de plus de 60 ans (320 000 ressortissants de pays tiers, soit 13%), les demandeurs d'asile et les réfugiés (\approx 250 000, soit 10%) ou encore les mineurs isolés et mineurs accompagnant de réfugiés (\approx 20 000).

En 2012, le Comede a soigné et soutenu 6 457 personnes, dont 2 448 au Centre de santé (CDS), 338 à l'Espace santé droit (ESD), et 3 671 dans le cadre des permanences téléphoniques (PT). Il s'agit très majoritairement de ressortissants des pays-tiers en séjour précaire (97%), à l'exception notable des ressortissants roumains et bulgares (2%), principalement - mais non exclusivement - des Roms. Les publics particulièrement vulnérables sont largement représentés : 2 588 femmes exilées, 2 240 demandeurs d'asile, 445 migrants âgés de plus de 60 ans et 297 enfants mineurs de 18 ans. Les 6 457 bénéficiaires du Comede sont originaires de 118 pays, principalement d'Afrique de l'Ouest, d'Afrique centrale, d'Afrique du Nord, d'Asie du Sud et d'Europe de l'Est. Ils résident majoritairement en régions Ile-de-

France, et PACA. D'âge moyen compris entre 34 ans (CDS) et 42 ans (ESD), les bénéficiaires du Comede sont arrivés en France en moyenne depuis 2 ans (CDS), 4 ans (PT) et 6 ans (ESD).

Au Centre de santé, la majorité des patients déclarent des membres de famille dans le pays d'origine, et seuls un tiers ont une personne de leur famille en France (un quart pour les demandeurs d'asile). Les parents sont le plus souvent séparés de leurs enfants, situation encore plus fréquente parmi les femmes. En matière de formation initiale, 42% des patients du Centre de santé déclarent avoir accompli des études secondaires, 24% des études primaires et 21% avoir bénéficié d'une formation universitaire. Dans le pays d'origine, 31% étaient sans profession (incluant les étudiants). Les professions le plus souvent déclarées sont commerçants, employés, professions intermédiaires, et artisans.

VULNERABILITE ET ETAT DE SANTE

Expérience de l'exil et de la violence, barrage de la langue, discriminations, inhospitalité et xénophobie : l'état de santé des exilés est affecté par de multiples facteurs de vulnérabilité qui renforcent les obstacles à l'accès à la prévention et aux soins, et contribuent parfois directement à l'apparition des pathologies observées. Pour la grande majorité de ces personnes, les conditions d'hébergement sont très précaires : 97% des patients du Centre de santé (CDS) et 87% des bénéficiaires des Permanences téléphoniques (PT) n'ont pas de « chez soi ». La moitié des migrants soutenus par le Comede sont hébergés par des particuliers, et une personne sur dix est sans-abri. Sur le plan économique, ils ont des ressources inférieures au plafond de la CMUc (99% CDS, 90% PT). Deux patients du Centre de santé sur trois et 28% des appelants n'ont pas de protection maladie. Ils se trouvent dans une situation de séjour précaire (94% des

patients et 86% des appelants), doublée d'un grand isolement affectif et social : 24% des patients n'ont pas de « proche », 24% n'ont personne pour les accompagner dans leurs démarches, et 42% ne peuvent communiquer en français ou en anglais. Plus d'un patient sur cinq n'avait pas mangé à sa faim pendant les derniers jours.

Combinaison de ces différents facteurs, la situation de grande vulnérabilité concerne près d'un patient sur 5 (18%) au Centre de santé, plus fréquente chez les malades (35%), les migrants âgés (23%), les femmes (21%) et les demandeurs d'asile (20%). L'origine géographique est associée à des différences significatives sur le plan de la vulnérabilité sociale. En dehors de la communication linguistique pour laquelle ils rencontrent moins d'obstacles que les Européens de l'Est et les Asiatiques, les exilés d'Afrique centrale, d'Afrique de l'Ouest et de l'Est sont plus souvent isolés que les autres et en situation plus fréquemment précaire (respectivement 32%,

28% et 33% d'entre eux n'ont pas mangé à leur faim lors des derniers jours pour des raisons financières).

En 2012, les deux tiers des patients du Comede suivis en médecine déclaraient des antécédents de violence (65%, définition OMS), 20% des antécédents de torture, et au moins 11% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle. La présence des syndromes psychotraumatiques graves est étroitement corrélée à la fréquence et la forme des antécédents de violence dans le pays d'origine et tout au long du parcours d'exil. La torture est ainsi liée au statut social dans le pays d'origine : elle est d'autant plus fréquente que la formation initiale est élevée et la profession davantage susceptible d'exercer une influence sur les affaires publiques. La fréquence des antécédents de violence est plus élevée parmi les personnes en situation de grande vulnérabilité, en particulier concernant la précarité du quotidien et de l'hébergement, l'isolement social et plus encore l'isolement relationnel.

Un monde tortionnaire

Depuis 2010, l'ACAT-France (Association des chrétiens pour l'abolition de la torture) publie annuellement le rapport « Un monde tortionnaire », qui dessine une géographie de la torture en décrivant l'utilisation de la torture dans des états situés sur les cinq continents. A cet état des lieux s'ajoutent des analyses d'auteurs issus de champs différents (sociologie, psychologie, droit de l'homme, anthropologie) qui éclairent les mécanismes à l'œuvre dans le recours à la torture, l'impact des tortures sur les individus et les sociétés. Un monde tortionnaire nous rappelle que la torture est utilisée dans plus de la moitié des pays du monde et qu'elle n'est pas l'apanage des seules dictatures, mais existe dans des états démocratiques. Ces rapports font en outre apparaître les multiples usages, politiques, mais aussi économiques et policiers de la torture.

Enfin, ils mettent en lumière le lien entre usage de la torture et l'accueil et l'examen des demandes des demandeurs d'asile en Europe. Malgré une législation européenne en théorie respectueuse des droits fondamentaux, sa mauvaise application et les politiques répressives à l'égard des étrangers concourent à renvoyer des demandeurs d'asile vers des pays où ils risquent d'être exposés à des tortures et traitements inhumains et dégradants. <http://www.acatfrance.fr/>

Sur le plan épidémiologique, on observe trois grands groupes pathologiques : affections chroniques et risques médicaux graves (40%), troubles psychiques graves (36%), maladies infectieuses et parasitaires (24%). Principales pathologies retrouvées par nombre décroissant : syndromes psychotraumatiques (plus fréquent chez les femmes et parmi les exilés d'Afrique centrale, d'Europe de l'Est, et d'Afrique de l'Ouest) ; Infection à VHB (hommes, Afrique de l'Ouest, Asie centrale et Asie de l'Est) ; maladies cardio-vasculaires (femmes, Afrique centrale, Caraïbes et Afrique du Nord) ; diabète (Afrique du Nord, Caraïbes et Asie du Sud) ; infection à VHC (femmes, Asie centrale, Europe de l'Est et Afrique centrale) ; asthme persistant ; infection à VIH (femmes, Afrique centrale, Afrique de l'Ouest et Afrique de l'Est) ; tuberculose ; et cancer (femmes). Parmi les personnes suivies en psychothérapie, 24% ont présenté des idées suicidaires (34% parmi les personnes en situation de grande vulnérabilité) et 5% avaient effectué une tentative de suicide au cours de leur vie.

L'analyse par groupes vulnérables indique que les femmes exilées sont plus souvent atteintes que les hommes d'infection à VIH, de psycho-traumatismes, de maladies cardio-vasculaires, et de cancer. Les demandeurs d'asile ont plus souvent subi des violences (84%) et des tortures (30%), et sont plus souvent atteints de troubles psychiques. Les migrants âgés de plus de 60 ans sont principalement atteints de maladies chroniques, en premier lieu maladies cardiovasculaires et diabète. Les exilés originaires d'Afrique cumulent les risques de maladie grave.

ACCES AUX SOINS ET A LA PROTECTION MALADIE

Les exilés sont confrontés à de nombreux obstacles à l'accès aux soins, principalement restrictions légales et administratives pour l'accès à la protection maladie, difficultés de communication linguistiques et discriminations au sein des dispositifs de prévention et de soins. Les difficultés résident dans la complexité du système et la méconnaissance du droit et des procédures par les professionnels de la santé, du social, ou de la Sécurité sociale. Elles sont liées à la fois au contrôle imposé par la loi aux caisses pour la différenciation Assurance maladie/AME (nationalité, statut administratif), à l'ignorance de ces mêmes caisses des pratiques des préfectures pour les exilés (multiplication des documents précaires de séjour régulier) et des règles spécifiques pour les demandeurs d'asile (dispense de la condition de stabilité du séjour). Elles se traduisent le plus souvent par un refus d'ouverture de droit.

En 2012, l'expertise et l'intervention des professionnels du Comede en matière d'accès aux soins ont été nécessaires pour 16% des consultations du Centre de santé, 29% à l'Espace santé droit et 27% des réponses téléphoniques. Parmi les publics vulnérables, la demande de soutien est encore plus importante chez les migrants âgés ≥ 60 ans (51% à l'ESD, 49% lors des PT) et les femmes (34% ESD et 31% PT). Des obstacles à l'accès aux soins ont été signalés pour 839 consultations et 180 réponses téléphoniques. La plupart de ces

obstacles (78% au CDS, 82% PT) relèvent des dysfonctionnements de la Sécurité sociale : erreurs de droit (32%), erreurs de procédure (24%), difficultés d'accès au Centre de sécurité sociale de secteur (22%). Enfin, 22% des obstacles sont dus aux dysfonctionnements des dispositifs de soins, dont l'hôpital public sollicité en priorité par ces patients démunis, avec soins différés et risque d'aggravation de l'état de santé. Dans l'observation de la Permanence téléphonique Santé mentale, les obstacles caractérisés le plus fréquemment sont la barrière de la langue et l'absence d'interprète professionnel (41%), les difficultés liées à la sectorisation (23%) et les refus de soins (18%).

On observe également en 2012 une progression des restrictions ou refus de soins dans les hôpitaux publics et parfois même au sein des Permanences d'accès aux soins (PASS), dans un contexte d'injonctions contradictoires entre la mission de soin inconditionnel qui leur est fixée par la loi et l'incitation des tutelles à réaliser des économies financières. Cette pratique touche en particulier les étrangers récemment arrivés en France, dont l'accès à une protection maladie a été rendu particulièrement complexe par la réforme de l'AME de décembre 2003, toujours en vigueur en mai 2013. Dans l'observation du Comede et de l'ODSE, les refus et obstacles aux soins hospitaliers sont souvent la conséquence d'une analyse erronée des conditions d'accès à la protection sociale, les services hospitaliers ayant tendance à considérer les pratiques restrictives des Caisses de sécurité sociale comme « le droit », et à considérer des étrangers en séjour précaire et démunis financièrement comme « insolvables ».

En outre, il existe au sein de certains services hospitaliers des confusions dangereuses entre évaluation médicale, sociale et administrative, en violation des règles de la déontologie médicale et du Code de la santé publique. Dans un contexte où le contrôle financier des pratiques médicales et sociales ne cesse de s'accroître, le dispositif réglementaire et législatif national s'avère insuffisant pour que médecins, travailleurs sociaux et administrations hospitalières puissent sereinement faire valoir le

caractère universel de leur mission de soins sans rentrer en conflit avec leur hiérarchie.

ACCES AUX DROITS ET CERTIFICATION MEDICALE

Les exilés sont confrontés à de nombreux obstacles à l'accès aux droits fondamentaux, cette situation ayant des conséquences d'une part sur la fragilisation de leur état de santé (voir page 25), et d'autre part de façon directe lorsqu'il s'agit de droits liés à l'accès aux prestations de soins et de santé.

En matière de droit au séjour pour les « étrangers malades », le cadre juridique du dispositif d'évaluation médicale est celui de la protection de la santé, les médecins sollicités aux différentes étapes de l'évaluation médicale intervenant dans le respect du Code de la santé publique. Pourtant, les médecins en charge des avis médicaux continuent de subir des pressions de la part des services du ministère de l'Intérieur, la situation s'étant aggravée depuis la réforme de l'Immigration de juin 2011, conduisant notamment à la multiplication d'expulsions de malades qui remplissaient pourtant les conditions médicales précisées par l'instruction du ministère de la Santé de novembre 2011. Plus globalement, le nombre des premières délivrances de documents de séjour pour raison médicale a chuté de 18% entre les 14 mois précédant la réforme et les 14 mois suivants (rapport IGA IGAS 2013). Toujours en vigueur en mai 2013, ce durcissement législatif a favorisé la progression de nombreuses pratiques préfectorales non réglementaires en dépit de leur censure fréquente par les juridictions administratives.

Devant la carence de données quantitatives publiques, le Comede et ses partenaires associatifs ont poursuivi en 2012 les activités d'observation de l'application du droit au séjour pour raison médicale. Les données sont enregistrées en continu pour les patients soignés et soutenus par le Comede, au Centre de santé depuis 2002, à l'Espace santé droit avec la Cimade depuis 2007, ainsi qu'avec Médecins du monde Marseille et à Arcat Paris

depuis 2011. Proches de 100% jusqu'en 2002, les taux d'accord ont d'abord chuté de moitié en 2004, la baisse des taux d'accord ayant été enrayée lors des années suivantes suite à la publication par le ministère de la Santé de circulaires rappelant la nécessité pour les MISP de protéger les étrangers vivant avec le VIH contre le renvoi vers un pays où l'accès aux soins ne peut être garanti (2005, 2006, 2007), instructions renforcées par les arrêts du Conseil d'Etat du 7 avril 2010. La réforme de juin 2011 a eu pour conséquence une diminution de 11 points des taux d'accord des préfetures en 2012. Cette diminution significative ($p=0,03$) qui intervient dans l'ensemble des préfetures considérées, dont les pratiques ont tendance à s'aligner sur celles de Paris et des départements de la petite couronne (92, 93 et 94), plus restrictives que les autres lors des années précédentes. Cette diminution de la protection intéresse l'ensemble des pathologies - incluant les infections à VIH, VHB et VHC - et signe la défaillance du ministère de la Santé à faire appliquer ses propres instructions par les médecins des ARS.

Fondé sur des craintes de persécutions et encadré par la Convention de Genève sur les réfugiés, le droit d'asile ne repose en principe aucunement sur une évaluation médicale. Pourtant, le recours au certificat médical est de plus en plus utilisé par les différents acteurs de la procédure. Dans un contexte où les demandeurs d'asile sont supposés de « faux réfugiés » jusqu'à preuve du contraire, l'exigence des « preuves » de persécutions entretient le mythe du « bon certificat de torture ». Par ailleurs, lors de l'enregistrement de la demande d'asile à la préfeture, le refus d'admission au séjour en cas de relevé défectueux des empreintes digitales conduit les demandeurs et leurs soutiens à produire des certificats médicaux à l'appui des recours, où le médecin pourra attester de causes non volontaires d'altération des empreintes. Enfin, lorsque la protection est accordée face à des risques de mutilations sexuelles féminines, l'Ofpra impose la production annuelle de certificats de « non-excision », ce qui implique un examen gynécologique particulièrement

intrusif et témoigne d'une logique paradoxale et discriminante à l'égard des parents d'enfants menacés d'excision, soupçonnés de faillir dans leur rôle protecteur à l'égard de leur enfant alors même qu'une protection leur a été octroyée.

LE COMEDE EN 2012

Accueil, soins et soutien d'une part, information formation et recherche d'autre part, les activités du Comede sont développées à partir :

- du Centre de santé à Bicêtre : consultations médicales, infirmières, d'éducation thérapeutique, d'éducation santé et vaccination, ostéopathie, psychothérapie, accompagnement social et juridique, avec interprètes professionnels, permanence téléphonique ;
- de l'Espace santé droit à Aubervilliers, partenariat opérationnel avec la Cimade : accompagnement social et juridique, permanence téléphonique ;
- d'Espace accueil aux étrangers à Marseille, partenariat institutionnel pour le Centre-ressources ; et du Centre d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde à Marseille, partenariat opérationnel pour le droit au séjour des étrangers malades.

Les activités de Permanences téléphoniques nationales (PT Droits, soutien, accès aux soins, PT Médicale et PT Santé mentale), les formations et interventions, l'observatoire, la recherche et les publications (dont Guide Comede et Maux d'exil) constituent le Centre-ressources du Comede.

Le **Centre de santé** du Comede a délivré 8 813 consultations en 2012 pour une file active de 2 448 personnes soignées et soutenues, dont 1 840 demandeurs d'asile, 958 personnes atteintes de maladie grave/chronique, 782 femmes, 105 mineurs <18 ans et 96 migrants âgés ≥60 ans. Les personnes sont orientées au Centre de santé par des particuliers (55%), des associations et des services de l'Etat. La durée moyenne de suivi des patients est de 13 mois (9 mois en médecine, 14 mois en éducation thérapeutique, 19 mois en psychothérapie et au service social et juridique). Près de la moitié des consultations ont lieu en langue étrangère (44%

Principaux indicateurs d'activité en 2012

- **9 373 consultations effectuées** : 3 783 consultations médicales, 2 606 consultations infirmières, 1 297 consultations psychologiques, 1 188 consultations socio-juridiques, 405 consultations d'éducation thérapeutiques et 94 séances d'ostéopathie
- **6 457 personnes soutenues de 118 nationalités**, dont 2 448 au Centre de santé, 338 à l'Espace santé droit et 3 671 dans le cadre des permanences téléphoniques (PT)
- **3 825 appels traités dans le cadre des permanences téléphoniques**, 1 701 PT nationale, 1 629 Espace santé droit et 495 Centre de santé
- **2 056 bilans de santé effectués** au Centre de santé et dans les laboratoires d'analyse médicale et de radiologie de la Dases de Paris
- **60 demi-journées de formation et enseignement**, et 22 interventions publiques (colloques, séminaires etc.)
- **23 publications spécialisées**, dont Guide Comede (55 000 exemplaires diffusés) et revue Maux d'exil

du total, et 51% en psychothérapie), majoritairement en anglais, bengali, tamoul, russe, lingala, ourdou, pular et turc. Un tiers des consultations requièrent une expertise sociale et juridique, face à des difficultés d'accès aux soins, ou d'obstacles en matière de droit au séjour pour raison médicale ou de droit d'asile.

Animé dans le cadre d'un partenariat opérationnel avec la Cimade, **l'Espace santé droit** a délivré 560 consultations en 2012 pour une file active de 338 personnes, dont 169 personnes atteintes d'une maladie grave, 147 femmes et 31 migrants âgés ≥60 ans. Les personnes sont orientées par des associations (47% du total, Cimade 19%), des particuliers (33%), des services de santé (15%, Hôpital 12%), et des services de l'Etat (12%, services sociaux de secteur 10%). Les interventions se situent majoritairement dans les domaines du droit au séjour pour raison médicale (71%) et de l'accès aux soins (27%). La permanence téléphonique de l'Espace santé droit a également traité 1629 appels en 2012, émanant de particuliers dans deux tiers des cas.

Le **Centre-ressources** du Comede est avant tout sollicité dans les principales régions de résidence des exilés : Ile-de-France (56% des appelants des permanences téléphoniques, 47% des utilisateurs du Guide Comede), PACA, Rhône-Alpes et Guyane, avec les programmes de formation. Les permanences téléphoniques ont traité 3 825 appels en 2012 pour 3 671 bénéficiaires caractérisés, dont 1 657 femmes, 400 demandeurs d'asile, 318 migrants âgés ≥ 60 ans et 191 enfants mineurs < 18 ans. Les appelants sont principalement des accompagnateurs associatifs (35%), services de santé (21%), et services publics (10%), alors que 30% des appels sont effectués par des particuliers (11% directement par les personnes concernées). Les membres du Comede ont effectué 60 demi-journées de formation et enseignement, 22 interventions publiques (colloques, séminaires etc.) et 23 publications spécialisées, incluant 3 dossiers de Maux d'exil et la rédaction de la première partie de la nouvelle édition du Guide Comede, à paraître en version informatique.

Les activités de recherche du Comede sont organisées autour de l'**observatoire** des déterminants et de l'état de santé des migrants. Le dispositif d'observation du Comede se fonde sur les recueils de données provenant du Centre de santé, de l'Espace santé droit, des Permanences téléphoniques, et de sources de données externes auprès des partenaires associatifs pour le suivi du droit au séjour des étrangers malades. Le Comede a mis en place en 2012 un recueil systématique d'indicateurs de vulnérabilité sociale pour les patients du Centre de santé et les usagers des Permanences téléphoniques, qui sont désormais analysés avec les données dans le présent rapport. En 2012, les membres du Comede ont pu partager ces observations et analyses dans le cadre de 31 groupes inter-institutionnels sur les questions de santé des exilés, d'accès aux soins et de droit à la santé des étrangers.

Quelle que soit la situation de vulnérabilité sociale et la précarité du statut administratif, les personnes soignées et soutenues par le

Comede vivent en premier lieu l'expérience de l'exil, ce qui signifie une perte d'affection et de protection, une perte de l'identité familiale, sociale, professionnelle et des repères culturels et affectifs. Dans ce contexte de vulnérabilité multiple, la demande de soins et de soutien de la part des exilés recouvre très souvent une demande de relation, de réparation et de reconnaissance, que les intervenants du Comede doivent prendre en compte au quotidien.

En mai 2013, l'association Le Comede compte **46 adhérents** et l'équipe opérationnelle est constituée de **50 professionnels**, dont 32 salarié.e.s et 18 bénévoles. Les **financements** du Comede proviennent de subventions nationales (38% des produits en 2012 émanant de la DGS, du Service de l'asile, de l'INPES et de l'Acisé), de subventions transnationales (23%, FER, ONU, FEI), de subventions régionales (20%, ARS IDF, CPAM 94, Cramif, DRJSCS, Ville de Paris, DRDFE et Conseil général 94), et d'aides privées (12%, Sidaction, Fonds Inkermann, Médecins sans frontières et Fondation Leem), alors que les ressources propres constituent 7% des produits (voir Finances page 87).

Dans un contexte de réduction des subventions publiques, la capacité du Comede à développer dans les prochaines années des recettes privées sera déterminante pour permettre la pérennité des actions menées par l'association. En outre, devant l'ampleur des besoins, le Comede doit également continuer à agir en partenariat avec l'ensemble des acteurs professionnels, associatifs et institutionnels préoccupés par la santé, l'accès aux soins et l'insertion des exilés, en conjuguant l'engagement humaniste et la rigueur professionnelle prescrits par les statuts de l'association ■

FEMMES ET GENRE

Les femmes exilées constituent un groupe particulièrement vulnérable, reconnu comme tel par les pouvoirs publics et par de nombreuses associations de soutien aux migrant.e.s/étrangère.e.s. Les données d'activités et d'observation produites par le Comede intègrent systématiquement une dimension sexo-spécifique de manière à mieux documenter la situation sociale, les parcours et les facteurs de vulnérabilité médico-psychologique des femmes.

Le présent rapport montre un risque majoré pour les femmes en ce qui concerne la vulnérabilité sociale, les maladies et troubles psychiques graves, les obstacles à l'accès aux soins, ainsi que les situations de violence liées au genre (voir encadré ci-dessous). Ce terme englobe les violences à l'égard des femmes, les violences sexuelles qui, si elles affectent principalement des femmes touchent aussi des hommes, ainsi que les violences liées à l'orientation sexuelle et l'identité de genre que subissent les personnes homosexuelles,

bisexuelles, transsexuelles, et transgenres (LGBT). Universelles, ces violences sont toutes liées à des représentations et rôles de genre dominés par l'inégalité entre hommes et femmes et le modèle hétérosexuel du couple et de la sexualité.

OBSERVATION

Les observations quantitatives corroborent l'expérience quotidienne des soignants et intervenants du Comede. Les femmes représentent un tiers (32%) des patients reçus au Centre de santé du Comede, 43% des personnes accueillies à l'Espace santé droit, et 45% des personnes soutenues dans le cadre des Permanences téléphoniques. La situation sociale des femmes reçues au Centre de santé reflète leur très grande précarité. Bien que plus souvent malades que les hommes, les femmes ont moins souvent une protection maladie (68% vs 62% de l'ensemble des patients du CDS, 35% vs 23% des hommes bénéficiaires des PT). Les femmes exilées sont encore plus

Les violences liées au genre

Définitions utilisées au Comede pour le recueil de données

- **Genre** : caractéristiques et rôles sociaux assignés aux hommes et aux femmes, par opposition à ceux qui sont déterminés biologiquement. Il définit les attitudes et les comportements des hommes et des femmes acceptables au plan culturel ou social. Les rôles liés au genre s'acquièrent par la socialisation et varient à l'intérieur de la société ou de la culture. Le genre n'est ni statique ni inné, mais il évolue pour répondre aux changements qui interviennent dans le contexte social, politique et culturel.
- **Violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre** : elles peuvent être des persécutions, violences physiques et psychologiques, menaces de violences, discriminations à l'égard des personnes homosexuel.les, bisexuel.les, transsexuel.les, transgenre du fait de leur orientation sexuelle.
- **Violences à l'égard des femmes (ONU, 1993)** : désignent [tous] les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. Cela inclut donc les violences sexuelles, mais aussi les violences infligées par un partenaire intime, des ascendants ou descendants, l'esclavage domestique, les discriminations, l'exclusion des femmes de l'espace public, les contraintes et menaces concernant la contraception, l'avortement, la grossesse, dans les conflits armés, l'atteinte aux corps des femmes, incluant par exemple la tonte, les dénudations forcées en public.
- **Violences sexuelles (OMS, 2002)** : tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail. Cela peut concerner les femmes et les hommes, et inclut : viol, tentative de viol, abus sexuels incluant les abus sexuels sur mineurs, harcèlement sexuel, incluant l'échange de relations sexuelles contre protection, nourriture, mariage forcé et précoce, mutilation sexuelle féminine, exploitation sexuelle, prostitution forcée.

souvent que les hommes en situation d'isolement relationnel et social ; 30% des patientes n'ont pas de proche (vs 21% des hommes), 29% n'ont personne pour les accompagner dans leurs démarches (vs 22%). Les femmes rencontrent également plus souvent des difficultés à se nourrir (25% des patientes n'ont pas mangé à leur faim au cours des derniers jours, vs 19% des hommes). Les femmes exilées souffrent plus souvent que les hommes de certaines pathologies graves. Elles sont plus fréquemment atteintes d'affection à VIH, particulièrement les femmes d'Afrique centrale (2 fois plus que les hommes) et d'Afrique de l'Ouest (6 fois plus que les hommes). Elles souffrent plus souvent de psychotraumatisme grave (2 fois plus sur l'ensemble des régions), de maladies cardiovasculaires (2 à 4 fois plus selon les régions d'origine), et de cancer (3 fois plus).

Dans ce contexte, la grossesse et la périnatalité constituent des périodes particulièrement à risque. Une enquête rétrospective a été réalisée sur les dossiers de 95 femmes enceintes accueillies au Centre de santé entre février 2012 et février 2013 (voir encadré ci-contre). Ces femmes sont originaires majoritairement d'Afrique sub-saharienne, et récemment arrivées en France (26% d'entre elles n'étaient pas en France à la date de leurs dernières règles). Plus d'un tiers d'entre elles ont un retard de suivi de grossesse (échographie du premier trimestre non réalisée). Leurs conditions d'hébergement sont très précaires, 11% étant sans abri. Les deux tiers des femmes n'ont pas de soutien du père de l'enfant.

Près d'un quart des femmes sont enceintes à la suite d'un viol. Cette dernière observation fait écho au lourd tribut payé par les femmes aux violences. Parmi les patientes reçues au centre de santé, 65% ont été victimes de violence, 14% ont subi des tortures et 28% ont été victimes de violences liées au genre (versus 3% des hommes). En psychothérapie, ces taux s'élèvent respectivement à 88%, 34% et 68% (vs 12% des hommes).

Femmes enceintes et suivi de la grossesse

95 femmes reçues au Centre de santé sur une année

■ Caractéristiques démographiques :

- âge médian 28 ans à la date des dernières règles (DDR),
- origine géographique Afrique centrale (47%, dont Congo RD 28% et Congo 8%), d'Afrique de l'Ouest (29%, dont Guinée 13% et Côte d'Ivoire 8%), d'Asie du Sud (9%, dont Sri Lanka 5%)
- arrivée récente en France, seules 12% des femmes résident en France depuis plus d'un an à la Date des dernières règles.

■ Violence et soutien du père :

- violence : parmi 49 femmes pour lesquelles l'information était disponible, 24% des femmes étaient enceintes à la suite d'un viol,
- soutien du père : parmi 43 femmes pour lesquelles l'information était disponible, 63% des femmes ne pouvaient pas compter sur le soutien du père de l'enfant.

■ Vulnérabilité sociale :

- situation de grande vulnérabilité (voir définitions page 26),
- hébergement chez 1 particulier 67%, en foyer 18%, sans 11% (Samu social 5%, à la rue 3%, squatt 3%), chez soi 4%,
- séjour : demande d'asile 78% (dont déboutées 3%), autre séjour précaire 20%,
- ressources financières : 88% perçoivent moins de 325 euros par mois,
- isolement relationnel 22%, isolement social 32%,
- difficultés d'accès à l'alimentation 23%
- absence de protection maladie 82%.

■ Pathologie médico-psychologique :

- 14% des femmes enceintes sont atteintes d'au moins une affection grave, dont psychotraumatisme (9%),
- Psychotraumatismes (9 cas), asthme persistant (1), épilepsie (1), hyperthyroïdie (1), infection à VIH (1), 1 infection à VHB (1), surdité (1).

■ Evolution et suivi de la grossesse :

- demandes d'IVG 8%, et fausses couches spontanées 3%,
- pratique de l'échographie du 1er trimestre : parmi les femmes vues après 3 mois (12 SA), 19 avaient effectué l'échographie, 21 ne l'avaient pas effectuée, alors que l'information n'était pas renseignée dans 25 dossiers. Ainsi, au moins un tiers des femmes enceintes accueillies au Comede ont un retard dans le suivi de la grossesse,
- orientation vers le réseau Solipam : 7%.

Groupe d'échange avec les femmes

partenariat Comede-Cimade

Né en 2009 en partenariat avec la Cimade Ile-de-France, ce projet s'inscrit pour le Comede dans les suites de la recherche conduite depuis 2005 sur la thématique de la « double violence » dont sont victimes certaines femmes exilées. Les réunions du groupe d'échange avec les femmes se tiennent tous les deuxièmes mercredis après-midi du mois au siège de Ligue des Droits de l'Homme (LDH) à Paris. Le message véhiculé par la LDH, qui accueille gracieusement le groupe, correspond aux réflexions et pratiques du Comede et de la Cimade en terme d'accueil, de soutien des migrants et d'engagement militant en faveur des femmes exilées.

Co-animé par une infirmière du Comede et une intervenante juridique de la Cimade, le groupe est composé de femmes accueillies au Centre de santé du Comede ou aux permanences femmes de la Cimade, et qui peuvent se trouver en situation de détresse et d'isolement. Le groupe a pour objectifs :

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

Depuis 2011, le groupe s'est stabilisé autour de 8 à 10 femmes se rencontrant parfois en dehors de la réunion mensuelle et organisant également des événements festifs, culturels et conviviaux. Ces femmes sont âgées de 25 à 45 ans, la plupart étant originaires d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale. Les thèmes abordés touchent à la problématique liée à la double violence qu'elles subissent en tant que femme et migrante depuis leur pays d'origine, à travers leur parcours d'exil, jusqu'en France : discriminations liées à la xénophobie, différence culturelles, de statuts et de droits, avec une recherche de sens et de réponse à apporter aux pratiques de l'administration, inégalité des relations entre hommes et femmes... Si les violences subies ont été dénoncées par les participantes, toutes les participantes n'ont pas la même opinion sur les questions de liberté et de statut social des femmes au sein d'un couple hétérosexuel.

Les femmes gagnent en autonomie dans leur vie quotidienne, gagnent en confiance en elle (prise de parole moins difficile), s'informent mutuellement des pistes solidaires d'entraide à propos d'une recherche d'emploi, d'une aide sociale, d'un logement, d'association de soutien... Lors des consultations suivantes au Centre de santé du Comede, celles qui étaient en difficulté ont davantage de facilité à évoquer des situations problématiques, leur souffrance liée aux violences.

ACTIVITE

Une coordination pluridisciplinaire « femmes et genre » a été créée en 2012 pour affiner les données d'observation, sensibiliser l'équipe et les partenaires du Comede, et proposer de nouvelles actions à destination des femmes et sur les problématiques de genre. L'attention à la situation des femmes et aux violences liées au genre se concrétise dans des relations soutenues avec des associations de soutien aux femmes et aux personnes LGBT, notamment grâce au travail d'orientation effectué à partir de l'accueil du Centre de santé. Le groupe d'échange avec les femmes, en partenariat avec la Cimade, regroupe mensuellement des femmes accueillies dans les deux associations depuis 2009 (voir encadré ci-contre). Le Comede poursuit

également ses actions de plaidoyer au sein du collectif Adfem (voir page 72) pour une meilleure reconnaissance du droit d'asile et le droit au séjour pour les femmes victimes de violences.

Le Comede souhaite poursuivre et développer ses actions à destination des femmes et des victimes de violence liées au genre. L'équipe travaille actuellement à la conception d'un lieu d'accueil de jour pour les femmes, dans lequel activités de groupe et soutien individuel contribueraient à favoriser la création de nouveaux liens sociaux et à améliorer la situation des femmes exilées. Un groupe d'usagères sera associé à la création de ce projet ■

MIGRANTS AGES

Les migrants âgés constituent une population particulièrement vulnérable sur le plan de la santé et de l'accès aux soins. Selon l'Insee, les personnes de 60 ans et plus représentaient 13% des 2,4 millions d'étrangers ressortissants de pays-tiers résidant en France en 2009. Ces 320 000 personnes, majoritairement des hommes (63%), étaient principalement originaires d'Afrique du Nord (72%), d'Europe de l'Est (10%), d'Afrique de l'Ouest (4%) et d'Asie de l'Est (4%).

Etrangers âgés ≥60 ans en France (milliers)

EFFECTIFS PAR SEXE ET PAR ORIGINE GEOGRAPHIQUE

	Total	Hommes	Femmes
Total	699	394	305
Eur. de l'Ouest	379	194	185
Pays-tiers	320	201	120
Afrique australe	3	1	2
Afrique centrale	4	2	2
Afrique de l'Est	<1	<1	<1
Afrique du Nord	230	152	78
Afri. de l'Ouest	14	12	3
Améri. du Nord	6	4	3
Améri. du Sud	3	1	2
Asie centrale	<1	<1	<1
Asie de l'Est	13	5	8
Asie du Sud	3	1	2
Caraïbes	nc	nc	nc
Europe de l'Est	32	17	15
Moyen-Orient	4	2	2
Océanie	<1	<1	<1

Sources : données Insee, recensement 2009.

Répartition géopolitique : voir page 22.

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET VULNERABILITE SOCIALE

En 2012, le Comede a soutenu directement 445 migrants âgés de plus de 60 ans, dans le cadre des permanences téléphoniques (PT 71%, parmi lesquels 53% de femmes), au Centre de santé (22%, femmes 64%) et à l'Espace santé droit (7%, femmes 61%). Les appelants des PT résident en France depuis 4 ans en moyenne. La formation initiale et la profession exercées dans le pays d'origine sont documentées pour

les patients du Centre de santé : concernant les migrants âgés, 34% avaient réalisé des études primaires, 24% des études secondaires et 18% des études universitaires, alors que 16% n'avaient aucune formation (formation professionnelle 6%). Dans le pays d'origine, les professions étaient principalement employés (16%), commerçants (14%), professions intermédiaires (10%), professions intellectuelles (9%), et ouvriers (5%), et 45% n'avaient pas de profession. La situation familiale est partagée entre les deux pays : 82% ont des membres de famille dans le pays d'origine et 72% en France, 58% ont des enfants en France et 73% dans le pays d'origine.

Les migrants âgés se trouvent dans une situation de vulnérabilité sociale plus importante que les autres exilés soutenus par le Comede. Ils vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (98% des patients du Centre de santé et 90% des bénéficiaires des Permanences téléphoniques n'ont pas de « chez soi »), et la majorité d'entre eux ont des ressources inférieures au plafond de la CMU-C (97% CDS, 93% PT). Les patients du CDS sont principalement hébergés chez un particulier (79%, principalement membre de famille), en Cada (8%) et en hébergement social (6%), alors que 5% sont sans abri (3% au Samu social, 1% dans un squatt et 1% à la rue). Plus de la moitié des patients du Centre de santé (55%) et des bénéficiaires des PT (62%) n'ont pas de protection maladie. Ils se trouvent en situation de séjour précaire (96% des patients et 87% des appelants), doublée d'un grand isolement social : 50% ne peuvent s'exprimer en français ou en anglais (vs 42% des moins de 60 ans), et 17% n'ont personne pour les accompagner dans leurs démarches. Un.e patient.e sur dix n'a pas mangé à sa faim pendant les derniers jours.

Les patients du Centre de santé bénéficient d'un bilan de santé, dont les résultats conduisent à dépister ou confirmer les principales pathologies graves qui affectent les exilés. Au terme de ce bilan, on retrouve une maladie grave chez 66%

des migrants âgés ≥ 60 ans versus 51% chez les plus jeunes. Les taux de prévalence des principales pathologies sont significativement plus élevés à partir de 35 ans pour les maladies cardiovasculaires (max >65 ans) et le diabète (max entre 60 et 65 ans), et à partir de 40 ans pour l'hépatite C chronique (max entre 60 et 65 ans) et les cancers (max entre 60 et 65 ans).

Au total, les principales affections graves chez les migrants âgés soignés au Centre de santé sont les maladies chroniques (84%, vs 40% pour l'ensemble des malades, voir page 35), en premier lieu maladies cardiovasculaires (46%) et diabète (18%). La répartition des pathologies graves au sein des dispositifs dédiés à l'accès aux soins permet d'observer une forte sur-représentation pour le cancer, l'infection à VIH, l'infection à VHC et les troubles psychiques (voir ci-contre), ce qui évoque des difficultés accrues d'accès aux droits pour les personnes concernées (voir page 49).

ACCES AUX SOINS ET AUX DROITS

La moitié des migrants âgés qui s'adressent aux dispositifs de soutien du Comede le font en raison de difficulté d'accès aux soins (51% à l'ESD et 49% dans le cadre des permanences téléphoniques). Les obstacles à l'accès aux soins sont en premier lieu des obstacles à l'accès aux droits. Dans l'observation du Centre de santé comme dans celle des permanences téléphoniques, 80% des obstacles à l'accès aux soins tiennent aux dysfonctionnements de la Sécurité sociale (erreurs de droits, de procédures et difficultés d'accès, voir page 41).

Le premier obstacle à l'accès à une protection maladie des migrants âgés réside dans l'application de la condition de résidence habituelle en France, soit du fait qu'ils subissent des contrôles et restrictions de la part des services de l'Etat (voir la délibération de la Halde n°2009-148 sur le caractère discriminatoire de ces contrôles), soit parce que la condition légale est inadaptée pour tous ceux qui partagent leur temps (et leur famille) entre la

Histoire de Mme A.

Mme A. est une femme d'origine tchétchène de nationalité russe, âgée de 65 ans. Elle est arrivée en France en novembre 2011 avec son fils cadet de 28 ans. Elle a par ailleurs deux autres fils ayant obtenu le statut de réfugié, l'un est en Autriche et l'autre en France depuis plus d'un an. Ses deux filles sont en Russie, mariées avec des enfants.

Mme A. arrive au Centre de santé du Comede avec une demande de soin et des plaintes somatiques multiples : elle souffre d'un diabète de type 2 depuis 2008 et d'une hypertension depuis six mois. Elle présente également une symptomatologie anxieuse avec des troubles du sommeil et une fatigue psychique importante, associée à une tristesse de l'humeur.

Mme A. se trouve dans une situation sociale et administrative précaire. Elle a déposé une demande d'asile et est hébergée dans un hôtel avec son fils par le 115, puis dans un CADA en région parisienne.

Face à la souffrance psychique manifestée par Mme A. et à sa demande, le médecin généraliste l'oriente vers une psychologue, puis vers des consultations d'éducation thérapeutique pour le diabète, dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire au Centre de santé.

Lors des entretiens psychothérapeutiques, Mme A. évoque son parcours d'exil, les pertes et deuils qu'elle a connus, ainsi que des préoccupations autour de sa santé. Elle revient sur la souffrance engendrée par l'éclatement de sa famille à travers l'exil et sur les souvenirs difficiles liés au contexte de guerre et de persécutions en Tchétchénie. Elle manifeste le désir de témoigner et de transmettre son histoire de vie à d'autres. L'importance du lien social semble pour elle au premier plan.

Le cadre du suivi pluridisciplinaire régulier a contribué à une amélioration de son état psychique et à une meilleure compréhension de ses maladies chroniques, induisant une stabilisation de son état de santé général.

Suite au décès de son fils cadet d'une cirrhose, Mme A. projette à la demande de son fils vivant en province, de quitter la région parisienne, afin de le rejoindre et à terme d'être hébergée par lui et sa femme.

France et leur pays d'origine. Les ruptures de droits aux soins qu'ils subissent à l'occasion d'un retour en France après un séjour plus ou moins long au pays d'origine, alors même qu'ils résident en France en séjour régulier et sont pensionnés de droit français, retardent ou empêchent leur accès aux soins, ce qui peut entraîner des conséquences graves sur leur état de santé. Ces ruptures de droit à une protection maladie (assurance maladie de base ou complémentaire CMU) s'accompagnent souvent d'une rupture de versement des minima sociaux

et autres prestations sociales (Allocation de solidarité aux personnes âgées, Allocation logement, etc.), ce qui aggrave encore leur situation de vulnérabilité. Sur ces questions, les conventions liant la France et la majorité des pays d'origine de ces ressortissants (notamment Maghreb) n'apportent pas de solutions satisfaisantes. De même, l'interprétation par les Caisses d'assurance maladie de la condition de résidence habituelle en France rend également difficile l'accès rapide à une protection maladie pour les migrants âgés qui viennent rejoindre les membres de leur famille, souvent leurs enfants français, résidant en France de longue date.

L'isolement social et familial, ainsi que la grande précarité des migrants âgés qui sollicitent le Comede expliquent également largement leurs difficultés d'accès aux droits et leur renoncement aux soins : défaut de toute protection maladie (et impossibilité de renouveler leur titre de séjour) pendant plusieurs mois voire années suite à la perte de leurs documents d'identité souvent liée à l'absence de logement, à la survenance d'un accident grave ou d'un handicap (AVC, troubles psychiques, etc.) ; extrême précarité financière et administrative des migrant.e.s âgé.e.s venu.e.s rejoindre leur.e.s conjoint.e.s, décédé.e.s depuis en France. Ces situations s'aggravent face aux demandes de plus en plus fortes de production de justificatifs (d'identité, de domicile, d'ancienneté de présence en France, etc.) de la part des administrations, qui conduisent les personnes concernées, mais aussi les travailleurs sociaux qui les accompagnent le plus souvent dans le cadre de dispositifs d'urgence (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale, etc.), à renoncer à toute démarche.

Pour les personnes atteintes d'une maladie grave et en situation de séjour précaire, la continuité des soins peut nécessiter de recourir au droit au séjour pour raison médicale (voir page 50). Comme l'ensemble des étrangers malades, les migrants âgés concernés se trouvent en butte à des difficultés croissantes d'accès aux procédures et à une protection effective depuis la réforme législative de juin

2011. Mais les personnes âgées subissent largement les pratiques restrictives des administrations : refus répétés d'accès à la carte de résident de dix ans pour des personnes résidant en France depuis de nombreuses années, impossibilité de se faire rejoindre en France par sa/son conjoint.e faute de remplir les conditions légales de ressources et de logement prévues par la procédure de regroupement familial, difficultés à faire prendre en compte l'isolement familial et social au pays d'origine pour justifier du droit à l'installation en France (y compris auprès de ses enfants français et/ou y résidant de longue date) ; état de santé et handicap incompatibles avec la fréquence des démarches à accomplir et les conditions d'accueil dans les préfectures, augmentation des taxes relatives à la délivrance et au renouvellement des titres de séjour, etc.

Face aux multiples facteurs de vulnérabilité pour la santé des migrants âgés, le Comede a entrepris le développement de ses activités en faveur de cette population en 2013, avec le soutien du Fonds européen d'intégration. Les caractéristiques et besoins des migrants âgés en matière de santé, d'accès aux soins et d'accès aux droits sont prises en compte tant au niveau des activités de soins et de soutien direct aux personnes, que dans le cadre du Centre-ressources : information, formation, recherche et publication (voir *Maux d'exil* n°40, juin 2013) ■



Populations

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

En raison du déficit des données démographiques relatives aux personnes en situation de précarité administrative, les populations de migrants, étrangers et exilés résidant en France (voir définitions ci-contre) sont difficiles à caractériser avec précision. Pourtant, le croisement des sources publiques et associatives permet d'identifier les groupes les plus nombreux et les plus vulnérables. Dans le cas du Comede, l'observation démographique est complétée par une veille épidémiologique permettant de déterminer les actions de santé publique et de soutien socio-juridique à mettre en œuvre pour ces populations.

POPULATION GLOBALE ET PUBLICS VULNERABLES

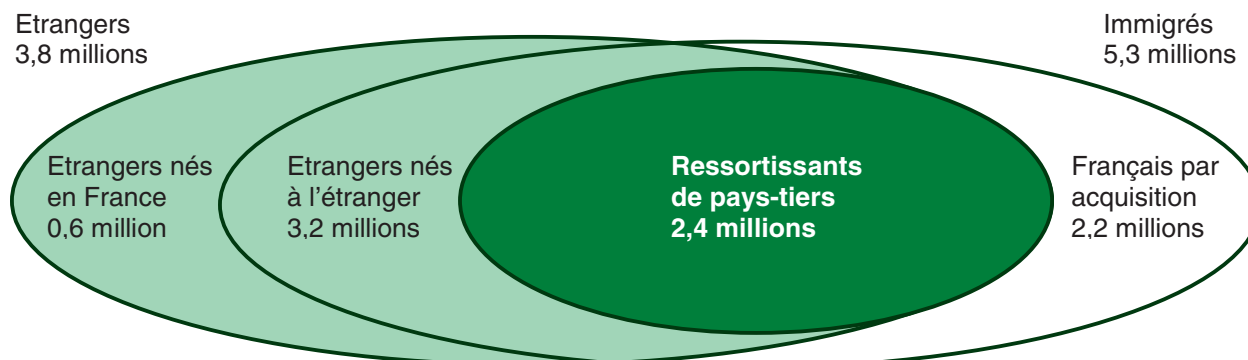
La France compte officiellement 5,3 millions d'immigrés (dont 41% de Français) et 3,8 millions d'étrangers (Insee 2012 sur recensement 2008/2009). Plus d'un tiers des étrangers sont originaires d'Europe de l'Ouest (UE 27, Islande, Liechtenstein et Suisse). Particulièrement exposés aux facteurs de précarité sociale et administrative, les **ressortissants de pays-tiers** étaient 2,4 millions en 2009, dont 49% de femmes, 22% d'enfants mineurs et 13% de personnes âgées de plus de 60 ans (voir tableau page suivante).

Définitions

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

Populations d'étrangers et immigrés résidant en France

Sources Insee



Etrangers en France (milliers)

EFFECTIFS PAR AGE, PAR SEXE ET PAR ORIGINE GEOGRAPHIQUE

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

Sources : données Insee, recensement 2009. Répartition géopolitique : voir page 22.

Les ressortissants des pays tiers sont principalement originaires d'Afrique du Nord (44% de l'ensemble et 41% des femmes), d'Europe de l'Est (15%, 15%), d'Afrique de l'Ouest (10%, 9%), d'Asie de l'Est (7%, 9%) et d'Afrique centrale (7%, 7%), alors que certaines autres régions sont plus souvent retrouvées parmi les réfugiés (Asie du Sud 15% fin 2011), les demandeurs d'asile (Afrique de l'Est, 5%), ou les migrants dans les départements d'Outre-mer (Caraïbes, 67% en Guyane). Ils résident principalement en régions Ile-de-France (42%, et 45% des demandes d'asile en 2011), Rhône-Alpes (10%, 8%), PACA (8%, 3%), et Outre-Mer (5% sans compter Mayotte, 7%). Les bénéficiaires de l'Aide médicale Etat résident principalement en Ile-de-France (69% fin 2011, Cnamts), et 6% Outre-Mer.

Certains groupes démographiques constituent des **publics prioritaires** pour les politiques publiques de santé et d'insertion, en raison de la fréquence des situations de vulnérabilité qu'ils rencontrent (voir page 25). Ces **publics vulnérables** se recoupent largement.

- **Les femmes** : 1,2 million de ressortissantes de pays tiers, 42% des réfugié.e.s, 39% des demandeurs d'asile, 38% des migrant.e.s âgé.e.s (47% hors Afrique du Nord). Elles sont principalement originaires d'Afrique du Nord (41%), d'Europe de l'Est (15%), d'Afrique de l'Ouest (9%), d'Asie de l'Est (9%), d'Afrique centrale (7%), et des Caraïbes (4%).

- **Les migrants âgés de plus de 60 ans** : 320 000 ressortissants de pays tiers, principalement originaires d'Afrique du Nord (72%), d'Europe de l'Est (10%), d'Afrique de l'Ouest (4%) et d'Asie de l'Est (4%).

- **Les demandeurs d'asile et les réfugiés** : fin 2011, 169 000 personnes étaient placées sous la protection de l'Ofpra (158 000 réfugiés et 10 000 protections subsidiaires), qui enregistrait également 57 000 demandes d'asile. Les demandeurs étaient principalement originaires d'Europe de l'Est (34%), d'Asie du Sud (15%), d'Afrique de l'Ouest (14%), d'Afrique centrale (11%), d'Afrique de l'Est (5%), d'Asie de l'Est (5%), et des Caraïbes (4%).

Populations d'étrangers en situation de grande vulnérabilité

Réfugié.e.s 169 000	Migrant.e.s RPT âgé.e.s ≥60 ans 320 000
Mineurs 20 000	Etranger.e.s malades
Etranger.e.s en séjour précaire ≈ 1 000 000 dont demandeurs d'asile et étranger.e.s sans droit au séjour	

▪ **Les mineurs isolés et mineurs accompagnant** : le nombre de mineurs étrangers isolés était estimé à 6 000 en 2009 (Rapport Debré 2010 au Sénat), alors que l'Ofpra comptait 13 000 mineurs « accompagnant » leur.s parent.s demandeur.s d'asile en 2011, ainsi que 1 000 mineurs « rejoignant » leur.s parent.s réfugié.s.

▪ **Etrangers malades et autres étrangers en séjour précaire** : fin 2010, le Comité interministériel de contrôle de l'immigration comptait 618 000 ressortissants de pays-tiers titulaires d'un titre de séjour précaire (74% de titres d'une durée ≤ 1 an, et 26% documents provisoires, incluant les demandeurs d'asile). La même année, les nouvelles cartes de séjour temporaire (≤ 1 an) ont principalement été délivrées pour motif familial (52%), économique (19%), étudiants (11%), et étrangers malades (9%, voir infra). Fin 2012, le ministère de l'Intérieur estimait à 350 000 le nombre d'étrangers résidant en France sans droit au séjour. Fin 2010, 33 000 étrangers en séjour précaire (soit 1% des ressortissants des pays tiers) détenaient un titre de séjour « vie privée et familiale » délivré pour raison médicale (18% en première délivrance et 82% en

renouvellement). Ces personnes ne représentent qu'une minorité des ressortissants des pays tiers atteints d'affection.s médico-psychologique.s grave.s, au regard des données observées parmi les autres publics prioritaires (voir page 29).

POPULATIONS ET CARACTERISTIQUES DES EXILES SOUTENUS PAR LE COMEDE

En 2012, le Comede a soigné et soutenu 6 457 personnes, dont 2 448 au Centre de santé (CDS), 338 à l'Espace santé droit (ESD), et 3 671 dans le cadre des permanences téléphoniques (PT). Les publics vulnérables sont très largement représentés parmi les patients du Comede et les usagers des permanences téléphoniques, leurs caractéristiques médico-sociales étant développées dans le chapitre Epidémiologie. Il s'agit très majoritairement de ressortissants des pays-tiers en séjour précaire (97%), à l'exception notable des ressortissants roumains et bulgares (2%), principalement des Roms.

→ **2 588 femmes exilées** : 784 personnes accueillies au Centre de santé, 147 à l'Espace santé droit, et 1 657 personnes soutenues dans le cadre des permanences téléphoniques.

→ **2 240 demandeurs d'asile** : 1 840 soignés au CDS (32% de femmes) et 400 soutenus par téléphone (39%).

→ **557 445 migrants âgés de plus de 60 ans** : 96 au CDS (64% de femmes), 31 à l'ESD (61%) et 430 318 par téléphone (40%).

→ **297 enfants mineurs de 18 ans** : 105 au

Bénéficiaires du Comede

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE SELON LE DISPOSITIF UTILISE

2012	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Centre de santé	2 448	38%	105	2 247	96	1 664	82	1 547	35	784	23	700	61
Esp. santé droit	338	5%	1	306	31	191	1	178	12	147	0	128	19
Perm. Téléph.	3 671	57%	191	3 162	318	2 014	101	1 765	148	1 657	90	1 397	170
Total	6 457	100%	297	5 715	445	3 869	184	3 490	195	2 588	113	2 225	250

Bénéficiaires du Comede

EFFECTIFS PAR REGION ET NATIONALITE

NATIONALITE
nombre

	TOT	CDS	ESD	PT
	118	86	58	110
AFRIQUE AUSTRALE	134	23	9	102
AFRIQ. DU SUD	2	2		
COMORES	46	6	3	37
ILE MAURICE	28		4	24
MADAGASCAR	56	14	2	40
MOZAMBIQUE	2	1		1
AFRIQUE CENTRALE	1248	621	40	587
ANGOLA	78	48	1	29
ANG/CABINDA	6	6		
CAMEROUN	214	31	12	171
CENTRAFRIQUE	15	3	2	10
CONGO	164	63	6	95
CONGO RD	728	457	18	253
CRD/ZAIRE	3	2	1	
GABON	23			23
RWANDA	8	6		2
TCHAD	9	5		4
AFRIQUE DE L'EST	74	50		24
DJIBOUTI	4			4
ERYTHREE	19	14		5
ETHIOPIE	7	4		3
KENYA	6	5		1
UGANDA	3	2		1
SOMALIE	8	5		3
SOUDAN	27	20		7
AFRIQUE DU NORD	1184	51	97	1036
ALGERIE	817	26	68	723
MAROC	241	8	19	214
TUNISIE	126	17	10	99
AFRIQUE DE L'OUEST	1598	581	120	897
BENIN	35	3		32
BURKINA FASO	23	9	2	12
CAP VERT	22	1	2	19
COTE D'IVOIRE	293	84	21	188
GAMBIE	10	3	2	5
GHANA	26	4	2	20
GUINEE BISSAU	18	7	1	10
GUINEE CONA.	304	227	5	72
LIBERIA	2	2		
MALI	315	60	35	220
MAURITANIE	177	88	14	75
NIGER	17	2		15
NIGERIA	88	29	9	50
SENEGAL	187	40	11	136
SIERRA LEONE	15	5		10
TOGO	57	18	6	33
AMERIQUE DU NORD	19	1	1	17
CANADA	7			7
ETATS-UNIS	10	1	1	8
MEXIQUE	2			2
AMERIQUE DU SUD	40	9	3	28
ARGENTINE	3			3
BOLIVIE	4	2		2
BRESIL	12	2		10
COLOMBIE	9	2	2	5
EQUATEUR	1			1
PARAGUAY	2		1	1
NICARAGUA	1	1		
PEROU	6	1		5
VENEZUELA	2	1		1
ASIE CENTRALE	47	17	1	29
AFGHANISTAN	26	13		13
KAZAKHSTAN	1	1		
MONGOLIE	17	3	1	13
OUBEKISTAN	1			1
TADJIKISTAN	1			1
TURKMENISTAN	1			1
ASIE DE L'EST	102	37	8	57
BIRMANIE	33	28		5
CAMBODGE	5		1	4
CHINE	40	6	5	29
CHINE/TIBET	2	1		1
MALAISIE	1			1
PHILIPPINES	15	2	2	11
VIETNAM	6			6
ASIE DU SUD	1000	814	17	169
BANGLADESH	513	440	6	67
BHOUTAN	5	5		
INDE	14	4	2	8
NEPAL	8	3		5
PAKISTAN	99	59	4	36
SRI LANKA	361	303	5	53
CARAÏBES	68	23	2	43
CUBA	3	1		2
DOMINIQUE	2	1		1
HAITI	61	21	2	38
SAINT-MARTIN	2			2
EUROPE DE L'EST	495	178	12	305
ALBANIE	9	2	3	4
ARMENIE	101	16		85
AZERBAÏDJAN	5	2		3
BIELORUSSIE	5	1		4
BOSNIE	1			1
CROATIE	2		1	1
GEORGIE	74	25	1	48
KOSOVO	29	1	1	27
MACEDOINE	2	2		
MOLDAVIE	22	7	2	13
MONTENEGRO	1			1
RUSSIE	95	42	2	51
RUS/TCHETCH.	34	21		13
SLOVAQUIE	5	1		4
SERBIE	15	1		14
TURQUIE	72	54		18
UKRAINE	22	3	2	17
YOUSOSLAVIE	1			1
EUROPE DE L'OUEST	203	16	13	174
ALLEMAGNE	7			7
BELGIQUE	2			2
BULGARIE	20	3		17
ESPAGNE	8		1	7
FRANCE	14	1	4	9
HONGRIE	3			3
ITALIE	3			3
LETTONIE	2			2
PAYS-BAS	1			1
POLOGNE	11			11
PORTUGAL	8	1		7
REP. TCHEQUE	6			6
ROUMANIE	116	11	8	97
ROYAUME-UNI	1			1
SUISSE	1			1
MOYEN-ORIENT	127	28	15	84
BARHEIN	2	2		
EGYPTE	63	12	10	41
IRAK	16	3		13
IRAN	23	6	2	15
ISRAEL	3		1	2
LIBAN	4		1	3
PALESTINE	2	1		1
SYRIE	13	4	1	8
YEMEN	1			1
APATRIDES & INCONNUS	125	6		119
APATRIDES	4	3		1
INCONNUS	121	3		118

La répartition régionale utilisée au Comede est fondée sur une catégorisation géopolitique corrélée aux causes de l'exil et aux flux d'exilés vers l'Europe de l'Ouest et la France. Ainsi :

- l'Afrique centrale inclut l'Angola (une majorité d'exilés sont originaires des régions frontalières du Congo RD et de l'enclave de Cabinda) ainsi que le Rwanda et le Burundi (compte-tenu des interactions géopolitiques avec le Congo RD) ;
- l'Afrique de l'Ouest inclut la Mauritanie, dont les exilés en France sont très majoritairement les populations frontalières du Sénégal et du Mali ;
- les Caraïbes sont individualisées au sein des Amériques compte-tenu de leur poids particulier dans les départements français d'Amérique et dans l'hexagone, et incluent le Guyana et le Surinam compte-tenu des spécificités guyanaises ;
- l'Europe de l'Ouest comprend les 27 membres de l'Union Européenne, ainsi que l'Islande, la Norvège, le Liechtenstein (Espace économique européen), et la Suisse (Association européenne de libre échange), ses ressortissants bénéficiant d'une protection en matière de droit au séjour en France ;
- Europe de l'Est : autres membres du Conseil de l'Europe (inclut la Fédération de Russie et la Turquie) et Biélorussie

Caractéristiques démographiques

BÉNÉFICIAIRES DU COMEDE

	n	%	Sexe F	Age médian	Age moyen	En France médiane	En France moyenne	Nouveaux bénéfic.
Centre de santé	2448	38%	32%	32 ans	34 ans	1 an	2 ans	66%
Espace santé droit	338	5%	43%	40 ans	42 ans	4 ans	6 ans	78%
Permanences tél.	1084*	17%	45%	37 ans	39 ans	2 ans	4 ans	91%**

* appels documentés sur l'ensemble des indicateurs en 2012 ** premiers appels

CDS (22% de filles), 1 à l'ESD et 191 soutenus par téléphone (38%), via leur.s parent.s et/ou l'accompagnant social.

→ **Etrangers malades et autres étrangers en séjour précaire** : les bénéficiaires du Comede se trouvent principalement en situation de séjour précaire quand ils s'adressent au Centre de santé (seuls 5% sont admis au séjour) et aux Permanences téléphoniques (34%, voir vulnérabilité page 25). En 2012, 2 154 personnes étaient atteintes d'au moins une pathologie grave (soit un tiers des personnes soutenues par le Comede), parmi lesquelles 62 (3%) ont fait un demande de carte de séjour pour raison médicale au cours de l'année.

Les 6 457 bénéficiaires du Comede sont originaires de 118 pays (voir tableau page précédente), principalement d'Afrique de l'Ouest (25%), d'Afrique centrale (19%), d'Afrique du Nord (18%), d'Asie du Sud (15%), et d'Europe de l'Est (8%). Ils résident majoritairement en régions Ile-de-France (la quasi-totalité des patients du Centre de santé et des personnes soutenues par l'Espace santé droit, ainsi que 68% des bénéficiaires des PT), et PACA (21% des PT). D'âge moyen compris entre 34 ans (CDS) et 42 ans (ESD), les bénéficiaires du Comede sont arrivés en France en moyenne depuis 2 ans (CDS), 4 ans (PT) et 6 ans (ESD).

L'analyse par publics vulnérables soutenus dans les différents dispositifs (voir détail dans les chapitres Centre de santé, Espace santé droit et Centre-ressources pour les bénéficiaires des Permanences téléphoniques) permet d'observer notamment que les femmes sont en moyenne plus âgées que les hommes,

et que les personnes de plus de 60 ans résident en France depuis plus longtemps que les autres. Il existe également des différences significatives selon la région d'origine. Les exilé.e.s d'Afrique centrale sont plus souvent des femmes (56% au CDS, 62% via les PT). L'âge moyen est plus élevé parmi les personnes originaires d'Afrique du Nord (43 ans ESD, 40 ans PT.), d'Europe de l'Est (40 ans PT, 36 ans CDS), et d'Afrique centrale (45 ans ESD, 36 ans CDS). La résidence en France est plus ancienne parmi les ressortissants d'Afrique de l'Ouest (moyenne 7 ans ESD) et d'Afrique du Nord (3 ans CDS).

Depuis 2012, pour les patients du Centre de santé, les consultants documentent également la situation de famille, la formation initiale et la profession exercée dans le pays d'origine (voir tableaux page suivante). Si la majorité des patients déclarent des membres de famille dans le pays d'origine (88%), seuls 32% ont une personne de leur famille en France ; cette proportion étant significativement plus faible parmi les demandeurs d'asile (27%) et plus élevée parmi les femmes (40%), les mineurs (41%) et surtout les exilé.e.s âgés de plus de 60 ans (72%). Les parents sont le plus souvent séparés de leurs enfants : 42% des patients déclarent avoir des enfants dans le pays d'origine - sans lien avec eux dans un tiers des cas -, alors que 17% des patients ont un ou des enfants auprès d'eux en France. La situation de séparation avec les enfants est encore plus fréquente parmi les femmes (49%).

En matière de formation initiale, 42% des patients du Centre de santé déclarent avoir accompli des études secondaires, 24% des études primaires et 21% avoir bénéficié d'une

Situation familiale et formation initiale

PATIENTS DU CENTRE DE SANTE DU COMEDE

	n	Famille ici	Famille là-bas	Enfant ici	Enfant pays + lien	Enfant pays - lien	Form. Aucune	Form. Prim.	Form. Second.	Form. Profess.	Form. Univ.
Total	2448	32%	88%	17%	29%	13%	7%	24%	42%	6%	21%

Groupes vulnérables

Dem. asile	1840	27%	88%	15%	28%	15%	6%	23%	44%	6%	22%
Malades	958	28%	85%	18%	34%	14%	10%	25%	40%	5%	21%
Femmes	782	40%	87%	27%	32%	17%	8%	23%	41%	9%	19%
Mineurs<18	105	41%	81%	4%	1%	1%	7%	41%	49%	1%	1%
Agés≥60	96	72%	82%	58%	60%	13%	16%	34%	24%	8%	18%

Région d'origine

ASS	814	27%	90%	12%	25%	5%	2%	23%	50%	3%	22%
AFC	615	30%	88%	20%	34%	28%	3%	15%	44%	13%	25%
AFO	581	22%	86%	12%	33%	14%	17%	34%	31%	3%	16%
EUE	177	73%	83%	40%	15%	6%	3%	21%	48%	7%	21%
AFN	51	60%	83%	24%	20%	2%	2%	21%	40%	12%	26%
AFE	50	17%	76%	10%	13%	8%	16%	32%	42%	0%	11%

formation universitaire. La formation universitaire est plus fréquente parmi les demandeurs d'asile (22%), et parmi les exilés originaires d'Afrique du Nord (26%), d'Afrique centrale (25%) et d'Asie du Sud (22%). C'est parmi les ressortissants d'Afrique de l'Ouest (17%) et d'Afrique de l'Est (16%) que les proportions de personnes sans aucune formation initiale sont les plus élevées (7% au total). S'agissant de la profession exercée dans le pays d'origine, 31% étaient sans profession,

cette proportion incluant les étudiants. Les femmes étaient plus souvent concernées que les hommes (43% *versus* 25%). Les professions le plus souvent déclarées sont commerçants (19% du total, 24% parmi les personnes d'Asie du Sud, et 21% parmi celles d'Afrique de l'Ouest), employés (17% du total, 26% Afrique de l'Est et 20% Afrique centrale), professions intermédiaires (8%, 12% Afrique du Nord et 10% Afrique centrale), et artisans (7%, 10% Afrique de l'Ouest, et 9% Afrique du Nord ■

Profession dans le pays d'origine

PATIENTS DU CENTRE DE SANTE DU COMEDE

	n	Agric- culteur	Artisan	Com- merçant	Chef d'entrep.	Prof. intellec.	Prof. interm.	Emp- ployé	Ouvrier	Retraité	Sans
Total	2448	6%	7%	19%	1%	7%	8%	17%	6%	<1%	31%

Publics vulnérables

Dem. asile	1840	6%	7%	21%	1%	7%	8%	17%	5%	<1%	28%
Malades	958	5%	8%	20%	1%	8%	6%	16%	5%	<1%	31%
Femmes	782	1%	5%	15%	<1%	6%	10%	17%	1%	1%	43%
Mineurs<18	105	-	-	-	-	-	-	2%	3%	-	95%
Agés≥60	96	2%	3%	14%	2%	9%	10%	16%	5%	12%	33%

Région d'origine

ASS	814	7%	5%	24%	1%	7%	6%	17%	4%	<1%	29%
AFC	615	1%	8%	16%	1%	6%	10%	20%	7%	1%	30%
AFO	581	7%	10%	21%	<1%	5%	5%	14%	5%	<1%	32%
EUE	177	7%	6%	7%	1%	14%	8%	16%	11%	1%	30%
AFN	51	0%	9%	9%	0%	12%	12%	7%	9%	2%	40%
AFE	50	13%	5%	13%	0%	5%	8%	26%	5%	0%	26%



Etat de santé

Vulnérabilité sociale, violence et torture, épidémiologie médico-psychologique

Expérience de l'exil et de la violence, barrage de la langue, discriminations, inhospitalité et xénophobie : l'état de santé des exilés est affecté par de multiples facteurs de vulnérabilité. Aggravée par les réformes successives de l'immigration, la précarité administrative de nombreux étrangers entraîne une situation de profonde précarité sociale. Ces différents facteurs de vulnérabilité renforcent les obstacles à l'accès à la prévention et aux soins, et contribuent parfois directement à l'apparition des pathologies observées. Le Comede a mis en place début 2012 un recueil systématique d'indicateurs de vulnérabilité sociale pour les patients du Centre de santé et les usagers des Permanences téléphoniques, qui seront désormais analysés en même temps que les données épidémiologiques renseignées depuis 1996 au Centre de santé.

VULNERABILITE SOCIALE ET POPULATIONS PRIORITAIRES

Plusieurs groupes démographiques ou administratifs sont considérés comme prioritaires, en raison de leur situation de vulnérabilité sociale et/ou médicale, par les pouvoirs publics (femmes, migrants âgés, enfants mineurs, demandeurs d'asile) et/ou les associations de soutien (étrangers malades et autres étrangers en séjour précaire). Leurs tailles et leurs caractéristiques sont détaillées dans le chapitre Populations. Les données et tableaux suivants portent sur les 6 457 personnes soutenues par le Comede en 2012 (voir page 15), parmi lesquelles 2 588 femmes, 2 240 demandeurs d'asile, 557 migrants âgés de plus de 60 ans et 297 mineurs soutenus par le Comede en 2012 (voir page 21).

Pour la grande majorité de ces personnes, les conditions d'hébergement sont très précaires : 97% des patients du Centre de santé (CDS) et 87% des bénéficiaires des Permanences

téléphoniques (PT) n'ont pas de « chez soi ». La moitié des migrants soutenus par le Comede sont hébergés par des particuliers, davantage chez les patients du CDS (60%) que chez les appelants des PT (40%). Une personne sur dix est sans-abri (14% CDS, 9% PT). La comparaison par groupe vulnérable (détaillés pages suivantes) révèle que les conditions d'hébergement sont encore plus précaires pour les malades et les demandeurs d'asile, et que la dépendance auprès de particuliers est plus forte pour les femmes, les malades, et plus encore les migrants âgés. Sur le plan économique, les personnes soutenues par le Comede ont des ressources inférieures au plafond de la CMUc (99% CDS, 90% PT, voir tableaux pages suivantes). Deux patients du Centre de santé sur trois n'ont pas de protection maladie, ce qui est également le cas de 28% des bénéficiaires des PT. Ils se trouvent dans une situation de séjour précaire (94% des patients et 86% des appelants), doublée d'un grand isolement affectif et social : 24% des patients n'ont pas de proche (47% des appelants n'ont pas de membre de famille en France), 24% n'ont personne pour les accompagner dans leurs démarches, et 42% ne peuvent communiquer en français ou en anglais. Plus d'un patient sur cinq n'avait pas mangé à sa faim pour des raisons financières pendant les derniers jours. Combinaison de ces différents facteurs, la situation de grande vulnérabilité (voir encadré page suivante) concerne près d'un patient sur 5 (18%). Les plus touchés sont les malades (35%), les migrants âgés (23%), les femmes (21%) et les demandeurs d'asile (20%). Par origine géographique, les ressortissants d'Afrique de l'Ouest (26%) et d'Afrique centrale (22%) se trouvent deux fois plus souvent en situation de grande vulnérabilité que les autres patient.e.s.

■ **Les femmes** soutenues par le Comede vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (97% des patientes du Centre de santé et 87% des bénéficiaires des PT n'ont

Consultants du Centre de santé

VULNERABILITE SOCIALE

	n	pas de chez soi	ress. <650€	Séj. préc.	pas de PMal.	Mal- ades	pas de Proche	pas d' Accom.	pas de Comm.	pas d'Alim.	Gr. Vuln.
Total	3924	97%	98%	94%	64%	52%	24%	24%	42%	21%	18%
Groupes vulnérables											
Dem. asile	3026	99%	>99%	100%	65%	50%	28%	26%	43%	23%	20%
Malades	1996	95%	96%	91%	51%	100%	33%	28%	38%	25%	35%
Femmes	1271	97%	99%	96%	68%	55%	30%	29%	33%	25%	21%
Agés≥60	145	98%	97%	96%	62%	66%	8%	17%	50%	10%	23%
Mineurs<18	126	95%	100%	-	67%	25%	38%	12%	44%	12%	2%
Région d'origine											
ASS	1233	99%	98%	95%	68%	39%	18%	15%	73%	9%	10%
AFC	1068	98%	98%	96%	67%	58%	34%	36%	11%	32%	22%
AFO	938	96%	97%	91%	57%	65%	35%	28%	20%	28%	26%
EUE	307	96%	99%	97%	58%	57%	14%	16%	82%	12%	15%
AFE	84	100%	100%	93%	75%	42%	32%	30%	44%	33%	14%
AFN	62	98%	93%	82%	63%	40%	21%	18%	16%	21%	11%
ASE	52	98%	98%	98%	75%	37%	19%	15%	62%	4%	8%

Bénéficiaires des Permanences téléphoniques

VULNERABILITE SOCIALE

Appels	n	pas de chez soi	ress. <650€	Séj. préc.	pas de PMal.	Mal- ade	pas de famille
Total	1084	87%	91%	86%	28%	53%	47%

Groupes vulnérables

Malades	560	91%	94%	92%	24%	100%	50%
Femmes	468	87%	90%	88%	35%	50%	32%
Dem. asile	133	95%	96%	100%	21%	74%	65%
Agés≥60	94	90%	93%	87%	55%	54%	18%
Mineurs<18	58	79%	90%	-	43%	55%	23%

Région d'origine

AFN	280	84%	89%	86%	36%	53%	36%
AFO	261	90%	90%	88%	18%	58%	65%
AFC	153	87%	91%	79%	29%	53%	48%
EUE	131	93%	96%	94%	17%	66%	50%
EUO	65	82%	93%	79%	31%	28%	34%

Région de résidence

IDF	688	86%	91%	85%	31%	55%	45%
PACA	208	89%	92%	87%	13%	48%	50%

Grande vulnérabilité

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

- Alimentation. Lors des derniers jours, avez-vous pu manger à votre faim ? Vous êtes-vous privé d'un repas pour des raisons financières ?
- Langue. Pas de maîtrise orale suffisante du français ou de l'anglais pour demander son chemin, comprendre les résultats d'un bilan, effectuer une demande de droits.
- Hébergement précaire. Y a-t-il des problèmes avec l'hébergement ? selon la personne
- Isolement relationnel. N'avoir personne sur qui compter, avec qui partager ses émotions
- Isolement social. N'avoir personne qui puisse m'accompagner physiquement dans mes démarches
- Protection maladie. Absence de dispense d'avance des frais (ni CMU-C ni AME en cours)
- Séjour : pas de droit au séjour.
- Ressources financières : inférieures au seuil de l'Allocation temporaire d'attente pour les demandeurs d'asile (325 € en 2012).

Conditions d'hébergement, détail

CENTRE DE SANTE

PERMANENCES TELEPHONIQUES

	n	Parti- culier	Autre orga.	Cada	Samu social	Rue	Squatt	Chez soi	n	c/o 1 tiers	préc. autre	sans	chez soi
Total	3924	60%	16%	6%	7%	4%	3%	2%	796	40%	38%	9%	13%

Groupes vulnérables

Dem. asile	3026	61%	16%	7%	8%	4%	3%	1%	133	38%	47%	10%	5%
Malades	1996	53%	19%	8%	8%	5%	3%	3%	560	48%	35%	8%	9%
Femmes	1271	61%	16%	8%	8%	2%	2%	3%	468	49%	31%	4%	13%
Agés≥60	145	79%	6%	8%	3%	1%	1%	2%	94	75%	14%	3%	10%
Mineurs<18	126	19%	65%	2%	8%	3%	1%	3%	58	37%	34%	8%	21%

pas de « chez soi »), et la majorité d'entre elles ont des ressources inférieures au plafond de la CMUc (99% CDS, 90% PT). Les patientes du CDS sont principalement hébergées chez un particulier (61%), en hébergement social (16%) et en Cada (8%), mais 12% sont sans abri (8% au Samu social, 2% dans un squatt et 2% à la rue). Bien que plus fréquemment atteintes d'une maladie grave (voir supra épidémiologie), elles sont plus souvent que les hommes dépourvues de protection maladie (68% vs 62% des patients du CDS, 35% vs 23% des hommes bénéficiaires des PT), et se trouvent en situation de séjour précaire (96% des patientes et 88% des appelantes). Elles vivent encore davantage que les hommes dans une situation d'isolement affectif et social : 30% des patientes n'ont pas de proche (vs 21% des hommes), 29% n'ont personne pour les accompagner dans leurs démarches (vs 22%) ; et dans un grand dénuement (25% des patientes n'ont pas mangé à leur faim au cours des derniers jours, vs 19%). Un tiers des patientes du Centre de santé ne peuvent communiquer en français ou en anglais.

▪ **Les demandeurs d'asile** soutenus par le Comede vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (99% des patients du Centre de santé et 95% des bénéficiaires des Permanences téléphoniques n'ont pas de « chez soi »), et la majorité d'entre eux ont des ressources inférieures au plafond de la CMUc (99% CDS, 96% PT). Les patients du CDS sont principalement hébergés chez un particulier (61%), en hébergement social (16%) et en Cada (6%), mais 17% sont sans abri (7% au Samu social, 4% à la rue et 3% dans un squatt). Deux patients du CDS sur trois n'ont pas de protection maladie (65%), ce qui est également le cas de 21% des bénéficiaires des PT. La précarité du séjour des demandeurs d'asile se double d'un grand isolement affectif et social : 28% des patients n'ont pas de proche (65% des appelants n'ont pas de membre de famille en France), 26% n'ont personne pour les accompagner dans leurs démarches, et 43% ne peuvent communiquer en français ou en anglais. Plus de la moitié des patients du Centre de santé sont atteints d'une maladie

grave, et près d'un quart n'ont pas mangé à leur faim pendant les derniers jours.

▪ **Les migrants âgés** soutenus par le Comede vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (98% des patients du CDS et 90% des bénéficiaires des PT n'ont pas de « chez soi »), et la majorité d'entre eux ont des ressources inférieures au plafond de la CMUc (97% CDS, 93% PT). Les patients du CDS sont principalement hébergés chez un particulier (79%, principalement membre de famille), en Cada (8%) et en hébergement social (6%), alors que 5% sont sans abri (3% au Samu social, 1% dans un squatt et 1% à la rue). Plus de la moitié des patients du Centre de santé (55%) et des bénéficiaires des PT (62%) n'ont pas de protection maladie. Ils se trouvent en situation de séjour précaire (96% des patients et 87% des appelants), doublée d'un grand isolement social : 50% ne peuvent s'exprimer en français ou en anglais (vs 42% des moins de 60 ans), et 17% n'ont personne pour les accompagner dans leurs démarches. Un.e patient.e sur dix n'a pas mangé à sa faim pendant les derniers jours. Les migrants âgés sont plus souvent atteints d'une maladie grave que les autres patients du CDS (66% vs 51%).

Conditions de séjour, détail

	Centre de santé	Perm. Téléph.
Séjour stable	6%	14%
Carte de résident	2%	3%
Carte de séjour temporaire	2%	8%
Mineurs <18 ans	2%	3%
Séjour précaire	94%	86%
Demande d'asile en cours	69%	6%
Avant enregistrement préf.	6%	1%
Convocation, RV préfecture	9%	<1%
Convocation Dublin	1%	<1%
Procédure prioritaire	5%	<1%
Autorisation prov. de séjour	5%	1%
Récépissé	43%	4%
Autre séjour régulier	2%	22%
Convoc., RV, récépissé	1%	7%
Autorisation prov. de séjour	<1%	9%
Visa court séjour	<1%	6%
Sans droit au séjour	24%	58%
Déboutés demande d'asile	10%	9%
Autres sans-papiers	13%	49%
Total	3924	1084

▪ **Les enfants mineurs** soutenus par le Comede se trouvent souvent sans parent ni proche (38% des patients et 23% des appelants). Ils vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (95% des patients et 79% des bénéficiaires des PT n'ont pas de « chez soi »), étant principalement en hébergement social (65%, dont ASE) et chez un particulier (19%), alors que 12% sont sans abri (8% au Samu social, 3% à la rue et 1% dans un squatt). Deux enfants sur trois parmi les patients du Centre de santé n'ont pas de protection maladie, ce qui est également le cas de 43% des bénéficiaires des PT. Leur situation de vulnérabilité affective et sociale se double d'obstacles linguistiques fréquents lors des premiers mois en exil : 44% ne peuvent communiquer en français ou en anglais. Plus d'un enfant mineur sur dix n'a pas mangé à sa faim pendant les 3 jours précédant la consultation. Ces facteurs de vulnérabilité concernent également les adolescents déclarés « majeurs » par le recours à l'expertise médico-légale controversée de détermination médicale de l'âge (« âge osseux »), ces derniers étant alors exclus de la protection et de l'hébergement par l'Aide sociale à l'enfance.

▪ **L'origine géographique** est associée à des différences significatives sur le plan de la vulnérabilité sociale. En premier lieu du fait des difficultés de communication linguistique qui affectent 82% patients du Centre de santé originaires d'Europe de l'Est, 73% d'Asie du Sud et 62% d'Asie de l'Est, alors que la part d'allophones chez les Africains n'est pas négligeable (44% Afrique de l'Est, 20% Ouest, 16% Nord et 11% Afrique centrale). Les exilés d'Afrique centrale, d'Afrique de l'Ouest et de l'Est sont plus souvent isolés que les autres et en situation plus fréquemment précaire (respectivement 32%, 28% et 33% d'entre eux n'ont pas mangé à leur faim lors des derniers jours). Les patients originaires d'Afrique de l'Est et d'Asie de l'Est sont plus souvent dépourvus de protection maladie.

▪ **La région de résidence** est également associée à certaines différences pour les bénéficiaires des permanences téléphoniques.

Les personnes résidant en Ile-de-France sont ainsi plus souvent dépourvues de protection maladie mais se trouvent moins souvent sans membre de famille que celles résidant en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

VIOLENCE, TORTURE ET RISQUE DE PSYCHOTRAUMATISME GRAVE

En 2012, les deux tiers des patients du Comede suivis en médecine déclaraient des antécédents de violence (67%, définition OMS), 20% des antécédents de torture, et au moins 11% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle (voir tableau ci-dessous). Parmi les patients suivis en psychothérapie, ces taux s'élèvent respectivement à 90%, 48% et 34%. Les demandeurs d'asile sont 84% à déclarer des antécédents de violence, 30% de torture et 17% de violence liée au genre. Les antécédents de torture sont plus fréquents parmi les hommes (20% vs 14% des femmes), et les antécédents de violence liée au genre plus fréquents chez les femmes (28% vs 3%). La présence des syndromes psychotraumatismes graves (voir épidémiologie page 30) est corrélée aux antécédents de violence dans le pays d'origine et tout au long du parcours d'exil. Pour les femmes, le risque relatif de présenter un psychotraumatisme grave (suivi en psychothérapie) est de 1,4 en

Antécédents de violence et de torture parmi les consultants du Centre de santé

File active	n	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD V. genre
Groupes vulnérables				
Médecine	1571	67%	20%	11%
Femmes	514	65%	14%	28%
Hommes	1051	68%	23%	3%
Dem. asile	1875*	84%	30%	17%
Agés ≥ 60	59	44%	8%	0%
Mineurs < 18	98	26%	2%	4%
Malades	763	68%	25%	24%
Psychothér.	231	90%	48%	34%
Femmes	93	88%	34%	68%
Hommes	137	91%	48%	12%

* Les données relatives aux demandeurs d'asile portent sur les 3924 situations de vulnérabilité documentées en consultation

Antécédents de violence et de torture

SELON LE STATUT SOCIAL DANS LE PAYS D'ORIGINE ET EN EXIL

File active	n	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD VGenre
Médecine	1571	67%	20%	11%

Formation

Universitaire.	281	74%	27%	10%
Profession.	83	76%	24%	20%
Secondaire	564	74%	22%	12%
Primaire	322	70%	17%	11%
Aucune	102	64%	16%	13%

Profession

Chef d'entr.	11	100%	55%	18%
Prof. intell.	89	69%	27%	11%
Employé	215	74%	23%	11%
Prof. inter.	97	73%	22%	15%
Commerç	256	82%	22%	14%
Ouvrier	66	68%	14%	9%
Sans	420	65%	17%	15%

Vulnérabilité sociale

Critères GV	2680	75%	26%	14%
Grande vul.	206	81%	35%	24%
Héb préc.	990	78%	28%	17%
Isol. relat.	815	81%	35%	21%
Isol. social	770	78%	31%	18%
Obs. alim.	656	82%	31%	18%

SELON LE PAYS D'ORIGINE

File active	n	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD VGenre
Médecine	1571	67%	20%	11%

Afrique centrale

Angola	32	69%	25%	12%
Cameroun	19	63%	21%	26%
Congo	42	64%	19%	12%
Congo RD	319	71%	28%	22%

Afrique de l'Est

Soudan	16	69%	25%	6%
--------	----	-----	-----	----

Afrique de l'Ouest

Côte d'Ivoire.	52	63%	2%	15%
Guinée C.	159	81%	38%	25%
Mali	37	24%	3%	5%
Mauritanie	57	75%	18%	7%
Sénégal	17	41%	12%	18%

Asie du Sud

Bangladesh	287	67%	9%	3%
Pakistan	39	38%	8%	-
Sri Lanka	196	85%	33%	7%

Europe de l'Est

Georgie	16	69%	7%	6%
Russie/Tch.	34	79%	32%	3%
Turquie	30	83%	30%	3%

cas d'antécédent de violence, de 2,4 en cas d'antécédent de torture et également de 2,4 en cas d'antécédent de violence liée au genre ($p < 0,001$). Pour les hommes ce risque est de 1,3 en cas d'antécédent de violence, de 2,1 en cas de torture et s'élève à 4 en cas de violence liée au genre (NB : il est possible que le recueil de ce type d'information diffère selon le sexe, à la fois parmi les patient.e.s et les soignant.e.s).

La torture (voir Rapport de l'Acat page 8) est fortement corrélée au statut social dans le pays d'origine : la présence de tels antécédents est d'autant plus fréquente que la formation initiale est élevée et la profession davantage susceptible d'exercer une influence sur les affaires publiques (voir tableau ci-contre, $p < 0,001$). Parmi les patients du Comede, la torture est plus fréquemment évoquée chez les Guinéens (38%), Sri-Lankais (33%), Russes/Tchéchènes (32%), et Turcs (30%). Les violences liées au genre sont plus souvent déclarées parmi les personnes originaires du Cameroun (26%), de Guinée (25%) et du Congo RD (22%). A noter que pour près d'un quart des femmes enceintes suivies au Comede en 2012, la grossesse était consécutive à un viol (voir page 14).

Les différentes formes de violence sont également très liées aux indicateurs de vulnérabilité sociale. Leur fréquence est plus élevée parmi les personnes en situation de grande vulnérabilité, en particulier concernant la précarité du quotidien et de l'hébergement, l'isolement social et plus encore l'isolement relationnel : les personnes concernées sont 81% à avoir subi des violences, 35% des tortures et 24% des violences liées au genre.

ÉPIDÉMIOLOGIE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Les données d'épidémiologie médicale et psychologique relevées au Centre de santé du Comede sont issues des résultats du bilan de santé proposé à l'ensemble des nouveaux patients en consultation médicale (pratiqué par 84% des patients en 2012, voir page 65), et complété par les psychologues pour les

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

Taux pour 1000 personnes, parmi 14 901 patients accueillis en médecine au Centre de santé, 2006-2012

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

Région & Pays <i>effectifs Femmes - Hommes</i>)	ANGUILL.		ASTHME		CANCER		DIABETE		M. CARD.		PSY. TRA.	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Taux global 3 938-10 952	6	20	15	19	10	3	51	42	100	45	202	101
Taux global France	*	*	nc	nc	nc	nc	38	38	nc	nc	7	7
Taux global Monde	*	*	nc	nc	nc	nc	30	30	nc	nc	nc	nc
Afrique australe 59-35	-	-	34	29	34	-	102	171	254	143	169	57
Madagascar 29-17	-	-	2 cas	-	2 cas	-	2 cas	4 cas	4 cas	4 cas	6 cas	1 cas
Afrique centrale 1 620-1 567	9	38	11	12	10	3	40	50	124	100	204	188
Angola/Cabinda 97-142	31	42	-	7	-	-	52	42	134	113	72	162
Cameroun 152-135	13	22	13	7	26	-	86	67	250	67	99	141
Congo 219-247	-	12	23	8	9	4	27	73	119	65	233	174
Congo RD 1 089-970	9	47	9	15	6	3	35	44	110	111	225	201
Rwanda 28-25	-	1 cas	1 cas	-	-	-	2 cas	1 cas	5 cas	5 cas	6 cas	10 cas
Afrique de l'Est 71-218	14	-	14	9	-	-	-	5	-	5	282	101
Erythrée 16-38	-	-	1 cas	26	-	-	-	26	-	-	1 cas	105
Soudan 9-126	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	2 cas	71
Afrique du Nord 118-270	*	*	8	33	59	22	169	78	169	44	110	81
Algérie 91-177	*	*	11	28	77	23	176	90	209	45	110	96
Maroc 18-42	*	*	-	48	-	24	4 cas	95	1 cas	71	2 cas	48
Tunisie 9-50	*	*	-	40	-	-	-	20	-	20	1 cas	40
Afrique de l'Ouest 928-2 699	6	13	19	35	3	5	48	26	82	49	238	121
Côte d'Ivoire 187-366	5	19	16	11	5	8	27	30	64	49	246	117
Guinée Conakry 349-727	9	25	9	3	3	3	37	21	57	33	330	259
Mali 112-500	-	-	45	76	-	4	107	14	188	48	63	24
Mauritanie 67-580	-	-	60	48	-	5	45	10	60	38	224	57
Nigeria 71-169	-	18	-	47	-	6	14	77	-	71	225	142
Sénégal 52-134	-	-	38	67	-	-	96	45	135	90	135	7
Sierra Leone 20-57	2 cas	53	-	35	-	-	-	-	3 cas	53	6 cas	140
Togo 22-58	-	17	1 cas	17	1 cas	-	3 cas	86	5 cas	138	5 cas	138
Asie centrale 44-154	*	*	23	6	-	6	-	-	91	6	68	71
Afghanistan 5-116	*	*	-	-	-	-	-	-	1 cas	9	2 cas	95
Mongolie 29-28	*	*	1 cas	1 cas	-	1 cas	-	-	1 cas	-	-	-
Asie de l'Est 41-55	-	-	-	-	73	-	24	91	73	55	98	73
Asie du Sud 578-4 748	2	27	14	15	5	1	78	54	55	31	163	53
Bangladesh 98-2 127	10	39	-	13	10	2	20	63	20	30	133	39
Inde 6-132	-	8	-	23	-	8	-	53	1 cas	91	-	23
Pakistan 11-247	-	-	-	36	-	-	1 cas	93	-	40	1 cas	69
Sri Lanka 461-2 232	-	19	17	15	4	<1	91	42	63	28	174	66
Caraiïbes 128-106	-	9	23	9	8	9	55	104	109	66	102	113
Haïti 127-102	-	10	24	10	8	10	55	98	110	59	102	118
Europe de l'Est 291-934	*	*	17	4	14	7	41	10	88	20	285	158
Arménie 41-45	*	*	24	-	-	22	24	-	122	22	268	111
Géorgie 20-36	*	*	2 cas	-	-	-	-	-	1 cas	-	8 cas	111
Russie/Tchéchén. 104-252	*	*	10	4	19	4	48	12	106	32	308	175
Turquie 83-508	*	*	12	8	12	6	36	10	24	8	337	165
Moyen-Orient 21-105	*	*	-	-	-	-	1 cas	-	-	57	4 cas	105

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

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

Taux pour 1000 personnes, parmi 14 901 personnes consultant en médecine au Centre de santé, 2006-2012

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

Région & Pays <i>effectifs Femmes - Hommes</i>)	SCHIS. Hm		SCHIS. Mn		TUBERC.		INF. VHB		INF. VHC		INF. VIH	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Taux global 3 938-10 952	2	6	3	5	5	6	42	80	25	17	26	5
Taux global France	**	**	**	**	0,09	0,09	7	7	8	8	2	2
Taux global Monde	**	**	**	**	2,3	2,3	52	52	22	22	7	7
Afrique australe 59-35	-	-	-	-	17	-	-	29	-	57	-	-
Madagascar 29-17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 cas	-	-
Afrique centrale 1 620-1 567	2	-	4	13	8	18	41	108	41	36	35	15
Angola/Cabinda 97-142	-	5	-	21	10	21	82	134	113	70	31	35
Cameroun 152-135	-	-	-	15	7	15	59	163	105	44	53	15
Congo 219-247	-	-	-	-	5	8	18	113	18	-	32	16
Congo RD 1 089-970	1	-	6	14	8	21	39	95	30	41	31	12
Rwanda 28-25	-	-	-	-	1 cas	-	1 cas	1 cas	1 cas	-	1 cas	-
Afrique de l'Est 71-218	-	-	-	28	-	-	42	55	14	-	28	-
Erythrée 16-38	-	-	-	-	-	-	1 cas	-	-	-	-	-
Soudan 9-126	-	-	-	24	-	-	1 cas	79	-	-	-	-
Afrique du Nord 118-270	-	-	**	**	8	-	8	26	17	22	-	4
Algérie 91-177	-	-	**	**	-	-	-	11	11	11	-	6
Maroc 18-42	-	-	**	**	1 cas	-	-	24	1 cas	24	-	-
Tunisie 9-50	-	-	**	**	-	-	1 cas	80	-	60	-	-
Afrique de l'Ouest 928-2 699	5	26	8	9	2	6	74	180	10	7	46	8
Côte d'Ivoire 187-366	-	-	-	8	-	5	32	156	37	16	80	19
Guinée Conakry 349-727	3	6	14	14	3	7	77	151	6	3	46	7
Mali 112-500	27	60	9	6	-	4	143	234	-	-	27	2
Mauritanie 67-580	-	52	-	2	-	3	104	198	-	9	30	7
Nigeria 71-169	-	-	-	12	-	18	28	95	-	6	28	6
Sénégal 52-134	-	30	-	7	-	15	77	224	-	7	-	7
Sierra Leone 20-57	-	-	1 cas	70	-	-	1 cas	193	-	18	-	-
Togo 22-58	-	-	-	-	-	-	2 cas	86	-	17	1 cas	17
Asie centrale 44-154	**	**	**	**	23	6	175	63	182	71	-	-
Afghanistan 5-116	**	**	**	**	-	-	-	8	-	26	-	-
Mongolie 29-28	**	**	**	**	1 cas	-	214	229	276	250	-	-
Asie de l'Est 41-55	**	**	**	**	-	-	98	145	49	18	-	-
Asie du Sud 578-4 748	**	**	**	<1	-	4	2	26	-	8	-	<1
Bangladesh 98-2 127	**	**	**	<1	-	3	10	45	-	1	-	<1
Inde 6-132	**	**	**	**	-	30	-	30	-	-	-	8
Pakistan 11-247	**	**	**	**	<1	4	-	57	-	138	-	-
Sri Lanka 461-2 232	**	**	**	**	-	3	-	4	-	1	-	-
Caraïbes 128-106	**	**	-	-	16	9	55	57	-	9	-	9
Haïti 127-102	**	**	-	-	16	10	55	59	-	10	-	10
Europe de l'Est 291-934	**	**	**	**	-	1	14	55	31	43	-	4
Arménie 41-45	**	**	**	**	-	-	-	-	24	22	-	-
Géorgie 20-36	**	**	**	**	-	-	1 cas	56	-	278	-	-
Russie/Tchéchén. 104-252	**	**	**	**	-	-	10	40	38	75	-	8
Turquie 83-508	**	**	**	**	-	2	24	13	-	2	-	-
Moyen-Orient 21-105	-	-	-	1 cas	-	-	1 cas	29	-	105	-	10

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

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

Taux pour 1000 personnes, parmi 14 901 personnes consultant en médecine au Centre de santé, 2006-2012

	Cas n	Sexe (F/H)	Age médian	Diag pays	Taux de prévalence par région d'origine (p. 1000)								
					AFC 3187	AFE 289	AFN 388	AFO 3631	ASC 198	ASS 5330	CAR 234	EUE 1226	TOT 14901
Psycho-trauma	1 902	42%	31 ans	4%	196	145	90	151	71	64	107	188	128
Infection à VHB	1 043	16%	31 ans	7%	74	52	21	153	86	23	56	45	70
Mal. cardio-vas.	886	44%	45 ans	45%	112	3	82	58	28	34	90	36	59
Diabète	662	30%	42 ans	50%	45	3	106	32	-	57	77	17	44
Infection à VHC	289	34%	39 ans	13%	39	3	21	8	96	7	4	40	19
Asthme persist.	264	22%	35 ans	70%	12	10	26	31	10	15	17	7	18
Infection à VIH	159	65%	33 ans	16%	25	7	3	18	-	<1	4	4	11
Tuberculose	85	24%	31 ans	5%	13	-	3	5	10	3	13	1	6
Cancer	79	51%	45 ans	37%	7	-	34	4	5	2	9	9	5
Bilharziose Uri.	79	9%	28 ans	3%	1	-	-	21	-	-	-	-	5
Bilharziose Int.	66	20%	28 ans	2%	8	21	-	9	-	<1	-	-	4

Cas recensés parmi les consultants en médecine. AFC Afrique centrale, AFE Afrique de l'Est, AFN Afrique du Nord, AFO Afrique de l'Ouest, ASC Asie centrale, ASE Asie de l'Est, ASS Asie du Sud, CAR Caraïbes, EUE Europe de l'Est. □ Les cases en vert clair signalent des occurrences supérieures à la moyenne.

patients adressés par les médecins. On observe trois grands groupes pathologiques : affections chroniques et risques médicaux graves (40%), troubles psychiques graves (36%), maladies infectieuses et parasitaires (24%). Les taux de prévalence présentés dans les tableaux suivants sont sous-estimés en raison de l'absence d'exhaustivité de la pratique des bilans (84% en 2012) et donc du repérage des affections, mais l'analyse comparative est instructive pour les actions de dépistage et plus largement de prévention. Les principaux motifs de suivi sont caractérisés dans la suite de ce chapitre par nombre décroissant de malades, les taux de prévalence ayant été calculés sur les 14 901 patients accueillis en médecine au cours des 7 dernières années.

▪ **Syndromes psychotraumatiques** : 1 902 patients, 4% des diagnostics étaient connus au pays. Taux global de 202 pour 1000 chez les femmes et de 101 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 204, hommes 188), d'Europe de l'Est (femmes 285, hommes 158), d'Afrique de l'Ouest (femmes 238, hommes 121), d'Afrique de l'Est (femmes 282, hommes 101), et de Haïti (hommes 118). Taux plus élevés entre 20 et 50 ans (max. 152 entre 20 et 25 ans).

▪ **Infection à VHB** : 1 043 patients, 7% des diagnostics connus au pays. Taux global de 42 chez les femmes et de 80 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 74, hommes 180), d'Asie centrale (femmes 175), d'Asie de l'Est (femmes 98, hommes 145) et d'Afrique centrale (femmes 41, hommes 108). Taux plus élevés entre 20 et 45 ans (max. 79 entre 30 et 35 ans).

▪ **Maladies cardio-vasculaires** : 886 patients, 44% des diagnostics connus au pays. Taux global de 100 chez les femmes et de 45 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 124, hommes 100), des Caraïbes (femmes 109, hommes 66) d'Afrique du Nord (femmes 169), et du Moyen-Orient (hommes 57). Augmentation progressive des taux avec l'âge (max. 435 pour les ≥ 65 ans).

▪ **Diabète** : 662 patients, 50% des diagnostics connus au pays. Taux global de 51 chez les femmes et de 42 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (femmes 169, hommes 78), des Caraïbes (femmes 55, hommes 104), d'Asie du Sud (femmes 78, hommes 54), et d'Afrique centrale

Taux de prévalence par classe d'âge

Taux pour 1000 personnes, parmi 14 901 patients consultants en médecine entre 2006 et 2012

Affection (effectif)	n	<15 ans 200	15- 19 766	20- 24 2010	25- 29 3766	30- 34 3185	35- 39 2104	40- 44 1196	45- 49 692	50- 54 370	55- 59 245	60- 64 157	>65 ans 186	total 14901
Psycho-trauma	1 902	60	90	152	127	136	132	126	139	119	118	25	22	128
Infection à VHB	1 043	35	56	77	74	79	74	73	52	35	41	32	16	70
Mal. cardio-vas	886	10	5	8	12	30	64	120	178	224	371	420	435	59
Diabète	662	-	3	4	11	32	59	94	127	170	200	242	194	44
Infection VHC	289	-	8	5	12	16	19	33	51	49	49	96	86	19
Asthme persist.	264	20	3	11	15	18	19	28	29	35	20	19	48	18
Infection à VIH	159	-	5	8	7	14	16	14	10	14	16	6	11	11
Tuberculose	85	15	4	4	6	7	7	6	4	5	4	-	-	6
Cancer	79	-	-	1	1	4	3	10	19	30	20	57	16	5
Bilharziose Uri.	79	-	20	5	7	6	3	2	3	3	-	-	-	5
Bilharziose Int.	66	-	14	3	6	4	3	3	1	-	-	-	-	4

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

(hommes 50). fréquence progressive avec l'âge (max. 242 entre 60 et 65 ans).

■ **Infection à VHC** : 289 patients, 13% des diagnostics connus au pays. Taux global de 25 chez les femmes et de 17 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Asie centrale (femmes 182, hommes 71), du Moyen-Orient (hommes 105), d'Europe de l'Est (femmes 31, hommes 43), d'Afrique centrale (femmes 41, hommes 36), et d'Afrique du Nord (hommes 22). Fréquence progressive avec l'âge (max. 96 entre 60 et 65 ans).

■ **Asthme persistant** : 264 patients, 70% des diagnostics connus au pays. Taux global de 15 chez les femmes et de 19 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique australe (femmes 34, hommes 29), d'Afrique de l'Ouest (femmes 19, hommes 35), d'Afrique du Nord (hommes 33) et des Caraïbes (femmes 23). Fréquence progressive avec l'âge (max. 48 pour les ≥ 65 ans).

■ **Infection à VIH-sida** : 159 patients, 16% des diagnostics connus au pays. Taux global de 26 chez les femmes et de 5 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 35, hommes 15), d'Afrique de l'Ouest (femmes 46, hommes 8), d'Afrique de l'Est (femmes 28), du Moyen-Orient (hommes 10), et

de Haïti (hommes 9). Taux plus élevés entre 30 et 59 ans (max. 16 pour les 35-39 ans et les 55-59 ans).

■ **Tuberculose** : 85 patients, 5% des diagnostics connus au pays. Taux global de 5 chez les femmes et de 6 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 8, hommes 18), de Haïti (femmes 16, hommes 10), d'Asie centrale (femmes 23) et d'Afrique du Nord (femmes 8). Taux plus élevés avant 15 ans (max. 15), puis entre 25 et 45 ans.

■ **Cancer** : 79 patients, 37% des diagnostics connus au pays. Taux global de 10 chez les femmes et de 3 chez les hommes. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (femmes 59, hommes 22), d'Europe de l'Est (femmes 14, hommes 7), et des Caraïbes (hommes 9). Taux plus élevés après 40 ans.

■ **Principales parasitoses** : on observe une prévalence non négligeable de la schistosomose (bilharziose) à *S. haematobium* parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 5, hommes 26), de la schistosomose à *S. mansoni* parmi les exilés d'Afrique de l'Est (hommes 28), d'Afrique centrale (femmes 4, hommes 13) et d'Afrique de l'Ouest (femmes 8, hommes 9), et de l'anguillulose intestinale notamment chez les exilés d'Afrique centrale

(femmes 9, hommes 38), d'Afrique de l'Est (femmes 14), et d'Asie du Sud (hommes 27). Les schistosomoses sont plus fréquentes entre 15 et 30 ans (max. entre 15 et 20 ans, 20 pour *S. haematobium* et 14 pour *S. mansoni*).

CARACTERISATION DES TROUBLES PSYCHIQUES

Près de la moitié des patients suivis en psychothérapie en 2012 présentaient des troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire (46%, voir tableau ci-dessous). Ces troubles sont plus fréquents parmi les hommes (54% vs 33% chez les femmes, $p=0,002$), et parmi les personnes originaires d'Europe de l'Est et d'Asie du Sud. Ils peuvent avoir un impact sur la capacité des patients à effectuer les démarches administratives nécessaires à leur insertion, notamment pour les demandeurs d'asile à mettre en récit leur parcours d'exil (convocations à l'Ofpra et à la CNDA), ainsi que sur l'apprentissage de la langue pour les non-francophones. L'importance des idées suicidaires et des antécédents de tentative de suicide parmi les patients exilés suivis en psychothérapie au

Eléments cliniques en psychothérapie

Centre de santé 2012

File active	n	Troubles CAM	Idées suicid.	ATCD TS
Total	231	46%	24%	5%

Groupes vulnérables

Femmes	90	33%	26%	2%
Hommes	141	54%	23%	6%
Dem asile *	194	47%	26%	5%
Gr. Vulnér.	76	43%	34%	3%

ATCD Violence

Violence	215	48%	26%	5%
Torture	117	48%	29%	5%
Genre	80	43%	31%	6%

Région d'origine

Afriq. centr.	75	40%	20%	3%
Afriq. Ouest	75	31%	21%	1%
Asie Sud	47	68%	28%	15%
Europe Est	23	57%	39%	4%

Troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, Idées suicidaires au cours de la psychothérapie, Antécédent de tentative de suicide. * A partir des situations documentées pour la vulnérabilité sociale

Selon une enquête de l'INPES sur la **santé mentale en 2010 dans la population générale en France**, 3,9% des personnes déclaraient avoir eu des pensées suicidaires durant l'année et 0,5% avoir fait une tentative de suicide. L'enquête *Baromètre santé de l'Inpes* a estimé la prévalence des TS au cours de la vie à 7,6% pour les femmes et 3,2% pour les hommes en 2010, le facteur de risque le plus important dans leur survenue étant le fait d'avoir subi des violences.

Comede illustre la gravité de leurs troubles psychiques. Un quart des patients (24%) ont présenté des idées suicidaires au cours de la psychothérapie, et 5% avaient effectué une tentative de suicide au cours de leur vie. Les idées suicidaires sont plus fréquentes chez les personnes en situation de grande vulnérabilité (34% vs 19%, $p=0,009$).

Compte-tenu du poids des troubles psychiques dans l'état de santé des exilés et afin de préciser les priorités de santé publique dans ce domaine, le Comede a mis en place début 2013 une nouvelle catégorisation des principales maladies et syndromes observés, à partir notamment de la Classification internationale des maladies (CIM) et du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Parmi les 91 premiers patients suivis en psychothérapie dont la pathologie a ainsi été caractérisée, 56% présentaient un syndrome psychotraumatique, 27% une dépression, 10% un trauma complexe, 5% des troubles anxieux et 1 patient un trouble psychotique.

REPARTITION DES PATHOLOGIES GRAVES ET GROUPES VULNERABLES

Contrairement aux données d'observation du Centre de santé, celles des autres dispositifs d'observation du Comede ne permettent pas de calculer des taux de prévalence. Dans les permanences téléphoniques (voir Centre-ressources page 77), sont documentées sur le plan de la pathologie les seules situations où l'appelant en mentionne l'existence (données déclaratives), essentiellement dans les cas de demande de soutien en matière de droit au séjour pour raison médicale et de protection

Répartition des pathologies graves

AU SEIN DES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS DU COMEDE

2012	n	CDS	PT	ESD
n	2154	1309	633	212
Maladies chr.	1007	40%	48%	64%
Asthme	60	4%	1%	-
Cancer	108	1%	11%	13%
Diabète	188	10%	6%	11%
Handicap	64	1%	6%	4%
Insuf. rénale	26	<1%	2%	2%
M. Cardio-va.	246	13%	7%	12%
Malad Inf. P.	517	24%	27%	26%
Inf. à VHB	238	13%	7%	8%
Inf. à VHC	106	4%	7%	5%
Inf. à VIH	108	3%	7%	9%
Tuberculose	35	1%	2%	3%
Troubles psy.	630	36%	24%	10%
Total	2154	100%	100%	100%

contre l'éloignement des étrangers malades. Et comme à l'Espace santé droit (voir page 73), la fréquence des sollicitations dans ce domaine conduit à une sur-représentation des personnes atteintes de maladie grave au sein de ces deux dispositifs de soutien.

Pour autant, l'analyse du poids relatif des différentes pathologies graves au sein des dispositifs du Comede permet de dégager un certain nombre de priorités en matière d'accès aux soins et aux droits. Parmi les 2154 étrangers atteints d'une maladie grave soutenus par les Comede en 2012 (voir tableau ci-dessus), 47% étaient atteints d'une maladie chronique (64% à l'ESD), 29% de troubles psychiques (36% au CDS) et 24% d'une maladie infectieuse (27% dans les PT). L'émergence du cancer (1% « seulement » parmi les patients du Centre de santé, mais 11% dans les Permanences téléphoniques et 13% à l'Espace santé droit, soit la pathologie la plus fréquente) est directement en rapport avec les restrictions d'accès aux soins observées à l'égard de ces malades en 2012 (voir chapitres suivants). On observe également la sur-représentation dans les PT et à l'ESD des personnes handicapées (6% et 4%, vs 1% CDS) ou vivant avec le VIH (7% et 9% vs 3%), et la sous-représentation des personnes atteintes de troubles psychiques (24% et 10% vs 36%) et d'hépatite B chronique (7% et 8% vs 13%).

Femmes

REPARTITION DES PATHOLOGIES GRAVES

2012	n	CDS	PT	ESD
n	812	475	252	85
Maladies chr.	413	41%	63%	71%
Asthme	17	3%	1%	-
Cancer	57	1%	17%	12%
Diabète	55	5%	7%	14%
Handicap	24	1%	6%	4%
Insuf. rénale	7	0%	2%	-
M. Cardio-va.	111	16%	6%	21%
Malad Inf. P.	143	17%	17%	20%
Inf. à VHB	39	5%	4%	4%
Inf. à VHC	29	3%	4%	4%
Inf. à VIH	60	6%	8%	12%
Tuberculose	9	1%	1%	1%
Troubles psy.	256	42%	19%	9%
Total	812	100%	100%	100%

Les **femmes** exilées (voir tableau ci-dessus) sont plus souvent atteintes que les hommes d'infection à VIH (x2 pour l'Afrique centrale, x6 pour l'Afrique de l'Ouest, voir tableau page 31), de psycho-traumatismes (x2 pour l'ensemble des régions d'origine), de maladies cardio-vasculaires (x2 Afrique de l'Ouest et Caraïbes, x4 Afrique du Nord), et de cancer (x3 pour l'ensemble). La répartition des pathologies graves permet d'observer une forte sur-représentation, au sein des dispositifs dédiés d'accès aux soins, pour le cancer (17% PT et 12% ESD, vs 1% CDS) ainsi que l'infection à VIH (8% et 12% vs 6%).

Les **demandeurs d'asile** (voir tableau page suivante) soignés au Centre de santé pour une affection grave sont plus souvent atteints de troubles psychiques (44%, vs 36% pour l'ensemble des malades). Parmi ceux qui demandent un soutien dans le cadre des permanences téléphoniques, on observe une sur-représentation des situations de handicap (5% vs 1%), et des infections à VHB (19% vs 12% au CDS), et à VHC (5% vs 2%).

Les migrants **âgés de plus de 60 ans** (voir tableau page suivante) soignés au Centre de santé pour une affection grave sont principalement atteints de maladies chroniques (84%, vs 40% pour l'ensemble des malades, voir tableau page précédente), en premier lieu

Demandeurs d'asile

REPARTITION DES PATHOLOGIES GRAVES

2012	n	CDS	PT	ESD
n	957	845	112	nc
Maladies chr.	329	35%	38%	nc
Asthme	25	3%	3%	nc
Cancer	7	1%	2%	nc
Diabète	89	9%	10%	nc
Handicap	15	1%	5%	nc
Insuf. rénale	6	-	3%	nc
M. Cardio-va.	94	11%	3%	nc
Malad Inf. P.	206	21%	29%	nc
Inf. à VHB	123	12%	19%	nc
Inf. à VHC	25	2%	5%	nc
Inf. à VIH	29	3%	3%	nc
Tuberculose	8	1%	2%	nc
Troubles psy.	410	44%	33%	nc
Total	886	100%	100%	nc

Migrants âgés ≥ 60 ans

REPARTITION DES PATHOLOGIES GRAVES

2012	n	CDS	PT	ESD
n	173	91	53	29
Maladies chr.	145	84%	83%	86%
Asthme	5	5%	-	-
Cancer	33	3%	45%	21%
Diabète	26	18%	9%	17%
Handicap	1	0%	2%	-
Insuf. rénale	4	2%	4%	-
M. Cardio-va.	61	46%	15%	38%
Malad Inf. P.	19	11%	9%	14%
Inf. à VHB	2	2%	0%	-
Inf. à VHC	9	5%	8%	-
Inf. à VIH	6	2%	2%	10%
Tuberculose	1	0%	0%	3%
Troubles psy.	9	5%	8%	-
Total	173	100%	100%	100%

maladies cardiovasculaires (46%) et diabète (18%). La répartition des pathologies graves au sein des dispositifs dédiés à l'accès aux soins permet d'observer une forte sur-représentation pour le cancer (45% PT et 21% ESD, vs 3% CDS) ainsi que l'infection à VIH (10% ESD vs 2% CDS), l'infection à VHC (8% PT vs 5% CDS), et les troubles psychiques (8% PT vs 5% CDS).

Enfin, si l'on considère l'origine géographique, les exilés originaires d'**Afrique** cumulent les risques de maladie grave (voir tableaux pages 30 et 31). Parmi ceux d'Afrique centrale, les psycho-traumatismes graves (196 pour mille), les maladies cardiovasculaires (112), l'infection à VHB (74), l'infection à VHC (39) et l'infection à VIH (25) sont particulièrement fréquents. Parmi ceux d'Afrique de l'Ouest, c'est le cas de l'infection à VHB (153), des psychotraumatismes (151), et de l'infection à VIH (21). Parmi ceux d'Afrique du Nord, c'est le cas du diabète (106), des maladies cardiovasculaires (82) et du cancer (34). Concernant enfin les exilés originaires des autres continents, on observe pour l'Europe de l'Est des taux de prévalence très élevés pour les psychotraumatismes (188) et de l'infection par le VHC (40); pour les Caraïbes des maladies cardiovasculaires (90) et du diabète (77); et enfin pour l'Asie du Sud du diabète (57) ■

RECOMMANDATIONS

- **Développer les recherches sur la santé des migrants.** En dehors de l'infection par le VIH et de la tuberculose, les données d'épidémiologie médico-psychologique pour la santé des étrangers restent rares en France, principalement en raison du déficit d'utilisation des indicateurs d'état civil nationalité/pays de naissance dans les recherches et publications de santé publique. Dans ce contexte, les données produites par les associations de soins et de soutien aux migrants sont précieuses pour affiner les diagnostics et priorités des actions de santé, d'accès aux soins, d'accès aux droits et de lutte contre les discriminations à mettre en œuvre ou à développer.
- **Favoriser la proposition des bilans de santé dans les dispositifs de droit commun,** adaptés aux caractéristiques épidémiologiques des migrants. Les retards dans le dépistage des maladies graves et/ou dans le repérage des troubles psychiques graves concernent non seulement des étrangers tenus à l'écart des dispositifs de santé en raison de leur situation de précarité, mais aussi de nombreux migrants ayant consulté un médecin, en ville ou à l'hôpital, et/ou s'étant pourtant déjà adressés à un dispositif de dépistage ciblé (CLAT, CDAG, CIDDIST...) sans que le bilan de santé n'ait été complété. Les Centres d'examen de santé de la sécurité sociale, pour les assurés sociaux et bénéficiaires de l'AME, ainsi que les dispositifs PASS des hôpitaux publics, pour les personnes dépourvues de droits, sont en première ligne pour réaliser les bilans nécessaires.
- **Développer les stratégies de prévention et de dépistage au sein des populations qui n'accèdent pas aux soins** à travers l'*outreach* et le travail local de santé en réseaux (Ville santé par exemple) ; également en rendant disponibles les TROD (Tests rapides d'orientation diagnostiques) combinés (VIH, VHC et VHB) de façon à faciliter par la suite le soin et l'inscription des personnes dans le système de droit commun.
- **Mettre en place des programmes de santé publique dédiés aux migrants en matière :**
 - de santé mentale, prenant en compte les phénomènes de violence ;
 - d'infections chroniques par les virus des hépatites ;
 - de maladies chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires et le cancer.
- **Enfin, ces différentes mesures seront insuffisantes si la situation administrative et sociale des étrangers ne s'améliore pas dans les années à venir.** Cette situation étant directement en cause dans les nombreux obstacles rencontrés par ces personnes en matière d'accès aux soins et aux droits (voir chapitres suivants).



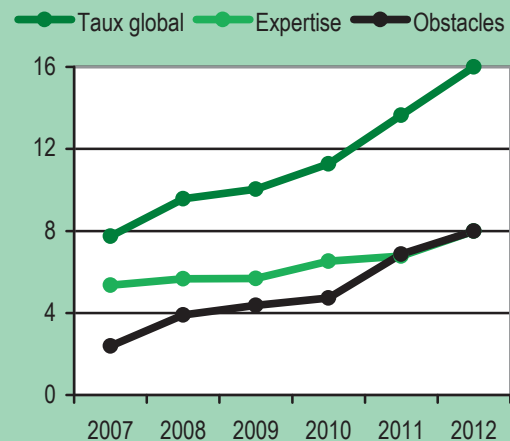
Accès aux soins

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

Les exilés sont confrontés à de nombreux **obstacles à l'accès aux soins**, principalement restrictions légales et administratives pour l'accès à la protection maladie, difficultés de communication linguistiques et discriminations au sein des dispositifs de prévention et de soins. Exclus par le législateur de la sécurité sociale en 1993, de la Couverture maladie « universelle » en 1999 et enfin de l'Aide médicale Etat (AME) pendant les 3 premiers mois de résidence en 2003, les personnes sans droit au séjour peuvent se trouver exclues des soins médicaux nécessaires à prévenir la survenue de maladies jusqu'à l'hospitalisation en urgence. La réforme de l'AME de décembre 2010 (forfait de 30 euros, agrément préalable pour les soins lourds) n'a été que partiellement abrogée en juillet 2012 (maintien de la réduction du panier de soins). Mais la réforme de décembre 2003 (instauration d'un délai de résidence de 3 mois avant de pouvoir bénéficier de l'AME et suppression de la procédure d'admission immédiate) est toujours en vigueur en 2013.

Au delà des sans-papiers directement visés par ces réformes, les étrangers démunis en séjour régulier ont vu leurs conditions d'accès aux soins se dégrader au cours des dernières années, dans un climat de suspicion et de restriction accrue de l'application du droit à la CMU-C et à l'AME. De plus, depuis la création en 2003 des procédures d'asile à garantie diminuée, de nombreux demandeurs d'asile se trouvent dépourvus de titre de séjour sans que l'Ofpra n'ait encore statué sur leur situation, et relèvent au mieux de l'AME. Enfin, les dysfonctionnements généralisés dans l'application par les Caisses d'assurance maladie françaises des dispositifs de coordination des systèmes de sécurité sociale entre Etats, en particulier au sein de l'Union européenne, censés faciliter la continuité des soins et des droits des assurés, ont pour effet de priver de nombreux entrants en France de toute couverture maladie pendant de longs mois, alors même qu'ils y ont transféré leur résidence.

Interventions et obstacles à l'accès aux soins
Centre de santé du Comede, 2007-2012



Les consultants du Comede évaluent les besoins en accompagnement spécialisé (*expertise*) et signalent les *obstacles* à l'accès aux soins rencontrés par les usagers. Cette évaluation n'est pas exhaustive, et reste tributaire de variations importantes entre les consultants (du simple au double). En outre, la priorisation de l'accès au Comede pour des personnes dépourvues de protection maladie peut également influencer les résultats. Malgré ces biais potentiels, l'évolution globale est significative d'une progression de l'exclusion des soins au cours des dernières années.

Les excès du contrôle par la sécurité sociale, en partie liés à la stigmatisation des étrangers, s'accompagnent d'une réduction progressive des moyens humains des caisses affectés à l'accueil du public (politique de dématérialisation des guichets) avec transfert du montage des dossiers de demande vers les partenaires extérieurs aux caisses (proposition de conventionnement d'association ou fermeture pure et simple des guichets). Il en résulte des besoins renforcés de soutien individuel pour l'accès à la protection maladie.

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

Interventions et obstacles à l'accès aux soins pour les bénéficiaires du Comede en 2012

voir aussi encadré page précédente

	CDS	ESD	PT
Total	16%	29%	27%

Par public vulnérable

Demandeurs d'asile	18%	-	21%
Femmes	16%	34%	31%
Migrants ≥60 ans	25%	51%	49%
Mineurs <18 ans	6%	1/1	55%

préventifs et des premiers soins curatifs est accessible dans certains dispositifs ambulatoires (centres de prévention et dépistage, centres associatifs de soins), la continuité des soins n'est possible qu'avec une protection maladie permettant la dispense d'avance des frais (CMU-C ou AME). Pour des personnes très démunies sur le plan financier, la répétition des soins ou la nécessité de soins spécialisés débordent les possibilités ces dispositifs : hospitalisations non urgentes, thérapeutiques coûteuses, bilans réguliers et traitements quotidiens pour les maladies chroniques. Sans protection complémentaire, l'interruption des soins est la règle, immédiate ou consécutive à la réception à domicile de la facture (voir PASS en fin de chapitre). Considérés comme « perdus de vue » par les dispositifs de droit commun, une partie de ces malades retardent le recours aux soins jusqu'à l'aggravation de leur état de santé.

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

pour les demandeurs d'asile (dispense de la condition de stabilité du séjour). Elles se traduisent le plus souvent par un refus d'ouverture de droit. Le phénomène le plus significatif reste le renvoi non réglementaire de personnes disposant d'un titre de séjour provisoire ou d'une convocation préfecture vers le dispositif d'AME en lieu et place de l'Assurance maladie, ce qui se traduit par une surcharge induite des dépenses d'AME.

DONNEES QUANTITATIVES EN 2012

Une part importante des activités de soutien du Comede est consacrée aux difficultés et obstacles à l'accès aux soins. Au cours de l'année, **l'expertise et l'intervention** des professionnels du Comede dans ce domaine ont été nécessaires pour 16% des consultations du Centre de santé (CDS), 29% à l'Espace santé droit (ESD) et 27% des réponses téléphoniques (PT, voir tableau supra). Parmi les publics vulnérables, la demande de soutien est plus importante chez les migrants âgés ≥ 60 ans (51% à l'ESD, 49% lors des PT) et les femmes

Protection maladie des patients du Centre de santé en 2012

sur 3930 facturations de consultations médicales

	sans DAF	CMU.C	AME
Total consultations	67%	26%	7%
Nouveaux patients	95%	4%	1%
Première Cs 2012	77%	18%	5%
Dernière Cs 2012	64%	28%	8%

Par département

75-Paris	67%	26%	7%
77-Seine-et-Marne	72%	21%	7%
78-Yvelines	50%	39%	11%
91-Essonne	62%	24%	14%
92-Hauts de Seine	70%	20%	10%
93-Seine-Saint-Denis	69%	26%	5%
94-Val-de-Marne	65%	29%	6%
95-Val d'Oise	66%	29%	5%

Par public vulnérable

Demandeurs d'asile	68%	27%	5%
Femmes	71%	22%	7%
Mineurs <18 ans	80%	20%	0%
Migrants ≥60 ans	75%	17%	8%

DAF dispense d'avance des frais (CMU.C ou AME)

(34% ESD et 31% PT). Au Centre de santé du Comede, l'accès aux consultations est réservé en priorité aux exilés dépourvus de protection maladie (95% des nouveaux patients en 2012, voir tableau page précédente). Parmi l'ensemble des consultations médicales effectuées en 2012, 33% des patients avaient finalement bénéficié d'une protection maladie intégrale, par la Complémentaire-CMU (CMU-C, 26%) ou l'Aide médicale Etat (AME, 7%). Les personnes domiciliées en Seine-et-Marne, dans les Hauts-de-Seine et en Seine-Saint-Denis sont restées plus souvent dépourvues de protection complémentaire que les autres (respectivement 72%, 70% et 69%, pour un total de 67%). C'est également le cas parmi les publics vulnérables : demandeurs d'asile (68%), femmes (71%), migrants âgés ≥ 60 ans (75%) et enfants mineurs (80%).

En 2012, des obstacles à l'accès aux soins ont été signalés pour 839 consultations (703 au CDS et 136 à l'ESD) et 180 réponses téléphoniques. Dans le cadre des permanences téléphoniques, 82% des obstacles signalés étaient dus à l'absence de protection maladie et à des difficultés d'ouverture de droits. Au Centre de santé, les obstacles repérés en consultation font l'objet d'une analyse annuelle détaillée par les intervenants du groupe de Suivi de l'accès aux soins (SAS, voir page 70). Un échantillon tiré au sort de 285 consultations mentionnant un « obstacle » a été constitué. L'analyse des dossiers correspondants a permis de caractériser 549 obstacles à l'accès aux soins concernant 253 patients (voir tableau ci-contre). Comme dans les permanences téléphoniques, on observe que la plupart des obstacles à l'accès aux soins (78%) relèvent des **dysfonctionnements de la Sécurité sociale**. Les erreurs de droit sont les plus fréquentes (32%), dont la diversité témoigne à la fois de la méconnaissance du statut juridique des personnes (régularité du séjour) et de celle des procédures d'instruction rapide des droits (refus d'enregistrement des demandes et refus d'application des procédures d'admission immédiate à la CMU-C ou d'instruction prioritaire à l'AME). Les erreurs de procédure sont également très fréquentes (24%), dont les plus

Typologie des obstacles à l'accès aux soins pour les patients du Comede en 2012

549 obstacles documentés pour 253 patients du Centre de santé

Type d'obstacle	2012
Erreurs de droit du CSS	32%
<i>Pour la Sécu et l'AME</i>	13%
Régularité de séjour CMU/AME	5%
Refus enregistrement demande	5%
Enregistrement différé	3%
Autres obstacles	<1%
<i>Pour la Sécu-CMU-C</i>	12%
Attente de l'ATA	3%
Exigence EAN/identité	3%
Régularité du séjour / renvoi AME	2%
CMU-C refus adm. immédiate	2%
Exigence de RIB	1%
Ouverture Base & oubli CMU-C	1%
Autres obstacles	1%
<i>Pour l'Aide médicale Etat</i>	7%
Refus Instruction prioritaire AME	2%
Exigence EAN/identité	2%
Demandes abusives ressources	1%
Exclusion abusive de l'AME	1%
« Preuve d'irrégularité de séjour »	1%
Résidence en France	1%
Erreurs de procédure du CSS	24%
Délai de traitement > 2 mois	14%
Dossier « perdu » par le CSS	5%
Absence de reçu de dépôt	4%
Accord non notifié	2%
Difficultés d'accès au CSS	21%
Besoin d'aide au dossier	6%
Problème de langue	4%
Traçabilité du dossier	3%
CSS injoignable par téléphone	2%
Problème de boîte à lettre	2%
Défaut de preuve de résidence	1%
Difficultés domiciliation	1%
Autres obstacles	1%
Obstacles dispositifs de soins	22%
Soins différés	10%
Défaut de droits	8%
Autre motif	2%
Nouv. arrivée en France < 3 mois	4%
Dysfonctionnement plateforme asile	3%
Dysfonctionnement hôpital/PASS	2%
Rupture de droits	2%
Facture hôpital	1%
Autres obstacles	<1%

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

Accès aux soins de santé mentale et difficultés d'accès aux Centres médico-psychologiques

Permanence téléphonique Santé mentale, voir page 77

Le Comede a mis en place fin 2012 une permanence téléphonique dédiée aux questions de santé mentale. Parmi 72 appels documentés début 2013, 81% des sollicitations sont dues à des difficultés d'accès aux soins de santé mentale. Les obstacles caractérisés le plus fréquemment sont la barrière de la langue et l'absence d'interprète professionnel (41%), les difficultés liées à la sectorisation (23%) et les refus de soins (18%). L'absence d'interprète professionnel équivaut dans de nombreux cas à une absence de prise en charge pour des patients allophones. Les refus de soins peuvent être liés au doute porté par les professionnels sur l'authenticité des troubles psychiques des exilés, parfois soupçonnés d'utiliser le système de soin pour « accéder à des droits sociaux ».

Lorsque les appelants témoignent de tels obstacles à l'accès au soins, les répondants peuvent proposer de se mettre en contact avec la structure de soin choisie en première intention pour favoriser l'accueil du patient demandeur. En cas d'échec ou si cette démarche paraît inadéquate, les personnes sont orientées vers des associations spécialisées dans la santé mentale des exilés, la prise en charge du psychotraumatisme, ou le soin pour les personnes précaires.

nombreuses sont liées au non respect des délais de procédure, aux dossiers « perdus » par la CPAM ou encore à l'absence de reçu. Des difficultés d'accès au CSS de secteur sont signalées dans 22% des cas, souvent en raison de l'absence d'interprète pour les démarches, d'aide au dossier ou d'insuffisance de « traçabilité » des dossiers avec multiples renvois d'un service à l'autre de la CPAM. Enfin, 22% des obstacles sont dus aux dysfonctionnements des dispositifs de soins, dont l'hôpital public sollicité en priorité par ces patients démunis, avec soins différés et risque d'aggravation de l'état de santé. On observe notamment une progression des restrictions ou refus de soins dans les Permanences d'accès aux soins (Pass) de l'hôpital public, dans un contexte d'injonctions contradictoires entre la mission de soin inconditionnel fixée par la loi et l'incitation des tutelles à réaliser des économies financières. Ces restrictions et refus de soins touchent en particulier les étrangers récemment arrivés en France, dont l'accès à une protection

maladie est particulièrement complexe dans le contexte de restriction législative consécutif à la réforme de l'AME de décembre 2003 (voir supra).

ANALYSE QUALITATIVE DES OBSTACLES DANS LES CAISSES DE SECURITE SOCIALE

Les difficultés d'accès à la protection maladie restent liées à la précarité du statut administratif, particulièrement en raison de l'alternance des périodes de séjour régulier et irrégulier. Les difficultés spécifiques pour les **demandeurs d'asile** ont été renforcées par la circulaire ministérielle du 8 septembre 2011 qui a renvoyé vers le dispositif AME les demandeurs d'asile en procédure « Dublin ». Bien qu'en « séjour régulier » en France sous « convocation nominative en préfecture », ils sont désormais exclus de l'Assurance maladie. Plus globalement, la complexité du dispositif de protection maladie des demandeurs d'asile est génératrice de « refus de droit », les caisses ne sachant ni analyser le statut des personnes ni déterminer la protection maladie correspondante. Ce phénomène se traduit par des ouvertures de droits retardées de plusieurs mois et parfois rendues impossibles. A titre d'illustration, au moins 7 situations différentes peuvent se présenter :

- DA en procédure normale avant enregistrement en préfecture et en France depuis moins de trois mois ;
- Idem, en France depuis plus de trois mois ;
- DA procédure normale avant versement allocation temporaire d'attente (ATA) ;
- DA procédure normale après versement ATA ;
- DA en « procédure prioritaire » avant rejet Ofpra ;
- DA en « procédure prioritaire » après rejet Ofpra ;
- DA en procédure Dublin.

Les règles d'**immatriculation** ont également été durcies par l'Insee, la Cnav et le ministère de la santé ont déclenché en janvier 2012, ce qui a conduit à une crise généralisée de l'ouverture de droit à l'Assurance maladie des personnes nées à l'étranger. Ces nouvelles exigences relatives à

Dysfonctionnements des caisses de sécurité sociale en ILE-DE-FRANCE

■ **CPAM 75-Paris** : en 2012, la CPAM de Paris a poursuivi ses pratiques particulièrement restrictives à l'égard des étrangers, tout en développant une politique de communication à destination des associations. En matière de concertation, la Caisse a répondu favorablement à la demande des associations de l'ODSE d'une réunion de travail annuelle pour faire le point sur les difficultés rencontrées par les usagers. En revanche, la caisse persiste dans son refus de communiquer les textes réglementaires applicables notamment en CMU de base, CMU-C et AME. Malgré un avis favorable de la Commission d'accès aux documents administratifs (01/12/2011), la Caisse n'a jamais fourni la note AME du 7 mars 2011, ni aucun texte relatif à la CMU de base ou la CMU-C.

Les conditions d'accueil ne se sont améliorées qu'en apparence, la disparition des files d'attente aux deux uniques guichets AME correspondant une incitation à faire les demandes par courrier. Ce faisant, la Caisse prive d'une part les demandeurs de l'aide à la constitution du dossier en externalisant ce travail vers les travailleurs sociaux et les associations, et d'autre part provoque un allongement préoccupant du délai de traitement du fait des nécessaires demandes d'informations complémentaires. Le choix de développer une filière de traitement réservée à quelques associations et hôpitaux, permet effectivement de réduire les délais de traitement de ces dossiers, mais au détriment de demandes des usagers « ordinaires ».

La création d'une boîte email permettant, aux assistants sociaux hospitaliers et à certaines associations d'échanger avec un conseiller technique pour solutionner les situations de blocage n'a que très partiellement compensé le désengagement de la Caisse de ses missions de lutte contre l'exclusion.

Sur un plan technique, la Caisse a maintenu un niveau excessif de contrôle des conditions d'accès à l'AME : refus des ordonnances de médecins de ville comme preuve de présence en France (idem en cas de procès-verbal pourtant rédigé par un policier ou un agent des entreprises de transport) ; ajout - sans base légale - d'un contrôle des dépenses au contrôle des ressources, et rejets expéditifs des demandes fondés sur une prétendue « discordance entre ressources et dépenses ». De manière générale, la Caisse continue d'exiger des justificatifs de domicile là où la réglementation n'en réclame pas, et confond toujours les notions d'ancienneté de présence en France et de résidence habituelle.

Le rattachement des mineurs (essentiellement sur l'Assurance maladie d'un adulte) témoigne également d'une application très restrictive du droit par la Caisse qui maintient, sans base légale, une exigence de liens juridiques entre l'assuré et l'enfant ou une exigence de certificat de scolarisation (même pour les moins de 16 ans).

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

■ **CPAM 93-Seine-Saint-Denis** : la Caisse a mis en place depuis plusieurs années un service transversal d'assistance (« groupe d'assistance CMU ») qui peut intervenir efficacement auprès des différents services pour lever des obstacles liés à la complexité de certaines situations. Le service centralisé AME est joignable, réactif et efficace. Cependant les délais de traitement restent très longs (plusieurs mois), même si la caisse est l'une des rares à essayer d'organiser un repérage des demandes prioritaires. On notera une méconnaissance de la réglementation applicable aux ressortissants communautaires sans emploi et aux conjoints de Français, se traduisant par des refus contestables de prestations. La délivrance de reçu en Complémentaire CMU est trop souvent aléatoire. Enfin, la caisse persiste dans son refus de pratiquer le maintien des droits à l'Assurance maladie avec AME-complémentaire, et facture donc indûment des soins en AME.

■ **CPAM 94-Val-de-Marne** : depuis de nombreuses années, un cloisonnement rigide des services empêchait toute traçabilité des dossiers et conduisait à une segmentation délétère du processus de décision en assurance maladie ainsi qu'à un délai de traitement exagérément long. Le traitement rapide d'une demande était impossible, aucun service n'ayant une compétence globale sur un dossier. La réunion des services AME et CMU de base, ainsi que la création d'un service « de gestion du dossier client » n'a pas encore montré d'amélioration en 2012. De plus, certaines demandes d'AME sont renvoyés au CCAS de l'adresse de domiciliation lorsque les dossiers sont incomplets, alors même que l'intéressé n'a pas déposé sa demande au CCAS. La mairie contacte ensuite le bénéficiaire, le convoque et complète le dossier ce qui allonge les délais et induit de la confusion sur le rôle des institutions.

Dysfonctionnements de la CPAM 34

▪ **CPAM 34-Hérault** : en dépit de la réglementation (lettre ministérielle DSS/SD2A du 28 juillet 2006) et malgré de nombreux recours, la Caisse persiste à refuser systématiquement toute protection maladie aux étrangers titulaires d'une autorisation provisoire de séjour pour raison médicale (APS). Cette pratique remet en cause la continuité des soins de personnes ayant besoin d'une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, et qui résident souvent en France depuis plusieurs années.

Dysfonctionnements de la CGSS en Guyane

▪ **CGSS-Guyane** : En 2012, la direction générale de la CGSS a cherché à améliorer la qualité du service rendu à destinations des publics précaires notamment en matière d'AME après la crise de 2010-2011 ayant notamment vu 50% des bénéficiaires de l'AME privés de leur droit pendant un an. De nombreux problèmes persistent, tant pour l'accueil du public qu'en terme d'application du droit. Sur le plan de l'organisation, les problèmes résident dans les délais de traitement, de trop nombreuses pertes de dossiers AME, l'absence de procédure d'instruction prioritaire (AME) ou d'admission immédiate à la Complémentaire-CMU. On notera également des restrictions exorbitantes dans la procédure d'immatriculation conduisant à refuser toute ouverture de droit aux personnes ne présentant pas de pièces d'état civil jugées conformes (voir encadré page suivante). Cette pratique intervient dans un contexte où les assurés sont précisément exposés à des privations majeures de leur droit à l'état civil : population française amérindienne ou bushinenge sans état civil, « réfugiés » surinamais, haïtiens.

Le rattachement des enfants pose des problèmes similaires, la caisse exigeant la démonstration de l'existence d'un lien juridique entre l'enfant et l'assuré en violation de la loi et de la jurisprudence sur *la charge effective et permanente*.

La « condition de régularité du séjour » est mal maîtrisée, conduisant à renvoyer sur l'AME des étrangers en séjour régulier sous titre de séjour provisoire (demandeurs d'asile, titulaires de convocation préfecture, attestation de dépôt, APS). Enfin, les difficultés générales d'accès à l'AME (liées aux pratiques de la caisse et à la difficulté effective de démontrer la résidence habituelle en France, l'ancienneté de présence, l'identité et l'adresse) conduisent à une sur-utilisation du FSUV par les hôpitaux pour des personnes qui devraient relever de l'AME.

la fiabilité des pièces d'état civil produites imposent en effet leur légalisation systématique par les autorités du pays d'origine. Cette procédure à vocation de « rationalisation » conduit ainsi à l'exclusion de droit pour les plus précaires. Si ces consignes sont pertinentes pour la gestion globale des assurés, elles ont des effets délétères sur les personnes dont les situations sociales et juridiques sont à la marge. Sont ainsi exclus ceux dont les relations aux autorités du pays d'origine est impossible ou complexe (demande d'asile en cours, absence de représentation diplomatique en France, absence de soutien au pays pouvant faire des démarches), ceux dont les pays ont un service d'état civil défaillant ou inexistant (notamment Haïti, Sierra Leone, Angolais de Cabinda,...), et ceux qui n'ont pas l'argent nécessaire pour payer la légalisation (RDC 150 euros). En pratique, les personnes ne peuvent même pas déposer leur demande, les caisses refusant l'enregistrement des dossiers et invitant les personnes à revenir ultérieurement avec les pièces légalisées. Pourtant, l'usage d'une immatriculation provisoire dans l'attente de la certification de l'état civil doit permettre aux caisses d'instruire les dossiers et d'ouvrir des droits à toute personne. En refusant d'utiliser la procédure d'immatriculation provisoire, les caisses remettent en cause le principe de « présomption de droit » instauré par la réforme CMU pour toute personne résidente de façon stable et régulière en France (article L161-2-1 CSS).

Autres obstacles constatés en 2012 :

- des dysfonctionnements massifs dans la mise en oeuvre des dispositifs de coordination des systèmes de sécurité sociale entre Etats (notamment UE) ;
- une généralisation des cas d'erreur d'appréciation par les caisses qui confondent les notions de résidence habituelle en France, ancienneté du séjour et régularité du séjour et justification d'un domicile ;
- un accroissement de l'exigence des caisses de produire un justificatif de domicile en violation du principe déclaratif de l'adresse prévu par les textes et du fait de la confusion avec le contrôle de la notion de « résidence en France » ;

- enfin l'exigence nationale de relevé d'identité bancaire : en refusant d'enregistrer les demandes des personnes - notamment sans domicile ou sans titre de séjour - dépourvues de compte bancaire, et ce alors qu'aucun remboursement n'a lieu en CMU-C (ni en AME), l'administration interdit ipso facto d'accès aux soins tous les étrangers en séjour précaire. En effet, la précarité de leur situation financière, administrative et de domicile conduit les banques à refuser de leur ouvrir un compte. Ces préoccupations ont été partiellement entendues par la Direction de la sécurité sociale au ministère de la Santé qui a invité les caisses à ne pas exiger de RIB en matière d'AME (circulaire du 8 septembre 2011).

**Immatriculation à l'Assurance maladie en Guyane :
une femme et ses deux nouveaux nés
privés de protection pendant un an et demi**

Mme D. vit à Cayenne depuis 2008 en habitat précaire et bénéficie de l'AME jusqu'en décembre 2011, date à laquelle elle accouche de son premier enfant. Elle demande le renouvellement de sa protection maladie. Régularisée entre temps avec une carte de séjour temporaire d'un an, Mme D. est logiquement invitée par la CGSS à changer de statut afin de bénéficier de l'Assurance maladie (avec CMU-C). L'AME n'est donc pas renouvelée. Mais l'étude des droits à l'Assurance maladie est bloquée par la CGSS tant que l'intéressée ne fournira pas la pièce d'état civil jugée satisfaisante pour son immatriculation, à savoir l'extrait des Archives nationales apostillé par les autorités haïtiennes... Les démarches engagées auprès de la sœur en Haïti restent vaines pour obtenir le document.

Pendant un an et demi (mai 2013), l'intéressée sera exclue de toute protection maladie malgré son RSA (mai 2012) et son activité professionnelle (août 2012). En juillet 2012, le responsable de l'Accueil CGSS de Cayenne confirme qu'il ne peut rien faire sans la pièce d'état civil réclamée.

Le suivi de sa maladie chronique sera assuré à l'hôpital, les services de ce dernier parvenant pas à débloquent la situation malgré de multiples interventions écrites auprès de la CGSS. En congé maternité, Mme D. ne percevra pas ses indemnités journalières. L'accouchement du second enfant se déroule sans protection maladie.

Pourtant, l'intéressée produit quatre pièces d'identité concordantes : un passeport haïtien en cours de validité renouvelé en Guyane en 2011, une carte de séjour délivrée par le préfet de Guyane en 2011, un extrait d'acte de naissance haïtien récent en Français, et le recto des « Archives nationales d'Haïti ».

Du fait de la fréquence et de la diversité des causes de refus d'ouverture de droit, il est indispensable de pouvoir contacter par téléphone le service concerné du CSS de secteur. Or cet accès est rendu très difficile par la mise en place de « plateformes téléphoniques » qui ont allongé les délais de sollicitation des usagers et des professionnels. En dépit de l'objectif de « guichet unique » par la réforme CMU, la multiplication de guichets et procédures « spécifiques » confiés à des « agents spécialisés » pour les exclus étrangers entretiennent les CSS de secteur dans leur méconnaissance du droit.

Enfin, les refus des Caisses d'appliquer les procédures d'instruction accélérée (admission immédiate à la CMU-C et instruction prioritaire à l'AME), malgré un courrier argumenté d'un professionnel de santé, conduisent soit à une interruption des soins, soit à un recours accru aux Pass des hôpitaux publics, seul dispositif permettant de délivrer l'ensemble des soins nécessaires pendant ces périodes d'exclusion du droit. Les Pass n'ont théoriquement pas vocation à suppléer les refus d'application de la réglementation par la Sécurité sociale. Cette situation place pourtant les Pass et les hôpitaux publics en première ligne face à l'exclusion des soins pour les étrangers en situation précaire.

**ANALYSE QUALITATIVE DES OBSTACLES
DANS L'ACCES A L'HOPITAL ET AUX PASS**

L'observation conjointe du Centre de santé, de l'Espace santé droit et des permanences téléphoniques a mis en évidence en 2012 un accroissement des cas de refus ou de restrictions de soins dans les hôpitaux, principalement à l'encontre des personnes étrangères récemment arrivées en France. Depuis septembre 2012, le Comede et l'ODSE ont entrepris de documenter les différentes situations pour analyser les motifs et modalités de ces refus et restrictions de soins, une trentaine de situations ayant été documentées en mai 2013. Ces situations concernent principalement des personnes arrivées sur le territoire français depuis moins de 3 mois, en

situation administrative précaire (visa, demande d'asile en cours, APS...), dépourvus de protection maladie et présentant un besoin de soins urgents et coûteux. Ces personnes sont souvent considérées par la préfecture, l'hôpital ou la Caisse de sécurité sociale comme « des migrants sanitaires », ou encore « touristes médicaux », bien que ces catégories ne renvoient à aucun fondement juridique. Ces désignations servent à disqualifier ces malades renvoyés à la figure de l'étranger « profiteur » et « menteur », sans tenir compte de la complexité du processus de migration. Ainsi pour les ascendants de Français ou d'étrangers résidant en France, il est difficile de déterminer si c'est le besoin de soins ou la volonté de vivre auprès des siens qui a motivé le départ du pays d'origine. Quant aux urgences médicales, il est souvent impossible d'affirmer si celles-ci sont la conséquence d'une condition médicale qui avait préalablement été diagnostiquée au pays d'origine. Une minorité de patients affirment être venus en France pour y recevoir des soins. Ces derniers sont tous atteints de maladies graves, incurables dans leur pays d'origine, et expliquent leur choix par la volonté de vivre, la confiance dans le système de soins français et souvent des liens familiaux avec la France.

La multiplication de ces refus et restrictions de soins témoigne d'une dangereuse évolution des pratiques hospitalières en matière de lutte contre l'exclusion. L'accès aux soins dans les hôpitaux apparaît de plus en plus conditionné à la détention préalable d'une protection maladie, au mépris des règles de la déontologie médicale et du respect des droits humains fondamentaux. Cette évolution s'inscrit dans un contexte où la part des dotations globales dans le budget des hôpitaux n'a cessé de se réduire au profit du financement à l'acte, processus qui connaît une accélération depuis la mise en place de la T2A en 2005. Soucieux de ne pas mettre leurs établissements en déficit, les directions et les services financiers des hôpitaux peuvent exercer des pressions directes ou indirectes sur les équipes médicales et sociales pour qu'elles détectent les patients dont les factures pourraient se révéler irrécouvrables. L'incursion systématique des préoccupations financières

dans l'accueil social et la décision médicale semble constituer la cause profonde de ces dysfonctionnements. En outre, le climat politique particulièrement hostile à l'immigration et la progression de la xénophobie au cours des dernières années (voir rapports annuels de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme, www.cncdh.fr) contribuent à entretenir au sein du système de santé et des établissements hospitaliers une atmosphère de méfiance envers les personnes étrangères, particulièrement les primo-arrivants.

Dans l'observation du Comede et de l'ODSE, les refus et obstacles aux soins hospitaliers sont souvent la conséquence d'une analyse erronée des conditions d'accès la protection sociale, les services hospitaliers ayant tendance à considérer les pratiques restrictives des Caisses de sécurité sociale (voir supra) comme « le droit », et à considérer des étrangers en séjour précaire et démunis financièrement comme « insolubles ». Au regard du droit, l'accès à une protection maladie ne devrait être problématique que pour une minorité de patients : les patients arrivés depuis moins de trois mois et les personnes en situation irrégulière dont les ressources dépassent le plafond prévu par la loi. Pourtant des personnes ayant des droits potentiels à une couverture sociale sont régulièrement exclus des droits et des soins.

Monsieur B. est bangladais et est arrivé en France en décembre 2011. Il a fait une demande d'asile et est suivi par la Cafda. Diabétique, il se présente en octobre 2012 dans un hôpital parisien et se voit prescrire et délivrer un mois de traitement. Il revient un mois plus tard, la délivrance de son traitement lui est refusé sous prétexte qu'il n'a pas de protection maladie. Il n'est pas orienté vers le service social et aucune démarche n'est engagée pour faire valoir ses droits à la CMU et à la CMU-C. M.B reste sans traitement et ignorant de ses droits.

Madame H. est mongole. Elle est atteinte d'un cancer du foie. Sur les conseils de médecins chinois, elle est venue en France avec sa famille. Elle est entrée sans visa. Elle se présente dans un hôpital parisien. Elle a besoin d'une greffe. Une demande d'Aide Médicale d'Etat est déposée après trois mois de présence sur le territoire. En l'absence d'éléments d'état-civil suffisants, la caisse refuse l'AME. Les médecins refusent toute opération tant que les droits à l'Aide Médicale d'Etat ne sont pas ouverts.

Une part importante des situations concerne des patients en situation irrégulière en France depuis moins de trois mois. Ces patients, exclus de l'AME depuis la réforme de 2003 (voir introduction), ne relèvent d'aucune protection maladie en France. Cependant, pour les situations d'urgence, la réforme de 2003 avait prévu un mécanisme de recouvrement des frais engagés par les hôpitaux, le Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV), dont la demande est instruite par la CPAM. Pour activer le FSUV, le médecin doit signer un certificat médical, faisant valoir que les soins sont rendus nécessaires par l'urgence incluant le risque d'une « altération grave et durable » de l'état de santé (Art L 254-1 CASF). Or il apparaît que de nombreux médecins sont réticents à rédiger un tel certificat en dehors des situations où le pronostic vital est engagé de façon imminente.

Au delà des médecins, des assistantes sociales et des services administratifs méconnaissent également les textes réglementaires, dont la circulaire ministérielle du 16 mars 2005 qui inclut au FSUV, de manière non limitative, les soins « destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le VIH, par exemple), les soins liés à la grossesse et l'IVG ». La circulaire du 7 janvier 2008 prévoit également que soit joint un refus d'AME à la demande. L'engagement de la procédure nécessite donc la collaboration du service social. Or il arrive que le service social hospitalier freine la constitution d'une demande de FSUV, ce qui entrave à la fois la continuité des soins pour le patient et les possibilités de remboursement pour l'hôpital.

Monsieur F. est burkinabé. Il a un titre long séjour italien mais vit en France depuis 2010. Résident en France, il ne relève plus de la sécurité sociale italienne mais ne peut prétendre à l'AME, car ses ressources sont supérieures au plafond. Séropositif pour le VIH, il commence à être suivi dans un hôpital de Seine-Saint-Denis. Il a besoin d'un traitement antirétroviral mais ne peut faire face au coût de médicaments qui s'élève à 1000 euros par mois. Malgré la volonté du médecin d'entamer les démarches de prise en charge au titre du FSUV, le cadre du service social refuse d'engager la procédure FSUV. La mise sous traitement est retardée de plusieurs mois.

M. T est géorgien, il est arrivé en France depuis moins de trois mois. Il se présente dans un hôpital parisien. Il est atteint par une tuberculose ultra-résistante, une forme particulièrement virulente de la maladie dont la propagation doit être enrayée. Le service social refuse d'engager les démarches pour activer le FSUV au mépris de la santé du patient et de la santé publique.

Outre l'analyse erronée des services hospitaliers en terme de droits, les observations du Comede et de l'ODSE mettent en évidence des confusions dangereuses entre évaluations médicale, sociale et administrative, en violation des règles de la déontologie médicale et du Code de la santé publique. S'il est nécessaire - pour le patient et pour l'hôpital - que les personnes démunies et sans protection maladie soient accompagnées dans l'accès aux droits dès le premier contact avec l'établissement, cet accès aux droits ne peut être un préalable et encore moins une condition pour l'accès aux soins. L'évaluation de la nécessité des soins médicaux doit se faire de façon strictement indépendante de l'évaluation de la situation administrative et sociale. De nombreuses situations de refus ou d'interruptions des soins apparaissent pourtant davantage liées au « diagnostic administratif » qu'au diagnostic médical.

Madame P. est âgée de 28 ans, de nationalité moldave. Elle réside en France depuis janvier 2011, en cours de demande d'asile sous « convocation préfecture ». Elle consulte au Comede le 19 avril 2013, reçue par l'infirmière et l'assistante sociale. Une demande de CMU base et complémentaire est effectuée. Elle est reçue par le médecin le 3 mai, qui l'adresse à la Pass de l'hôpital parisien le plus proche de sa domiciliation, pour des douleurs très importantes d'origine neurologique. Le lendemain, l'assistante sociale de la Pass contacte le Comede pour signaler qu'il n'y aurait « pas d'urgence médicale parce que la maladie est connue depuis longtemps », qu'« une consultation coûte 50 euros que la patiente va devoir payer », et que « le médecin l'a vu pour rien car les examens ne seront pas fait tant qu'elle n'aura pas d'ouverture de droits ». Contacté par téléphone, le médecin de la Pass a déclaré « s'en remettre à l'assistante sociale ». Revenue consulter au Comede 48h plus tard, Madame P devra être orientée par le médecin vers les urgences de l'hôpital de Bicêtre (les plus proches du Centre de santé du Comede), où les médecins décident son hospitalisation immédiate devant le retentissement de la douleur d'origine rhumatologique.

Les cas parmi les plus dramatiques concernent des étrangers sous visas. Considérés comme des « touristes », ils sont exclus du FSUV. Perçus comme des « migrants thérapeutiques », ils ont parfois des difficultés à faire valoir leurs droits à une couverture sociale même après avoir établi leur résidence en France et passer plus de trois mois sur le territoire. Souvent, ces personnes ont de la famille sur le territoire, française ou en situation régulière, qui en plus d'affronter la maladie d'un proche, doivent supporter le coût financier du traitement, allant parfois jusqu'à se ruiner.

Monsieur K. est tunisien et a 61 ans. Après avoir divorcé de son épouse, il est venu en France en octobre 2012 avec un visa 90 jours. Il rejoignait en France ses quatre enfants qui vivent en France et sont français ou en situation régulière. Fin novembre, il se plaint de fortes douleurs abdominales et est hospitalisé pendant quatre jours dans le CHU d'une grande ville du Sud de la France. Cette hospitalisation est prise en charge par l'assurance voyage qu'il a souscrite avant son départ (indispensable pour obtenir un visa). Seuls les soins inopinés étant couverts par ce type de contrat, la prise en charge par l'assurance atteste du fait que Monsieur K. ne se savait pas gravement malade avant de quitter la Tunisie. Les médecins du CHU prescrivent une biopsie et des examens exploratoires. L'assurance refuse de prendre en charge ce nouvel examen, estimant que le patient devrait rentrer en Tunisie. L'hôpital exige le paiement des examens soit 2 800 euros. La famille s'acquitte de la facture. Un cancer de la vésicule biliaire métastasé est diagnostiqué, et le pronostic vital engagé. L'hôpital exige le paiement des séances de chimiothérapie pour commencer un traitement. Quatre séances de chimiothérapie sont programmées, chacune étant facturée 16 000 euros. Les capacités financières de la famille sont rapidement épuisées. La poursuite du traitement est suspendue à la demande d'AME faite en février 2013 tandis que l'état du malade se dégrade.

Monsieur F. est algérien et est âgé de 67 ans. Atteint d'un cancer de la gorge, il a été traité par radiothérapie en Algérie mais n'a pu être opéré alors que son état le nécessitait. Il vient en France auprès de son fils le 9 avril 2012 avec un visa. Retraité de droit français, il entame les démarches pour que ses prestations soient servies en France. Il est admis aux urgences d'un hôpital de la grande couronne parisienne le 11 avril 2012. La procédure pour activer le FSUV est engagée mais la caisse rejette la demande. Bientôt, le montant des impayés auprès des hôpitaux pour la poursuite de la radiothérapie s'élève à 40 000 euros, une somme qui excède largement les capacités financières de la famille. En l'absence de prise en charge, des hôpitaux publics et privés refusent de l'opérer.

Outre l'inhospitalité dont elles témoignent, ces pratiques de restriction des soins mettent les médecins en situation de violation de leurs obligations déontologiques, que ce soit en matière de respect de la vie et de la dignité de la personne (Art. R4127-2 CSP), de concours apporté à la protection de la santé (Art. R4127-12), de continuité de soins (Art. R4127-47) et d'indépendance de ses décisions vis-à-vis des autorités non médicales (Art. R4127-50).

Dans un contexte où le contrôle financier des pratiques médicales et sociales ne cesse de s'accroître, le dispositif réglementaire et législatif national s'avère insuffisant pour que médecins, travailleurs sociaux et administrations hospitalières puissent sereinement faire valoir le caractère universel de leur mission de soins sans rentrer en conflit avec leur hiérarchie ■

RECOMMANDATIONS

- **Une couverture maladie véritablement universelle**
 - Recommandée en juillet 2011 par le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, la fusion de l'AME dans l'assurance maladie est indispensable pour relever les défis de l'accès aux soins des étrangers en situation précaire.
 - Dans l'attente, la réforme de l'Aide médicale de décembre 2003 doit être abrogée, avec rétablissement du droit à l'AME sans condition d'ancienneté de résidence et de la procédure d'admission immédiate « si la situation l'exige ».
 - Les procédures d'ouverture et de renouvellement des droits doivent être adaptées à la situation de précarité des intéressés, ce qui suppose l'application du principe déclaratif et des délais d'instruction courts, gages de l'accès effectif aux droits.
- **Permanences d'accès aux soins de santé**
 - Les Pass doivent être dotées des moyens nécessaires pour leur permettre d'assurer leurs missions d'accueil inconditionnel et de délivrance des soins nécessaires aux exclus des soins
- **Autres prestations pour l'accès aux soins**
 - Pour les étrangers démunis et non francophones, l'intervention d'un interprète professionnel est essentielle à l'accès aux soins et à la qualité des soins. Un dispositif public d'interprétariat médico-social doit être mis en place et accessible à l'ensemble des professionnels.
 - Outre les prestations médico-sociales qu'ils délivrent, les dispositifs de prévention et de soins doivent développer le recours aux soutien juridique et psychothérapeutique chaque fois que nécessaire.



Accès aux droits

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

Les exilés sont confrontés à de nombreux **obstacles à l'accès aux droits fondamentaux**, cette situation ayant des conséquences d'une part sur la fragilisation de leur état de santé (voir page 25), et d'autre part de façon directe lorsqu'il s'agit de droits liés à l'accès aux prestations de soins et de santé : protection maladie (voir chapitre Accès aux soins page 39), droit au séjour des étrangers atteints d'une maladie grave et ne pouvant être soignés dans leur pays d'origine (« étrangers malades », voir infra), et plus largement accès aux prestations sociales liées à l'état de santé (allocations, hébergement, aides à la vie quotidienne).

Entreprise depuis le milieu des années 1980 avec la progression de la xénophobie dans le pays (voir rapports annuels de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme, www.cncdh.fr), la précarisation du statut légal des étrangers s'est particulièrement aggravée sous certains gouvernements, avec les réformes Pasqua 1986 et 1993, Debré 1997, Sarkozy 2003 - et loi Villepin sur le droit d'asile -, 2006, Hortefeux 2007, Besson/Hortefeux/Guéant 2011). Les réformes

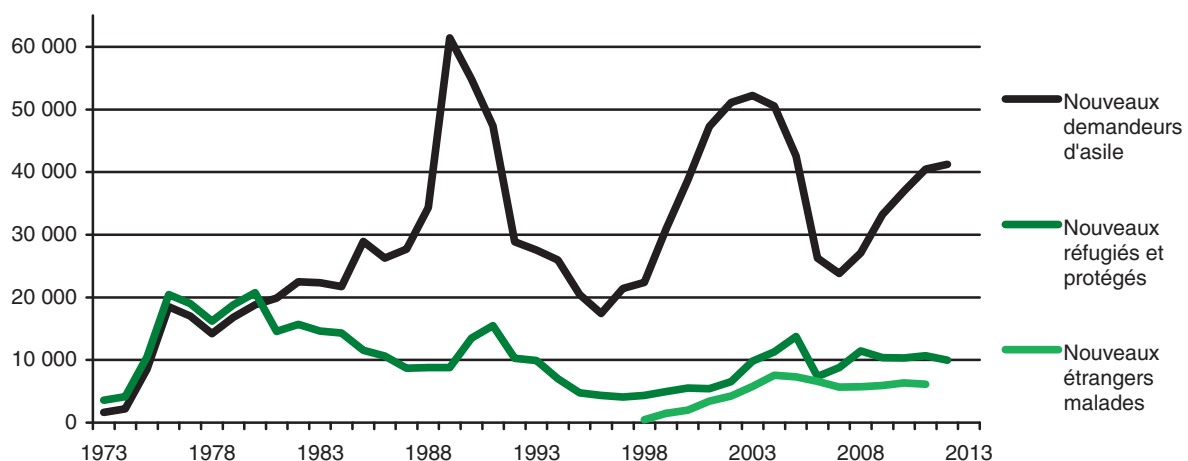
mis en place par d'autres gouvernements (Joxe 1991, Chevènement 1998, Valls 2012 sur la retenue administrative) en ont supprimé certains aspects particulièrement répressifs, tout en maintenant d'autres très restrictifs (voir notamment maintien de la réforme de l'Aide médicale Etat de 2003, page 39). Parmi les rares progrès législatifs pour la protection des exilés, le droit au séjour pour raison médicale, instauré par la loi de 1998, a été à son tour restreint par la loi du 16 juin 2011, toujours en vigueur en mai 2013.

S'agissant des exilés dont le retour dans le pays d'origine constitue un risque de mort (persécutions pour les réfugiés, interruption de soins pour les étrangers malades), l'évolution des données publiques dessine une politique de quotas sur les dernières années, autour de 10 000 nouvelles protections accordées par an pour les demandeurs d'asile et de 6 000 par an pour les étrangers malades jusqu'en 2011 (voir graphique ci-dessous). Un tel mode de gestion politique - dont les multiples acteurs sont plus ou moins conscients - de régimes de protection théoriquement fondés sur les droits fondamentaux des personnes fait peser un

Evolution du droit d'asile et du droit au séjour des étrangers malades en France

Sources : Ofpra 2012, Cici et rapport IGA IGAS 2013 sur l'admission au séjour des étrangers malades

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



risque majeur de violation de ces droits. Cette politique conduit non seulement à multiplier le nombre de refus de protection (voir infra pour les étrangers malades), mais également à fragiliser le statut administratif des demandeurs (voir Droit d'asile page 56). Elle implique un contrôle accru des dispositifs de protection par les autorités en charge de l'immigration (ministère de l'Immigration, de l'intégration et de l'Identité nationale en 2007, puis ministère de l'Intérieur depuis 2010) au détriment des ministères des Affaires étrangères (en charge de l'Asile jusqu'en 2007), des Affaires sociales (en charge de l'Intégration jusqu'en 2007) et du ministère de la Santé. En matière de droit au séjour des étrangers malades, les restrictions observées rejaillissent ainsi sur l'ensemble du corps médical - médecins praticiens et Médecins des Agences régionales de santé (MARS) -, au delà des associations et services sociaux qui aident aux démarches administratives.

ETRANGERS MALADES : EVOLUTION DU DROIT AU SEJOUR POUR RAISON MEDICALE

S'il revient aux services du ministère de l'Intérieur d'apprécier les conditions administratives (résidence habituelle, motifs d'ordre public) conduisant à déterminer le type de protection accordée (incluant une mesure d'assignation à résidence sans carte de séjour pour motif d'ordre public), le respect du secret médical leur interdit réglementairement toute intervention pour l'appréciation des conditions médicales. Le cadre juridique du dispositif d'évaluation médicale est celui de la protection de la santé, les médecins sollicités aux différentes étapes de l'évaluation médicale intervenant dans le respect du Code de la santé publique et particulièrement de sa section Code de la déontologie médicale. Ces principes ont été précisés à plusieurs reprises par le ministère de la Santé (DGS, circulaires 2005, 2006, 2007, instructions 2010 et 2011). Mais dans le même temps, les médecins en charge des avis médicaux ont subi de nombreuses pressions de la part des services du ministère de l'Intérieur, pressions qui s'inscrivent « dans

une démarche globale d'intimidation retransmise par certains directeurs, eux-mêmes pressés par leurs préfets, qui ont été récemment convoqués pour des chiffres de reconduite à la frontière considérés comme insuffisants » (communiqué du Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique, 8 octobre 2007, arguments repris dans un courrier du Président du SMISP au député Fekl le 5 avril 2013). La situation s'est encore aggravée depuis la réforme de juin 2011, conduisant notamment à la multiplication d'expulsions de malades qui remplissaient pourtant les conditions médicales précisées par l'instruction du ministère de la Santé de novembre 2011 (communiqués ODSE 2012 et 2013). Plus globalement, le nombre des premières délivrances de documents de séjour pour raison médicale a chuté de 18% entre les 14 mois précédant la réforme et les 14 mois suivants (rapport IGA IGAS 2013, page 30).

Toujours en vigueur en 2013, la loi du 16 juin 2011 sur l'immigration a profondément modifié les conditions de la protection des étrangers malades. Outre la reformulation législative du texte fondateur conduisant à restreindre la protection aux seuls étrangers malades pour lesquels le traitement approprié serait « absent » dans le pays d'origine, elle a également introduit plusieurs mesures de précarisation supplémentaire du statut des étrangers. L'introduction du bannissement administratif (l'Interdiction de Retour du Territoire Français pouvant aller jusqu'à 5 ans) qui peut également frapper les déboutés du droit d'asile, la possibilité pour l'administration de raccourcir à 48h le délai pour exercer un recours devant le Tribunal administratif contre les mesures d'éloignement, l'allongement de la durée de la rétention de 32 à 45 jours et le report à 5 jours de l'intervention en rétention du juge des libertés et de la détention (JLD), ont aggravé les possibilités de mise en œuvre de la protection juridique des étrangers malades, et la nécessité pour les patients et les intervenants socio-médicaux de devoir agir encore plus vite dans une procédure devenue encore plus complexe. En outre, la loi de finances pour 2012 a confirmé celle de 2011

sur le plan des taxes frappant les étrangers lors de leurs démarches préfectorales. Une taxe de 340 € est dorénavant imposée à tout demandeur entré sans visa ou en séjour irrégulier, dont 50 € non-remboursables en cas de rejet.

Ce contexte de durcissement législatif favorise la progression de nombreuses pratiques préfectorales non réglementaires en dépit de leur censure fréquente par les juridictions administratives. Ces pratiques empêchent tout d'abord les étrangers d'accéder aux guichets et de voir instruire leurs demandes : impossibilité matérielle de déposer son dossier ou de prendre un rendez-vous dans un délai raisonnable pour le faire, exigence de justification de présence en France depuis plus d'un an, exigence de passeport, exigence illégale de renoncement à la demande d'asile en cours, demande abusive de production de certificats médicaux au guichet, exigence de justificatif de domicile pour les personnes SDF

domiciliées administrativement, exigence pour les personnes hébergées que l'hébergeant se présente au guichet de la préfecture sous la menace de poursuite pénale pour aide au séjour irrégulier, refus de prendre en compte une nouvelle demande fondée sur la dégradation de l'état de santé du demandeur, refus d'instruction des demandes des personnes ressortissantes de l'Union européenne notamment de Roumanie, ou encore de celles des personnes incarcérées. Certaines pratiques portent atteinte au respect du secret médical malgré le rappel de ce principe par l'instruction du ministère de la Santé du 10 novembre 2011. D'autres encore refusent aux étrangers malades les documents de séjour auxquels ils ont droit et les maintiennent ainsi dans une situation d'extrême précarité : refus de délivrance des récépissés de première demande et de renouvellement prévus par la réglementation ; répétition de documents provisoires de séjour sans droit au travail.

Des données publiques erratiques sur l'application du droit au séjour pour raison médicale en France

Contrairement au droit d'asile, il n'existe aucun document public permettant de mesurer l'application du droit au séjour pour raison médicale par nationalité, par département et par procédure. Les rapports au Parlement effectués par le Comité interministériel de contrôle de l'immigration (Cici) ne mentionnent que les premières délivrances de cartes de séjour temporaires pour les étrangers malades, et ceci seulement pour le territoire hexagonal (voir tableau). Il ne fournit d'information ni sur la délivrance des APS ou récépissés, ni sur les renouvellements de titres ; et reste imprécis sur le décompte des Algériens.

On dispose également de peu d'informations sur les avis médicaux des MISP et des MARS. Selon le rapport relatif aux avis médicaux rendus en 2009, ils concernaient principalement les régions Ile-de-France (49%), Centre-Nord (12%), PACA-Languedoc-R. (7%), Rhône-Alpes-Auvergne (7%), Alsace-Lorraine-F.C. (7%), et DOM (6%). Selon le rapport IGA IGAS de 2013 sur des données provisoires 2011, les principales pathologies en causes étaient les troubles psychiatriques (22%), l'infection par le VIH (15%), les hépatites virales chroniques (9%), le diabète (7%), les maladies cardiovasculaires (6%) et le cancer (5%). Les nationalités les plus représentées étaient l'Algérie (15%), le Congo RD (8%), le Congo (7%), le Cameroun (6%), l'Arménie (6%) et le Maroc (5%). Aucune analyse croisée entre les pathologies, les nationalités et les départements n'a été effectuée dans ces rapports. La moyenne nationale du taux d'avis médicaux favorables était de 75%, avec d'importantes variations entre les départements (taux de 32% en Meurthe-et-Moselle).

Le rapport sur les avis médicaux 2009 indiquait également des données de « stocks » d'étrangers malades en fin d'année jusqu'en 2010, incluant vraisemblablement les personnes résidant Outre-Mer (voir tableau). Fin 2010, le nombre total d'étrangers régularisés pour raison médicale était donc de 32 940 personnes, soit 0,9% des étrangers en France.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total avis médicaux rendus	40 940	43 337	40 129	39 295	40 220	?	38 683
Taux d'avis médicaux favorables	68%	67%	69%	74%	74%	?	75%
Total 1ère délivrance titres (CST/CRA 1 an)	7 422	7 191	6 460	5 672	5 733	6 635	6 549
Total 1ère délivrance dont APS	12 299	11 329	10 350	11 953	10 813	12 458	11 356
Total renouvellements de titres	15 512	17 822	19 450	20 901	20 767	21 248	21 660
Total tous titres (1ère délivrance + renouvellem.)	22 934	25 013	25 910	26 573	26 500	27 883	28 209
Données de stock au 31 décembre, Cici	23 282	25 910	28 667	30 129	31 377	32 940	?

OBSERVATION DES ACCORDS ET DES REFUS POUR LE DROIT AU SEJOUR DES ETRANGERS MALADES

Depuis l'apparition en 2003 d'une vague de refus de délivrance de carte de séjour pour raison médicale et en raison de l'absence de publication des données ministérielles, le Comede a mis en place un programme d'observation des réponses administratives et juridictionnelles aux demandes de protection faites par les « étrangers malades ». L'objectif est double : informer les malades et les professionnels concernés sur les pratiques effectives, et alerter l'opinion et les pouvoirs publics sur l'évolution restrictive dans l'application du droit au séjour pour raison médicale. Les données sont enregistrées en continu pour les patients soignés et soutenus par le Comede, au Centre de santé depuis 2002, à l'Espace santé droit avec la Cimade depuis 2007, ainsi qu'avec Médecins du monde Marseille et à Arcat Paris depuis 2011. Les critères médicaux de demande retenus par le Comede sont stables sur la période ¹.

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

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

¹ Voir Guide Comede 2008, www.comede.org

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

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

⁴ Arrêté préfectoral d'assignation à résidence

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

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

⁷ Arrêté préfectoral de reconduite à la frontière

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

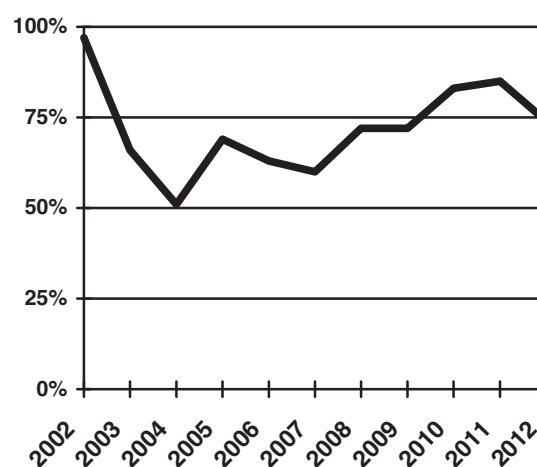
Les données suivantes portent sur la période 2002-2012 et concernent exclusivement les réponses préfectorales aux demandes de première délivrance et de renouvellement de titre de séjour. Les 1352 procédures ainsi caractérisées concernent majoritairement des hommes (74%), jeunes (âge moyen 39 ans), principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (43%), d'Afrique centrale (27%), d'Asie du Sud (12%), d'Europe de l'Est (6%) et d'Afrique du Nord (5%). Les demandeurs résident en France depuis 5 ans en moyenne au moment de la réponse, et 79% d'entre eux ont découvert leur maladie après l'arrivée en France (92% des personnes infectées par le VIH, le VHB ou le VHC). Ils bénéficient d'une prise en charge médicale pour une ou plusieurs affections graves (1 901 au total, soit en moyenne 1,4 affection renseignée par procédure), dont les plus nombreuses sont l'hépatite B chronique (23%), les maladies cardio-vasculaires (17%), les affections psychiatriques (11%), le diabète (10%), l'hépatite C chronique (6%), l'infection par le VIH (4%), les cancers (3%) et les handicaps graves (2%). Les 1352 réponses (51% premières délivrances et 49% renouvellements) ont été caractérisées dans 16 départements, principalement Paris (37%), le Val-de-Marne (15%), la Seine-Saint-Denis (14%), le Val d'Oise (8%), l'Essonne (7%), les Bouches-du-Rhône et les Hauts-de-Seine (5%).

Proches de 100% jusqu'en 2002, les taux d'accord ont d'abord chuté de moitié en 2004 (voir graphique page suivante) suite aux premières mises en cause publiques des Médecins inspecteurs de santé publique (MISP, alors en charge des avis médicaux) jugés « complaisants » dans une circulaire du ministère de l'Intérieur en 2003, puis lors des

débats parlementaires de la loi de novembre 2003 sur la « maîtrise de l'immigration ». Par la suite, la baisse des taux d'accord a été enrayée suite à la publication par le ministère de la Santé de circulaires rappelant la nécessité pour les MISIP de protéger les étrangers vivant avec le VIH contre le renvoi vers un pays où l'accès aux soins ne peut être garanti (2005, 2006, 2007).

A l'époque, les pressions sur les médecins avaient été accompagnées de plusieurs tentatives du ministère de l'Intérieur de s'affranchir et/ou de contrôler les avis médicaux. En 2006, un avant-projet de loi et un projet de circulaire visaient à substituer les préfets aux médecins de l'Administration dans l'appréciation des risques médicaux encourus en cas d'éloignement du malade, le projet étant abandonné suite à une lettre ouverte des associations de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) à la présidence de la République. En mars 2007, contre l'avis des associations et organisations médicales consultées, le Comité interministériel de contrôle de l'immigration mettait en ligne sur le site intranet ministériel des « fiches-pays » pour 30 nationalités en recommandant aux MISIP de ne pas tenir compte de l'accessibilité effective aux soins. En dépit de nombreuses protestations (pétition « *Peut-on renvoyer des malades mourir dans leur pays ?* », avril 2008) et en contradiction avec la loi jusqu'en juin 2011, ces recommandations seront pourtant

Taux d'accords des préfectures
évolution 2002-2012



maintenues par le ministère de l'Intérieur selon le rapport IGA IGAS 2013. Les décisions judiciaires favorables aux étrangers malades (voir observation infra) renforcées par les arrêts du Conseil d'Etat du 7 avril 2010, ont contribué à la normalisation des taux d'accords préfectoraux observée en 2010 et 2011.

C'est dans ce contexte qu'est intervenue la réforme législative de juin 2011. Ses effets ne se sont pas fait attendre : pour la première fois depuis 2007, on observe une diminution de 11 points des taux d'accord des préfectures en 2012 (voir figure 1 et tableau). Cette diminution significative ($p=0,03$) intervient dans l'ensemble des préfectures considérées, dont les pratiques

Taux d'accord par département et par pathologie

données 2002-2012 pour 1352 demandes dans 16 préfectures

% si n>10	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total	97%	66%	51%	69%	63%	60%	72%	72%	83%	85%	74%
effectif demandes	62	90	102	119	129	129	145	203	126	134	113
Paris PC	98%	64%	49%	67%	60%	54%	69%	69%	80%	83%	73%
75, 92, 93, 94	58	83	92	104	105	103	123	170	104	80	49
Autres				80%	75%	85%	86%	88%	95%	89%	75%
				15	24	26	22	33	22	54	64
effectif pathologie	88	119	148	170	166	188	200	286	179	203	154
VIH				100%							92%
	4	8	6	8	7	5	5	8	3	13	13
Hépatites B C	100%	67%	57%	64%	55%	56%	70%	64%	80%	78%	68%
	21	27	58	64	69	70	69	67	44	36	25
Autres	98%	68%	51%	76%	64%	67%	70%	74%	83%	85%	71%
	63	84	84	98	90	110	115	194	111	146	113

COMPOSITION DU DISPOSITIF D'OBSERVATION

NB : les données reproduites ci-dessous de la Case de santé de Toulouse indiquent un traitement très favorable des étrangers malades par les MARS de Haute-Garonne, où ont été effectuées la totalité des demandes de carte de séjour observées en 2011/2012 (92% d'accords préfectoraux en 2012, incluant 2 refus préfectoraux alors que l'avis MARS était favorable). Compte-tenu du poids des effectifs concernés en 2012 (98 demandes documentées par la Case vs 113 autres demandes), ces données n'ont pas été prises en compte dans les calculs globaux des taux d'accord préfectoraux.

Caractéristiques démographiques des demandeurs (préfectures et tribunaux)

	n	%	Sexe F	Age moyen	Région d'origine						En France moyenne	
					AFA	AFC	AFN	AFO	ASC	ASS		EUE
Arcat	26	1%	42%	40 ans	-	35%	8%	35%		4%	4%	7,1 ans
Case de santé	110	6%	41%	43 ans	2%	27%	27%	33%		1%	7%	5,5 ans
Comede CDS	1303	70%	21%	39 ans	1%	30%	3%	46%	<1%	13%	3%	5,2 ans
ESD Cimade Comede	338	18%	37%	41 ans	2%	15%	20%	53%	<1%	4%	2%	6,5 ans
MDM-Comede 13	76	4%	49%	39 ans	4%	1%	21%	13%	11%	1%	46%	3,5 ans

AFA Afrique australe, AFC Afrique centrale, AFN Afrique du Nord, AFO Afrique de l'Ouest, ASC Asie centrale, ASS Asie du Sud, EUE Europe de l'Est

Pathologies en cause * (préfectures et tribunaux)

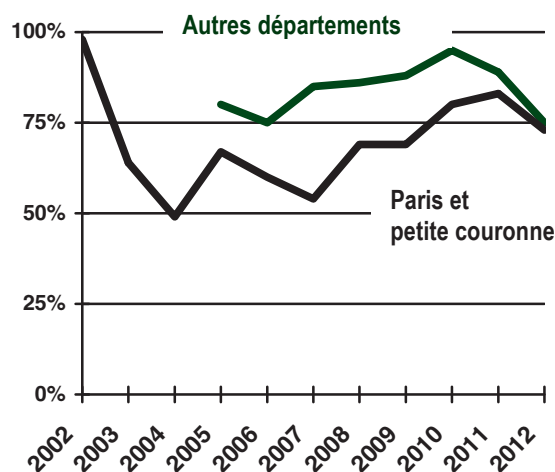
	n	/dem	AST	CAN	DIA	HAN	MCV	PSY	VHB	VHC	VIH	Autre
Arcat	32	1,2			3%			3%	19%	3%	50%	22%
Case de santé	143	1,3	1%	5%	7%	8%	19%	24%	10%	2%	6%	17%
Comede CDS	1861	1,4	9%	1%	10%	2%	17%	9%	29%	6%	3%	13%
ESD Cimade-Comede	411	1,2	4%	8%	10%	2%	16%	11%	9%	4%	3%	17%
MDM-Comede 13	106	1,4		8%			6%	54%	1%	8%		23%

* Les % sont rapportés au nombre de demandes effectuées. AST Asthme, CAN Cancer, DIA Diabète, HAN Handicap, MCV Maladies cardiovasculaires, PSY pathologies psychiques, VHB hépatite et infection à VHB, VHC hépatite et infection à VHC

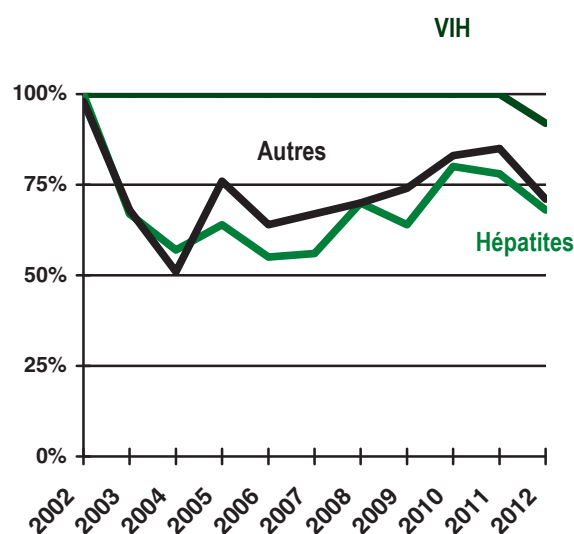
Taux d'accord des préfectures (avis MARS) et des tribunaux

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total préf/MARS	97%	66%	51%	69%	63%	60%	72%	72%	83%	85%	74%
1352 demandes	62	90	102	119	129	129	145	203	126	134	113
Arcat 23										13/15	6/8
Case de santé 108										8/10	92% 98
CDS Comede 1057	97%	66%	51%	69%	63%	61%	73%	70%	80%	83%	70%
	62	90	102	119	129	125	110	125	81	71	44
ESD Cimade-Comede 202						2/4	69%	76%	87%	18/21	15/18
						4	35	78	45	21	18
MDM-Comede 13 70										89%	74%
										27	43
Total tribunaux		0/1	4/5	56%	41%	54%	56%	46%	54%	55%	12
391 demandes		1	5	39	46	56	91	65	39	33	18
Arcat 3										1/3	
Case de santé 2											2/2 2
CDS Comede 246		0/1	4/5	56%	41%	53%	54%	50%	7/17	6/12	1/2
		1	5	39	46	55	39	30	17	12	2
ESD Cimade-Comede 136						1/1	58%	43%	14	11/17	7/9
						1	52	35	22	17	9
MDM-Comede 13 6										0/1	2/5
										1	5

Evolution par département



Evolution par pathologie



ont tendance à s'aligner sur celles de Paris et des départements de la petite couronne (92, 93 et 94), plus restrictives que les autres lors des années précédentes dans notre observation (voir graphiques ci-dessus).

Cette diminution de la protection intéresse l'ensemble des pathologies et traduit l'impact de la réforme législative sur les pratiques des MARS en dépit de l'instruction du Ministère de la Santé du 10 novembre 2011. Ainsi les recommandations relatives à la protection des personnes atteintes d'hépatite chronique C ou B sont de moins en moins suivies, les malades concernés étant traités encore plus défavorablement que les personnes atteintes d'autres affections graves. Les refus de protection touchent davantage les porteurs du VHB en situation de portage quiescent (taux d'accord 39% sur la période 2002-2012), et de virus mutant (62%), alors que les personnes en situation de traitement et de tolérance immunitaire (76%) sont traitées comme les porteurs du VHC (78%). La diminution du taux d'accord touche également les personnes vivant avec le VIH : alors qu'il était resté de 100% sur l'ensemble de la période considérée, il a chuté pour la première fois en 2012 en raison de la survenue d'avis médicaux défavorables. Cette évolution signe la défaillance du ministère de la Santé à faire appliquer ses propres instructions par les médecins des ARS.

Face aux pratiques restrictives des préfectures, les recours contentieux auprès du Tribunal administratif se sont multipliés au milieu des années 2000. A l'instar de l'évolution du droit d'asile, les juridictions de recours accordent une place de plus en plus importante à la protection des étrangers malades rejetés par les administrations en charge des procédures initiales. En annulant la moitié des décisions de refus des préfectures (voir tableau bas de page précédente), elles permettent de corriger dans une certaine mesure les différences de traitements observées par département, par pathologie et par nationalité (voir ci-dessous).

Taux d'accord préfecture/MARS par nationalité
1352 demandes 2002-2012 dans 16 préfectures

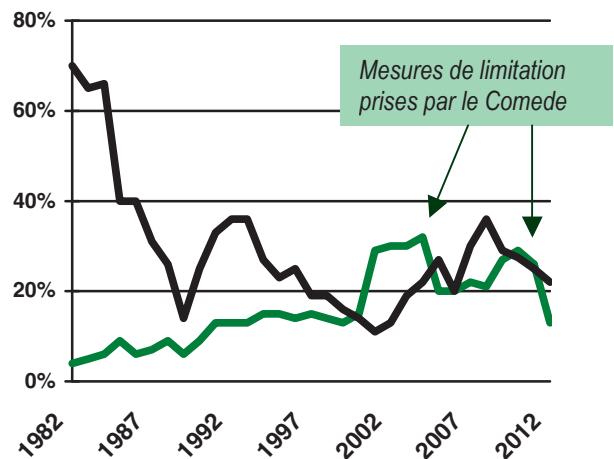
Nationalité	demandes	taux
Angola	49	82%
Congo	40	80%
Nigeria	38	79%
Congo RD	239	77%
Bangladesh	78	74%
Mali	214	73%
Guinée Conakry	64	67%
Pakistan	42	67%
Cameroun	35	66%
Haïti	32	66%
Mauritanie	102	64%
Algérie	55	64%
Côte d'Ivoire	55	55%
Sénégal	40	55%

DROIT D'ASILE ET CERTIFICATION MEDICALE

Fondé sur des craintes de persécutions et non des persécutions avérées, le droit d'asile n'est théoriquement pas corrélé aux éventuelles séquelles médico-psychologiques laissées par la torture ou les mauvais traitements (voir épidémiologie page 28). Mais dans un contexte où les demandeurs d'asile sont supposés de « faux réfugiés » jusqu'à preuve du contraire, l'exigence des « preuves » de persécutions entretient le mythe du « bon certificat de torture », selon l'expression d'un avocat sollicitant le Comede. De manière très significative dans l'observation du Comede, la pression des demandes de **certificat médical constatant les « sévices et tortures »** est d'autant plus forte que le taux de reconnaissance du statut de réfugié par l'Ofpra et la CNDA est plus bas (voir figure).

Dans le psychodrame que constitue l'examen de la demande du statut de réfugié, tout se passe comme si certains Officiers de protection ou Juges de la CNDA attendaient du certificat qu'il valide la parole de l'exilé par la seule constatation de séquelles traumatiques. Cette « prime à la torture », qui constitue une dérive dans l'application de la convention de Genève, peut avoir des effets particulièrement néfastes sur la santé des personnes concernées. Au delà de quelques semaines après les faits, la preuve médico-psychologique de torture est un mythe. La torture ne laisse le plus souvent pas de trace physique, et le traumatisme psychologique observable a de multiples causes possibles dans ce contexte d'exil et d'exclusion. En outre, la demande de certification « en urgence », induite par la réduction des délais de recours, peut réveiller ou aggraver le traumatisme psychologique, en cas de prise en charge thérapeutique « accélérée » qui ne respecte pas le rythme du patient. Pour ces raisons, le recours à la certification doit être limité aux seules situations nécessitant l'intervention d'un professionnel du soin pour évoquer la difficulté à dire ; donc en premier lieu autour du lien à l'autre, c'est-à-dire des questions posées par la santé mentale en particulier et par le soin en général.

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



Pourtant, la sollicitation de certificats médicaux par les acteurs de l'asile se développe également sous d'autres formes et à d'autres moments de la procédure. En amont de l'examen à l'Ofpra, la demande de certificat médical relatif aux empreintes digitales et destiné à appuyer les recours contre les refus des préfectures de délivrer un document de séjour lorsque le relevé d'empreintes se révèle défectueux.

Depuis 2010, des personnes viennent consulter au Centre de santé du Comede pour une demande de **certificat médical attestant de l'intégrité de leurs empreintes digitales**. Face à ce phénomène, le Comede a réalisé le suivi approfondi de 21 personnes entre octobre 2010 et janvier 2012. Les résultats de cette étude ont débouché sur la procédure de certification suivante : un premier entretien avec le service infirmier recueille les éléments de contexte et la motivation de la personne, une consultation a lieu ensuite avec un dermatologue qui précise les éléments cliniques débouchant ou non sur la rédaction d'un certificat médical par un médecin généraliste au Comede au cours d'une troisième consultation. Cette procédure permet également de documenter la situation face à la suspicion généralisée des préfectures à l'égard

des personnes dont les empreintes ne sont pas lisibles par la machine de saisie (destinée à alimenter le système Eurodac), ce qui débouche après 2 ou 3 tentatives infructueuses sur un « placement en procédure prioritaire » des demandeurs d'asile concernés. Cette procédure les maintient dans une situation précaire avec un droit d'asile diminué (AME et non CMUc, pas de récépissé, droit restreint à l'Allocation temporaire d'attente, instruction accélérée, recours non suspensif devant la CNDA). Pour les personnes qui souhaitent contester cette décision sans preuve à travers un recours devant le tribunal administratif, un certificat médical peut-être utile. Le médecin y indique alors les observations dermatologiques et les facteurs évocateurs d'une altération des empreintes digitales.

Les résultats de l'étude effectuée par le Comede (voir encadré) ont contribué à la

Etude sur l'altération des empreintes digitales

21 personnes suivies entre 2010 et 2012

Les personnes sont essentiellement de jeunes hommes (âge moyen 30 ans) pour la moitié issus de l'Afrique de l'Est (10/21), mais également d'Afrique centrale, de l'Ouest de l'Europe de l'Est. La moitié des personnes rapportent des manipulations de produits, ou une activité susceptible de rendre difficile la lecture des empreintes. Six personnes présentent une pulpite et 2 des brûlures superficielles. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une lésion volontaire, notamment celles parfois décrites par le ministère de l'intérieur (amputation, application de colles, brûlures multiples et conséquentes).

Il ressort de l'étude que plusieurs causes d'altération des empreintes peuvent en fait expliquer les difficultés de saisie :

- l'activité professionnelle (manipulation de produits chimiques, travaux de bâtiment...),
- un terrain allergique,
- la présence de plicatures qui provoquent la rupture de la continuité des dermatoglyphes (sillons),
- une dyshidrose,
- un défaut d'expression génétique des dermatoglyphes baptisé par les dermatologues la « maladie de l'immigration retardée ».
- enfin, les conditions de saisie (erreur de la machine, temps consacré à la saisie par l'agent préfectoral...) peuvent également entraîner une non lisibilité des empreintes digitales.

L'étude est poursuivie en 2013.

publication par la Coordination française pour le droit d'asile d'une note, *Le droit d'asile à l'épreuve des empreintes digitales*, <http://cfda.rezo.net/>), concluant que :

1. Les difficultés à effectuer un relevé d'empreintes de façon répétée ne permettent pas de conclure qu'une personne a volontairement altéré ses empreintes ;
2. un certain nombre de causes peuvent expliquer ces difficultés et la priorité doit être donnée à la parole du demandeur de façon à ce qu'il puisse déposer sa demande et qu'elle soit examinée dans de bonnes conditions.

L'étude conduite par le Comede se poursuit en 2013.

Un autre problème important est lié à l'exigence par l'Ofpra de **certificats d'absence de mutilation.s sexuelle.s féminine.s** (notamment « excision »). Les parents d'enfants menacées de telles mutilations peuvent obtenir une protection de l'Etat français, théoriquement le statut de réfugié, mais beaucoup plus fréquemment la protection subsidiaire. Pour être maintenus dans ce statut, l'Ofpra leur impose de fournir chaque année un certificat d'absence de mutilations sexuelles féminines, afin de prouver qu'ils n'ont pas fait subir ces mutilations à leur enfant depuis qu'un titre de séjour leur a été octroyé.

L'exigence annuelle de tels certificats est extrêmement discutable. Elle l'est en premier lieu du point de vue de l'application des règles du droit d'asile (clause de cessation pour le statut de réfugié, annulation pour cause de trouble à l'ordre public pour la protection subsidiaire). De plus, elle impose un examen médical, particulièrement intrusif, chaque année, à des petites filles, puis à des adolescentes. Il y a lieu de se préoccuper des conséquences psychologiques pour les enfants de tels examens, lorsqu'ils sont réitérés et sans motif médical. Enfin, cette exigence témoigne d'une logique paradoxale et discriminante à l'égard des parents d'enfants menacées d'excision, ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire : soupçonnés de faillir dans leur rôle protecteur à l'égard de leur enfant en ce qui concerne les mutilations

Rapport Ofpra 2012

www.ofpra.gouv.fr

En 2012, l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) a enregistré 61°468 demandes d'asile, incluant les réexamens (6 213) et les mineurs accompagnants (14°001). **Les premières demandes d'asile (41 254) sont en très légère augmentation (+2%)** par rapport à l'année précédente. En 2012, les demandeurs d'asile résidaient principalement en région Ile-de-France (en légère baisse 42% contre 45% en 2011 de la demande globale), Rhône-Alpes (11%), DOM-COM (5%), PACA, Pays-de-la-Loire et Alsace (4%). Près de la moitié des nouveaux demandeurs sont célibataires (48%), plus d'un tiers sont des femmes (37%), et l'âge moyen est de 32,5 ans. Les principales nationalités recensées sont le Congo RD, la Russie, le Sri Lanka, le Kosovo, la Chine, le Pakistan, la Turquie, l'Albanie, l'Arménie. Le rapport souligne que sur les 60 128 décisions prises par l'OFPRA en 2012, 13 800 sont relatives aux mineurs accompagnants, soit une hausse de 8% par rapport à l'année précédente, mise en parallèle avec l'évolution de la demande en provenance des Balkans.

L'année 2012 est marquée par **l'accroissement du nombre de demandes examinées en procédure prioritaire** cela résulte pour l'essentiel - 46% des procédures prioritaires reposaient sur le principe du pays d'origine sûr - de l'extension de la liste des pays d'origine sûrs au Bangladesh et à l'Arménie. Le taux de placement en procédure prioritaire de ces demandes est de 91%, en nette progression par rapport aux années précédentes.

En 2012, le taux global d'admission (incluant les décisions de la Cour nationale du droit d'asile) est de 21,6%, alors que le taux d'accord en première instance (décisions Ofpra) était de 9,4%. Ainsi, plus de la moitié (56%) de la protection effective des réfugiés relève des recours auprès de la CNDA. Au total, 9°976 nouvelles personnes (admissions OFPRA 4 348 et admissions suite à annulation CNDA 5 628) ont été placées sous la protection de l'Ofpra en 2012, dont 2 562 au titre de la protection subsidiaire (26%). Les taux d'accord Ofpra, (hors annulation CNDA), les plus élevés en 2012 concernent la Syrie (92%), l'Irak (69%), l'Iran (54%), le Mali (48%) et l'Afghanistan (46%), ils s'expliquent en raison des situations de guerre et de crise, sauf pour le Mali, pour lequel en 2012 le taux d'accord reste principalement lié à la problématique de l'excision.

Les déboutés les plus nombreux (taux d'accord inférieur à 4%) ont été pour l'Europe les Albanais, Macédoniens, Monténégrins, Bosniaques, Géorgiens, Ukrainiens, parmi les demandeurs asiatiques les Bangladais, les Birmans et les Pakistanais, enfin pour l'Afrique les Algériens et les Tunisiens.

sexuelles, alors même qu'une protection leur a été octroyée, ainsi qu'à leur enfant, pour leur permettre de mettre en œuvre ce rôle de protection de leur enfant. Pour en savoir plus sur ces questions, se référer à la note publiée par la Coordination française pour le droit d'asile, *De la protection à la suspicion : l'exigence annuelle du certificat de non-excision*, <http://cfda.rezo.net/>.

AUTRES OBSTACLES

A L'ACCES A UNE PROTECTION SOCIALE

Les migrants âgés qui partagent leur vie entre la France et le pays d'origine connaissent des difficultés particulières d'accès aux droits. Ces difficultés sont liées à l'application de la condition de résidence habituelle en France, soit du fait qu'ils subissent des contrôles et restrictions de la part des services de l'Etat (voir la délibération de la Halde n°2009-148 sur le caractère discriminatoire de ces contrôles), soit parce que la condition légale est inadaptée pour tous ceux qui partagent leur temps et leur famille entre leurs deux pays (voir vulnérabilité page 26). Les ruptures de droits aux soins qu'ils subissent à l'occasion d'un retour en France après un séjour plus ou moins long au pays d'origine, alors même qu'ils résident en France en séjour régulier et sont pensionnés de droit français, retardent ou empêchent leur accès aux soins (voir page 39), ce qui peut entraîner des conséquences graves sur leur état de santé. Ces ruptures de droit à une protection maladie (assurance maladie de base ou complémentaire CMU) s'accompagnent souvent d'une rupture de versement des **minima sociaux et autres prestations sociales** (Allocation de solidarité aux personnes âgées, Allocation logement, etc.), ce qui aggrave encore leur situation de vulnérabilité. Sur ces questions, les conventions liant la France et la majorité des pays d'origine de ces ressortissants (notamment Maghreb) n'apportent pas de solutions satisfaisantes. De même, l'interprétation par les Caisses d'assurance maladie de la condition de résidence habituelle en France rend également difficile l'accès

rapide à une protection maladie pour les migrants âgés qui viennent rejoindre les membres de leur famille, souvent leurs enfants français, résidant en France de longue date.

L'isolement social et familial, ainsi que la grande précarité des migrants âgés qui sollicitent le Comede expliquent également largement leurs difficultés d'accès aux droits et leur renoncement aux soins : défaut de toute protection maladie (et impossibilité de renouveler leur titre de séjour) pendant plusieurs mois voire années suite à la perte de leurs documents d'identité souvent liée à l'absence de logement, à la survenance d'un accident grave ou d'un handicap (AVC, troubles psychiques, etc.) ; extrême précarité financière et administrative des migrant.e.s âgé.e.s venu.e.s rejoindre leur.e.s conjoint.e.s, décédé.e.s depuis en France. Ces situations s'aggravent face aux demandes de plus en plus fortes de production de justificatifs (d'identité, de domicile, d'ancienneté de présence en France, etc.) de la part des administrations, qui conduisent les personnes concernées, mais aussi les travailleurs sociaux qui les accompagnent le plus souvent dans le cadre de dispositifs d'urgence (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale, etc.), à renoncer à toute démarche.

Les migrants âgés subissent d'autres **pratiques restrictives de l'administration**, comme les refus répétés d'accès à la carte de résident de dix ans pour des personnes résidant en France depuis de nombreuses années, impossibilité de se faire rejoindre en France par sa/son conjoint.e faute de remplir les conditions légales de ressources et de logement prévues par la procédure de regroupement familial, difficultés à faire prendre en compte l'isolement familial et social au pays d'origine pour justifier du droit à l'installation en France (y compris auprès de ses enfants français et/ou y résidant de longue date) ; état de santé et handicap incompatibles avec la fréquence des démarches à accomplir et les conditions d'accueil dans les préfectures, augmentation des taxes relatives à la délivrance et au renouvellement des titres de

séjour, etc.

Enfin, et quel que soit l'âge, les personnes en séjour irrégulier embauchés (ou maintenus dans l'emploi après expiration d'un titre de séjour) sont exposés, comme tout travailleur, à des risques d'**accident du travail** (ou de maladie professionnelle). La mise en œuvre de la protection prévue par la loi (Code du travail et Code de la sécurité sociale) rencontre de nombreuses difficultés pratiques. En effet, les personnes peinent à apporter la preuve du caractère professionnel de l'accident, que le travail fût dissimulé ou officiellement déclaré : absence de contrat de travail écrit, employeur disparu ou raisons sociales multiples ou changeante, dénégation de l'employeur, usage d'une fausse identité, d'un faux titre de séjour, d'un titre de séjour d'emprunt, absence de PV des services médicaux d'urgence, absence de témoin acceptant de s'exprimer... Ainsi, les personnes concernées sont contraintes de réaliser un travail complexe d'enquête a posteriori, qu'ils sont généralement incapables de mener seuls du fait de leur précarité sociale, administrative et médicale. De plus, la crainte de s'exposer soi même à des poursuites de l'administration, de la justice ou de l'employeur entraîne une sous déclaration importante de ces accidents ou un renoncement faute de preuve.

Une fois le caractère « professionnel » de l'accident reconnu par la caisse, la consolidation de l'état de santé en vue de la détermination du taux d'incapacité peut allonger les procédures au point de décourager l'accidenté. La méconnaissance du dispositif de protection pour les « travailleurs sans-papiers » par les services et associations médico-sociaux conduit à du non-recours ou à des recours tardifs (rendant quasi nulles les chances de prouver le caractère professionnel de l'accident). A la charnière entre droit du travail, droit de l'assurance, droit au séjour et reconstitution des faits, l'accompagnement médico-juridique de ces personnes nécessite plusieurs compétences indisponibles dans les services sociaux de droit commun ■

RECOMMANDATIONS

▪ **Domiciliation administrative** : harmoniser les dispositifs (DALO, AME, asile) pour garantir un dispositif unique effectivement accessible à tous pour faire valoir l'ensemble des droits, prestations et services essentiels garantis par la loi.

▪ **Droit d'asile**

- Pour l'examen de la demande d'asile, l'Ofpra et la CNDA doivent limiter le recours à la certification médico-psychologique aux seules situations nécessitant l'intervention d'un professionnel du soin pour évoquer les difficultés « à dire », notamment en raison des antécédents traumatiques.

- Pour les personnes protégées en raison d'un risque de mutilations sexuelles féminines (dont excision), l'Ofpra doit mettre un terme à son exigence de production annuelle des certificats médicaux d'absence de mutilations sexuelles féminines.

Conditions minimales pour que l'asile soit un droit réel

Coordination française pour le droit d'asile, Janvier 2013, <http://cfda.rezo.net/>

1. Le principe de non-refoulement garanti par l'article 33 de la Convention de Genève de 1951 doit être respecté pour toute personne en quête de protection
2. Les États membres de l'Union européenne ne peuvent se dédouaner de leurs engagements internationaux en externalisant l'examen des demandes d'asile
3. Le libre choix du pays d'asile par le demandeur
4. Une application pleine et entière de la Convention de Genève de 1951
5. La fin de la régionalisation de l'accueil
6. Une procédure d'asile unique
7. Des garanties fortes pour les demandeurs
8. Une réelle indépendance des organes de détermination
9. Le rôle renforcé de protection de l'Ofpra
10. Un recours effectif et suspensif pour toutes les demandes
11. La prise en compte des risques encourus par les déboutés du droit d'asile en cas de retour dans leur pays
12. Des conditions de vie dignes dans le respect du choix des demandeurs d'asile
13. Un accès au marché du travail et à la formation facilité
14. Le renforcement des droits des personnes protégées
15. Une prise en charge effective des mineurs isolés étrangers

▪ **Droit au séjour pour raison médicale**

- le ministère de la Santé doit assurer le pilotage exclusif du dispositif d'évaluation médicale, sans ingérence des services du ministère de l'Intérieur ;

- le législateur doit rétablir l'article L313-11 11° du Ceseda sur le droit au séjour dans sa version antérieure à la loi du 16 juin 2011 ;

- le législateur doit rétablir les articles L511-4 10°, L521-3 5° et L523-4 du Ceseda sur la protection contre l'expulsion du territoire dans leur version antérieure à la loi du 16 juin 2011, conformément aux articles 3 et 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales ;

- le législateur doit prévoir explicitement le droit au séjour des citoyens de l'Union européenne remplissant les conditions médicales prévues à l'article L313-11 11° ;

- afin de garantir l'accès sans discrimination à la carte de résident pour les personnes malades, le législateur doit rétablir la délivrance de plein droit pour les titulaires d'une Carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » après 5 années de situation régulière ;

- le droit au séjour des personnes étrangères accompagnatrices de malades doit être consacré par la délivrance d'une CST « vie privée et familiale » prévue à l'article L313-11 7° du Ceseda, le cas échéant après avis d'une autorité médicale ;

- Le dispositif des « médecins agréés » doit être supprimé, et la mission de rédaction du rapport médical doit être élargie, au delà des praticiens hospitaliers, à l'ensemble des médecins intervenant dans le suivi médical, que ce soit en ville ou à l'hôpital,

- l'accès à un titre de séjour pluriannuel doit être garanti lorsque l'avis médical indique une durée de prise en charge médicale supérieure à un an ;

- le regroupement familial doit être facilité pour les personnes atteintes de pathologies graves.

- les préfetures doivent appliquer rigoureusement la réglementation, et cesser d'exiger des documents non prévus par celle-ci, comme les « certificats médicaux non descriptifs ».

▪ **Protection en cas d'accident du travail** : développer l'information des acteurs médico-sociaux sur les enjeux de la prise en charge et les conditions médico-juridiques de sa mise en oeuvre.



Le Centre de santé à Bicêtre

Hébergé par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris au sein du CHU de Bicêtre, le Centre de santé du Comede a délivré **8 813 consultations en 2012**, soient 37 consultations par jour en moyenne, pour une file active de **2 448 personnes** soignées et soutenues. La diminution du nombre global de consultations (-17% par rapport à 2011) est consécutive à l'allongement de la durée des consultations de médecine (première année pleine depuis le passage de 7 à 6 consultations par demi-journée de 4 heures) dans un contexte global de diminution des moyens au second semestre avec la mise en place d'un plan d'économies générales (voir Gestion page 87). L'augmentation de la durée des consultations médicales est destinée à pouvoir mieux répondre aux besoins d'une population particulièrement vulnérable, à cause de la complexité des situations rencontrées et de la globalité des soins à mettre en place. Les consultations de psychothérapie (+10%) et d'éducation thérapeutique (+29%) ont poursuivi leur progression en 2012.

La durée moyenne de suivi des patients est de 13 mois (voir tableau infra). Plus courte en médecine (9 mois), elle est de 14 mois en éducation thérapeutique et de 19 mois en psychothérapie et au service social et juridique, ces deux services intervenant avec les médecins et les infirmiers auprès des patients les plus vulnérables. Près de la moitié des

3904 consultations en langue étrangère

Langue	n	%	Langue	n	%
Anglais	985	25%	Kurde	50	1%
Bengali	816	21%	Bambara	36	1%
Tamoul	781	20%	Soninke	30	1%
Russe	416	11%	Portugais	22	1%
Lingala	161	4%	Espagnol	18	<1%
Ourdou	149	4%	Dari	17	<1%
Pular	100	3%	Farsi	16	<1%
Turc	99	3%	Hindi	16	<1%
Arabe	75	2%	Cinghalais	13	<1%

consultations du Centre de santé ont lieu en **langue étrangère** (44% du total, et 51% en psychothérapie), 25% en présence d'un interprète professionnel, et 1% avec un interprète par téléphone. Ces consultations ont été majoritairement effectuées en anglais, bengali, tamoul, russe, lingala, ourdou et pular.

Un tiers des consultations requièrent une **expertise sociale et juridique** (34% en 2012, voir page suivante). Elles sont le plus souvent liées aux difficultés d'accès aux soins (16% du total, 37% des consultations socio-juridiques et 25% des consultations infirmières) ; au contexte de la demande d'asile et particulièrement en raison de la demande de certification médicale (11% du total, 15% en médecine) ; ainsi qu'à l'accès au séjour pour raison médicale (7% du total et 28% au service social et juridique.

Consultations du Centre de santé

TYPE DE CONSULTATION ET DE COMMUNICATION

2012	n	%	12/11	FA n	FA %	Cs par patient	Suivi moyenne	Cs LE	interprète sur place	interp. par tél.
Cs médicales	3783	43%	-26%	1571	64%	2,4	9 mois	45%	26%	2%
Cs infirmières	2606	30%	-23%	2043	83%	1,3	13 mois	45%	23%	<1%
Cs psychologiques	1297	15%	+10%	231	9%	5,6	19 mois	51%	34%	<1%
Cs socio-juridiques	628	7%	-5%	284	12%	2,2	19 mois	29%	13%	2%
Cs éducation théra.	405	5%	+29%	140	6%	2,9	14 mois	39%	33%	1%
Cs ostéopathie	94	1%	nouv.	41	2%	2,3	9 mois	10%	-	-
Total	8813	100%	-17%	2448	100%	3,6	13 mois	44%	25%	1%

Consultations du Centre de santé

INTERVENTIONS SPECIALISEES ET ORIENTATIONS

	n	Soutien social et jurid.			Prévention		Orientation			
		Accès aux soins	Dem. asile	Droit séjour	Vaccination	Educ. Santé	Orient. interne	Service Santé	Service Public	Associations
Cs médicales	3783	14%	15%	6%	1%	-	2%	8%	<1%	<1%
Cs infirmières	2606	25%	9%	6%	7%	1%	60%	12%	4%	1%
Cs psychologiques	1297	1%	2%	1%	-	-	4%	<1%	<1%	<1%
Cs socio-juridiques	628	37%	21%	28%	-	-	2%	3%	7%	7%
Cs éducation théra.	405	14%	4%	7%	-	1%	11%	1%	<1%	<1%
Cs ostéopathie	94	-	-	-	-	-	-	1%	-	-
Total	8827	16%	11%	7%	2%	1%	20%	7%	2%	1%

Plus de la moitié (55%) des nouveaux patients du Centre de santé sont orientés par des particuliers, 26% par des associations (France terre d'asile 10%), 12% par des services de l'Etat, et 3% par des services de santé. Les

orientations externes réalisées depuis les consultations du Centre de santé concernent majoritairement les services de santé (total 77%, hôpital 40%, médecine ambulatoire 19% et CMP 6%), ainsi que les services de l'Etat (17%, Sécurité sociale 13%).

Orientation vers et depuis le Centre de santé

1597 nouveaux patients caractérisés à l'entrée et 821 consultations à la sortie

2012	A l'entrée	A la sortie
Associations de soutien	26%	10%
Aftam	2%	-
Cimade	1%	2%
Comede Perm. tél.	<1%	1%
Dom'asile	1%	<1%
Espace santé droit	<1%	<1%
France terre d'asile	10%	1%
Secours catholique	2%	1%
Avocats et CRR/CNDA	2%	2%
Particuliers	55%	-
Comede patient	1%	-
Exilé ou proche	31%	-
Famille	4%	-
Site internet	1%	-
Services de l'Etat	12%	17%
ASE	2%	-
AS Ville	2%	1%
Cada	1%	-
Ofii	1%	-
Ofpra	1%	-
Mairie, CCAS	1%	<1%
Préfecture	1%	1%
Samu social	<1%	1%
Sécurité sociale	<1%	13%
Services de santé	3%	77%
Centre de prévention	<1%	1%
Centre de santé	<1%	1%
Centre médico-psy.	<1%	6%
Hôpital	2%	40%
dont Hôpital PASS	-	24%
Médecin Ville	1%	18%
PMI	-	2%

Les consultations médicales sont accessibles sur rendez-vous accordés par les médecins, le service Accueil et les consultations infirmières pour les personnes en situation de grande vulnérabilité sociale (voir page 26). Par la suite et selon la situation, les médecins proposent des rendez-vous avec les psychologues, le service social et juridique et les ostéopathes. Une partie des rendez-vous de médecine est réservée aux personnes en situation de grande vulnérabilité reçues par l'accueil et le service infirmier, une autre partie étant décidée par chaque médecin pour les suivis en cours. Au terme des consultations, 20% des patients sont orientés vers un autre service du Centre de santé, et 10% vers un dispositif extérieur.

LES PATIENTS DU CENTRE DE SANTE

En 2012, la file active du Centre de santé était de 2 448 personnes, dont 32% de femmes, 4% de mineurs <18 ans et 4% de personnes âgées ≥60 ans. Les deux tiers (66%) étaient des nouveaux patients (première consultation en 2012). Plutôt jeunes (âge moyen 34 ans), ils étaient récemment arrivés en France (en moyenne depuis 2 ans et médiane 1 an lors des consultations 2012). Les patients du Centre de santé du Comede sont originaires de 86 pays

Patients du Centre de santé

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

Région d'origine	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	23	1%	-	17	6	9	-	7	2	14	-	10	4
Afrique centrale	615	25%	22	557	36	271	10	249	12	343	10	309	24
Afrique de l'Est	50	2%	1	47	2	36	1	35	-	14	-	12	2
Afrique du Nord	51	2%	6	39	6	38	6	31	1	13	-	8	5
Afr. de l'Ouest	581	24%	31	536	14	389	27	357	5	191	3	179	9
Amér. du Nord	1	<1%	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-
Amér. du Sud	9	<1%	-	8	1	3	-	3	-	6	-	5	1
Asie centrale	17	1%	-	15	2	12	-	12	-	5	-	2	3
Asie de l'Est	37	2%	-	36	1	25	-	24	1	12	-	12	-
Asie du Sud	814	33%	25	777	12	708	18	684	6	103	4	93	6
Caraïbes	23	1%	-	19	4	9	-	9	-	14	-	10	4
Europe de l'Est	177	7%	6	164	7	123	6	113	4	54	-	51	3
Europe de l'Ou.	16	1%	4	12	-	9	1	8	-	7	3	4	-
Moyen-Orient	28	1%	2	24	2	24	2	20	2	4	-	4	-
Apatrides & inc.	6	<1%	2	4	-	4	2	2	-	2	-	2	-
Total	2 448	100%	105	2247	96	1664	82	1547	35	784	23	700	61

NB : certains enregistrements comportent une donnée manquante sur les indicateurs âge, sexe ou nationalité

(voir détail des nationalités page 22), principalement d'Asie du Sud (33%), d'Afrique centrale (25%), d'Afrique de l'Ouest (24%), d'Europe de l'Est (7%), d'Afrique du Nord (2%) et d'Afrique de l'Est (2%). Cette répartition recoupe largement celle des demandeurs d'asile (encadré rapport Ofpra page 58). Les femmes sont davantage représentées parmi les patient.e.s d'Afrique centrale (56%), d'Afrique

de l'Est (45%) et d'Afrique de l'Ouest (33%). La moyenne d'âge est plus élevée parmi les patients d'Afrique du Nord (37 ans), d'Europe de l'Est (36 ans) et d'Afrique centrale (36 ans). La proportion de nouveaux patients est plus importante chez les personnes originaires d'Afrique de l'Est (90%), d'Europe de l'Est (73%) et d'Afrique du Nord (73%).

Patients du Centre de santé

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

	n	%	Sexe F	Age médian	Age moyen	En France médiane	En France moyenne	Nouveaux patients
Total	2448	100%	32%	32 ans	34 ans	1 an	2 ans	66%

Groupes vulnérables

Dem. asile	1840	75%	32%	32 ans	33 ans	1 an	1 an	72%
Malades	958	39%	35%	34 ans	36 ans	1 an	2 ans	43%
Femmes	782	32%	100%	33 ans	36 ans	1 an	1 an	70%
Mineurs<18	105	6%	22%	15 ans	14 ans	<1 an	1 an	86%
Agés≥60	96	4%	64%	65 ans	67 ans	1 an	2 ans	65%

Région d'origine

Asie du Sud	814	33%	13%	31 ans	33 ans	1 an	1 an	67%
Afrique centrale	615	26%	56%	34 ans	36 ans	1 an	2 ans	67%
Afrique de l'Ouest	581	24%	33%	31 ans	33 ans	1 an	2 ans	58%
Europe de l'Est	177	7%	31%	34 ans	36 ans	1 an	2 ans	73%
Afrique du Nord	51	2%	28%	34 ans	37 ans	2 ans	3 ans	73%
Afrique de l'Est	50	2%	45%	28 ans	31 ans	1 an	1 an	90%

Département de domiciliation

3860 facturations documentées
pour des consultations de médecine en 2012

2012	n	%
Ile-de-France	3789	98%
75-Paris	1249	32%
77-Seine-Et-Marne	100	3%
78-Yvelines	70	2%
91-Essonne	196	5%
92-Hauts-de-Seine	275	7%
93-Seine-Saint-Denis	799	21%
94-Val-de-Marne	798	21%
95-Val-d'Oise	302	8%
Autres régions	72	2%
Total	3860	100%

Les patients du Centre de santé sont principalement domiciliés à Paris (32%), en Seine-Saint-Denis (21%), dans le Val-de-Marne (21%), dans les Hauts-de-Seine (7%) et dans le Val d'Oise (5%), alors que 2% sont domiciliés hors Ile-de-France.

Les principaux publics vulnérables (voir page 19 et tableau page précédente) sont les demandeurs d'asile (1 840 patients en 2012), les personnes atteintes de maladie grave/chronique (958), les femmes exilées (782), les mineurs <18 ans (105), et les migrants âgés ≥60 ans (96). Leurs caractéristiques sont détaillées dans les chapitres Populations (page 19) et Etat de santé (page 28).

SERVICE ACCUEIL

Le service Accueil est le lieu où s'établit pour les exilés le **premier contact avec le Centre de santé**. Deux accueillants y assurent la permanence de l'accueil du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30, et l'après-midi une troisième personne se charge de la réponse téléphonique en particulier pour la prise de rendez-vous. Cette mission réclame à la fois une écoute active, de la patience ainsi qu'une grande disponibilité afin de rassurer des personnes fragilisées par les conditions de leur exil, anxieuses dans l'attente de la consultation et fréquemment non francophones. Chaque patient est reçu pour un entretien d'un quart d'heure en moyenne, où l'accueillant explique le fonctionne-

ment du Centre de santé. Un dossier est ouvert pour les nouveaux patients, et l'agent d'accueil présente et remet le livret de santé bilingue en fournissant les premiers éléments d'information relatifs aux démarches administratives et sociales à accomplir. Par la suite, les informations sociales et administratives sont mises à jour sur le dossier. Pour les patients dépourvus de protection maladie, les accueillants complètent et délivrent un formulaire-Comede de demande à l'attention du centre de Sécurité sociale de secteur. Une participation initiale de 5 euros est demandée à titre facultatif pour soutenir l'association.

Le Service d'accueil est également en charge des **appels téléphoniques** reçus par le Centre de santé (hors appels directs pour le Service social et juridique et le Suivi médical, voir infra). Les caractéristiques des appels et accueils

Accueil physique et accueil téléphonique

7779 Appels et accueils caractérisés en 2012

- En 2012, les agents d'accueil ont traité **6 320 appels** téléphoniques (27 par jour) et accueilli directement au Centre de santé **1 459 patients** n'ayant pu joindre le standard par téléphone (6 par jour). Un quart des personnes avaient déjà un dossier au Centre de santé.
- 89% des sollicitations concernaient une demande de rendez-vous, dont 66% en médecine, 13% en vue d'un certificat médical destiné à la demande d'asile, 5% pour un soutien à la demande de régularisation pour raison médicale, et 4% pour une demande de psychothérapie. Seules 32% des demandes de rendez-vous ont pu être honorées en 2012 (42% des demandes de RV avec le médecin, 15% des demandes relatives au droit au séjour pour raison médicale, 10% des demandes de certificat médical pour l'asile).
- 1451 situations ont conduit à une **orientation** vers les partenaires du réseau (19%), principalement **services de santé** (total 70% ; médecine ambulatoire 50%, hôpital 14%, CMP 1%), **associations** (24% ; Permanences téléphoniques Comede 10%, Espace santé droit 7%, Cimade 2%, Gisti 1%, Dom'asile 1%), et **services de l'Etat** (4%, CCAS 2%).
- 1152 sollicitations comportaient une **demande d'information** (15% ; de la part de professionnels dans 56% des cas), principalement dans les domaines social et juridique (45%), médical (34%) et psychologique (7%).

physiques réalisés par l'accueil en 2012 sont détaillés dans l'encadré précédent. L'accueil téléphonique se déroule en français et en anglais, ce qui représente une difficulté pour les patients maîtrisant mal ces deux langues et implique dans ce cas des durées de communication plus longues.

Le service accueil centralise également les informations relatives au tissu d'accompagnement social, généralement pour aider une personne qui le souhaite à apprendre le français, à se former dans un domaine professionnel ou autre, et également à rencontrer des compatriotes, à se retrouver dans un groupe d'auto support. Cette activité est essentielle et les cliniciens constatent l'évolution plus favorable des personnes qui en bénéficient, alors qu'elles sont particulièrement isolées sur le plan social et personnel, et/ou qu'elles rencontrent des obstacles administratifs, une discrimination du fait de leur origine géographique, des questions liées au genre et à l'orientation sexuelle etc.

SERVICE INFIRMIER

Les infirmiers et le médecin de santé publique ont effectué **2 606 consultations infirmières** pour 2 043 patients, dont 7% de consultations dédiées à la vaccination et 1% à l'éducation pour la santé. Au total, 45% des consultations infirmières ont eu lieu en langue étrangère. En 2012, les consultations du service Infirmier étaient assurées par 3 professionnel.le.s pour un équivalent de 1 plein-temps auprès des patients. Avec le service Accueil, le service infirmier est en charge des missions de premier accueil, d'évaluation et d'orientation les patients. Sur l'ensemble des consultations, l'expertise juridique du service Infirmier est sollicitée dans 40% des cas, en matière d'accès aux soins (25%), de demande d'asile (9%) et de droit au séjour pour les étrangers malades (6%). Le service contribue ainsi aux actions du Suivi de l'accès aux soins du Centre de santé (voir page 70).

Activités spécifiques de prévention du service infirmier

Outre sa participation au programme d'éducation thérapeutique du Centre de santé, le service infirmier développe des activités spécifiques dans deux domaines :

- **Education pour la santé.** Animée par une infirmière, une consultation dédiée à l'éducation pour la santé a été mise en place fin 2010. En 2012, **41 consultations** ont été effectuées pour 35 personnes, dont 20 femmes, principalement originaires d'Afrique centrale, d'Asie du Sud et d'Afrique de l'Ouest.

- **Centre de vaccination.** Afin d'améliorer la couverture vaccinale des exilés accueillis au Centre de santé, en particulier les jeunes adultes et les populations les plus vulnérables, le Comede a mis en place en 2010 un Centre de vaccination avec le soutien de l'ARS Ile-de-France et de la plateforme de vaccination du Val-de-Marne. En 2012, **726 vaccinations ont été effectuées pour 122 personnes** (20% de femmes), dont 107 étaient âgées de 15 à 44 ans. Parmi ces 122 personnes, 70 ont été vaccinées directement en consultation médicale et 61 en consultation infirmière dédiée. Les principaux vaccins utilisés ont été Genhevac B (38%), Revaxis (29%), Boostrix tetra (24%) et Priorix (7%). Cent-huit personnes ont eu des injections multiples d'un même vaccin : 57 pour le Genhevac B, 29 pour le Revaxis, 13 pour le Priorix et 2 pour le Boostrix tetra. La combinaison la plus fréquente associe une primo-vaccination contre le VHB et un rattrapage de la vaccination DTP.

Les consultations dédiées à l'**éducation pour la santé** ont pour but de développer l'autonomie de la personne dans la préservation de sa santé et ainsi favoriser l'échange avec les différents acteurs de santé. Ces consultations sont un moment d'écoute, d'information, d'orientation et de soutien. Les principaux sujets abordés ont été en 2012 :

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

Divers outils sont utilisés : plaquettes et livrets d'information sur les IST, le VIH, la contraception, la sexualité ; planches anatomiques et physiologiques ; mallettes de démonstration (pose de préservatif...) ou encore photo-langage sur l'alimentation. En vue de mieux faire connaître cette consultation auprès des personnes suivies au centre de santé, une enquête sur les attentes des patients a été effectuée début 2013.

Les séances spécifiques de **vaccination** se sont poursuivies avec le soutien de l'ARS. Le bilan médical précise les éléments du calendrier vaccinal à mettre en place. Si la priorité est donnée au rattrapage vaccinal contre le VHB et DTP, la prévention de la rougeole et de la méningite est également encouragée, ainsi que la prévention des complications respiratoires (vaccin antipneumocoque) chez des personnes présentant des maladies chroniques concernées, enfin l'initiation ou le rattrapage vaccinal chez les mineurs.

SERVICE MEDICAL

Les médecins ont effectué **3 783 consultations**, dont 45% en langue étrangère, pour 1 571 patients. Avec 7 professionnels pour 1,8 équivalent temps plein (ETP), la consultation médicale constitue le pivot de la prise en charge au Centre de santé et peut orienter vers les consultations infirmières, d'éducation thérapeutique, pour la santé, psychologiques et socio-juridiques. L'écoute et le soutien restent essentiels dans la réponse proposée à l'ensemble des consultants, et les médecins consacrent une part importante des consultations à la prévention et à la réalisation du bilan de santé. Le suivi des hépatites chroniques en lien avec l'éducation thérapeutique, tant sur la question du droit au séjour pour raison médicale, que pour le traitement des hépatites B et l'accompagnement des infections au VHB dites inactives, s'est approfondi en consultation au cours de l'année.

Bilan de santé proposé au Comede

Examen	AFA, AFC AFE, AFO ASE	AFN	ANT ASS	AUT
Examen clinique	✓	✓	✓	✓
NFS	✓	✓	✓	✓
Glycémie		✓	✓	
Sérologie VHB	✓	✓	✓	✓
Sérologie VHC	✓	✓	✓	✓
Sérologie VIH	✓	✓	✓	✓
Rx thorax face	✓	✓	✓	✓
EPS	✓		✓	
EPU	✓			

AFA Afrique australe, AFC Afrique centrale, ANT Antilles, ASE Asie de l'Est, AFE Afrique de l'Est, AFO Afrique de l'Ouest, AFN Afrique du Nord, ASS Asie du Sud, AUT autres régions (voir définition des régions page 59). NFS Numération-formule sanguine, EPS Examen parasitologique des selles, EPU Examen parasitologique des urines

Le **bilan de santé** recommandé a été effectué chez 84% des patients reçus en 2012, 81% avec la sérologie VIH (1% de refus). Au terme de la première consultation et avec l'accord de la personne, les médecins du Comede complètent l'examen clinique - incluant l'évaluation psychologique - par la réalisation d'examens complémentaires ciblés. Pour les consultants encore dépourvus de protection maladie ou en cas de dépistage parasitologique, les examens complémentaires sont réalisés et pris en charge par les laboratoires de la Dases (Ville de Paris), partenaire conventionnel du Comede depuis 1984. L'hôpital Saint Antoine de l'APHP est aujourd'hui le prestataire de service de la ville de Paris pour la biologie, tandis que les examens radiologiques continuent à être effectués au centre Edison (CLAT 75). Adressés au Centre de santé, les résultats du bilan sont remis au patient et commentés lors de la consultation suivante. Ils permettent la prévention, le dépistage précoce et les soins de diverses affections graves ou potentiellement graves (voir Epidémiologie page 29). 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.

Les **prescriptions médicales** sont réalisées dans les pharmacies et laboratoires de ville du lieu de vie, lorsque les personnes détiennent une protection maladie intégrale (voir Accès aux soins page 39). Les premières consultations de médecine peuvent conduire à la délivrance de médicaments par la pharmacie du Comede (46%), dans l'attente de l'ouverture des droits. La demande d'admission immédiate à la protection Complémentaire CMU ou d'instruction prioritaire à l'AME est indiquée lorsqu'il est nécessaire de recourir sans délai à un examen spécialisé, au médecin spécialiste, au dentiste, ou encore pour permettre la continuité d'un traitement médicamenteux, en particulier chez les personnes qui présentent une maladie chronique (voir épidémiologie page 30). Les personnes consultent alors soit au plus près de leur domicile, soit pour les situations plus complexes auprès de l'un des partenaires du Comede sur l'ensemble de la région Ile-de-France.

La consultation de médecine relève d'une **expertise médico-juridique** dans 35% des cas, en matière de droit d'asile (15%), d'accès aux soins (14%), et de droit au séjour (6%). Sous la pression exercée par les acteurs du droit d'asile, la demande de certificat médical « constatant » les séquelles de violence et de torture est restée très forte en 2012, les moyens actuels du Centre de santé du Comede ne permettant d'accueillir qu'une minorité de ces demandeurs. Incompatible avec une procédure « d'urgence », la délivrance d'un tel certificat nécessite au minimum une première consultation destinée à l'évaluation médico-psychologique, et, si le certificat est indiqué (dans 72% des cas en 2012), un rendez-vous ultérieur consacré à sa rédaction. Les médecins du Comede ont délivré 201 « certificats pour l'asile » sur l'année, soit pour 13% des patients reçus en médecine. L'évaluation des demandes de carte de séjour pour raison médicale a également conduit à la rédaction de rapports et certificats médicaux pour 39 patients en 2012, soient 64% des cas de demande, dans un contexte très restrictif à l'égard des étrangers malades (voir Droit au séjour pour raison médicale page 50).

PHARMACIE

Sous la responsabilité d'une pharmacienne bénévole, la pharmacie du Centre de santé du Comede représente une prestation essentielle en matière d'accès aux soins dans la mesure où la majorité des nouveaux patients sont dépourvus de protection maladie. L'approvisionnement s'effectue dans le cadre d'une convention entre la Cnamts et Pharmacie humanitaire internationale (PHI), dont le Comité de suivi est assuré par la Direction générale de la santé, la Direction de la Sécurité sociale, la Direction générale de la cohésion sociale, la Caisse nationale d'Assurance maladie, PHI, ainsi que les représentants des associations destinataires des médicaments. En 2012, la pharmacie a honoré **4 239 prescriptions** correspondant à 1 737 consultations concernant 1 029 patients, soit 65% de la File active. Les molécules les plus utilisées reflètent les caractéristiques épidémiologiques de la population reçue au centre de santé : antalgiques (21%), psychotropes (19%), anti-inflammatoires et myorelaxants (7%).

EDUCATION THERAPEUTIQUE

L'éducation thérapeutique vise deux objectifs pour les personnes atteintes de maladies chroniques :

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

Un médecin et une infirmière ont effectué **405 consultations d'éducation thérapeutique**, dont 39% en langue étrangère, pour 140 patients, soient 2,9 consultations par patient. Majoritairement des hommes (63%), ils sont principalement originaires du Congo RD (25%), du Bangladesh (18%), de Guinée Conakry (13%), du Sri Lanka (7%) et du Cameroun (5%). Parmi ces patients, en 2012 :

- 42 ont eu une seule consultation d'ETP,

- 32 ont eu 2 consultations d'ETP
- 27 ont eu 3 consultations d'ETP,
- 39 ont eu plus de 3 consultations (4-12).

En tenant compte des co-morbidités (1,4 par personne en moyenne), près de 590 personnes présentaient en 2012 une maladie qui pourrait bénéficier d'une éducation thérapeutique au Centre de santé. Cependant, toutes les personnes ne sont pas intéressées, certaines ne nécessitent pas d'éducation thérapeutique parce qu'elles sont déjà accompagnées, ou parce que les médecins et infirmiers estiment que leur accompagnement est suffisant, d'autres personnes enfin (parmi les plus nombreuses) demandent à ce que les interventions du Comede soient en préalable centrées sur leurs conditions de vie, leur accès aux soins, un soutien psychothérapeutique. La mise en place de l'éducation thérapeutique peut ainsi être décalée dans le temps.

Les consultations d'éducation thérapeutique sont notamment destinées aux personnes atteintes d'asthme, de diabète, d'hypertension artérielle et d'hépatite virale chronique. Les médecins et les infirmiers orientent vers l'équipe d'éducation thérapeutique les personnes qui souhaitent s'inscrire dans cette démarche et qui présentent un traitement nécessitant un accompagnement spécifique. Une première réunion d'information collective permet d'informer sur les avantages et les limites de l'éducation thérapeutique et de présenter l'équipe. A l'issue de cette réunion, les personnes qui le souhaitent ont un premier entretien individuel pour réaliser le diagnostic éducatif partagé qui débouche sur au moins deux séances fondées sur les axes retenus par le patient et le soignant. Il peut s'agir de compréhension des mécanismes physiopathologiques, de la mise en œuvre d'activités de prévention (vaccination, modes de vie, alimentation...), comme d'une meilleure connaissance du système de santé, de l'accès aux droits... En plus des consultations individuelles, les patients porteurs du VHB et/ou du VHC ont débuté des réunions collectives, en partenariat avec SOS Hépatites et grâce à un patient expert, pour la mise en place de groupes

d'auto supports et d'informations sur le suivi et les traitements.

Le programme est coordonné par le **comité de suivi** de l'éducation thérapeutique, qui réunit différentes associations de personnes concernées, des professionnels de santé et des patients du Centre de santé. Le Comité veille à faire régulièrement le point sur l'approfondissement de cette activité au Comede, travaille sur les outils d'évaluation. En 2012, une attention particulière a été apportée au développement des activités dédiées aux personnes atteintes d'infections chroniques par le VHB et/ou le VHC. Il est prévu en 2013 de construire des groupes d'échange autour de la nutrition, des facteurs de risque et de la composition de repas adaptés aux conditions de vie et des maladies.

OSTEOPATHIE

Interrompues depuis 1998 à la demande de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, les activités d'ostéopathie ont pu reprendre au Centre de santé du Comede au cours de l'année 2012, grâce à l'évolution du contexte législatif (titre professionnel par la loi de santé publique du 4 mars 2002) et au bénévolat de 6 praticiens. Fin 2012, **94 séances d'ostéopathie** ont été enregistrées. Les 41 patients qui en ont bénéficié (32% de femmes) étaient principalement originaires d'Asie du Sud (34%), d'Afrique centrale (24%) et d'Afrique de l'Ouest (20%).

L'ostéopathie est une médecine holistique, qui conjugue dans le diagnostic et le traitement la connaissance de l'anatomie et une habileté palpatoire sans cesse affinées. Son but est de permettre à toutes les structures de l'organisme de bouger de façon optimale. Elle s'intéresse donc à la mobilité : du mouvement des articulations à la mobilité propre des organes, l'action de l'ostéopathe consiste à libérer l'ensemble des contraintes qui entravent le libre mouvement des structures anatomiques entre elles, et dans les tissus qui les soutiennent. Ces pertes de mouvement sont la conséquence des

traumatismes du quotidien, des stress, et de certaines intoxications. Chez les patients du Comede, la douleur est le plus souvent intimement liée à des séquelles de tortures, d'agressions sexuelles et à des situations de stress où la vie même est engagée. Ces événements restent présents dans le corps, et le but de l'ostéopathe est de redonner leur mobilité à ses tissus lésés, meurtris, porteurs de l'histoire du patient, afin d'en restaurer la fonction. Rendre leur mobilité aux structures anatomiques représente ainsi davantage qu'un simple soulagement de la douleur en restaurant la personne dans son intégrité.

SERVICE PSYCHOTHERAPIE ET SANTE MENTALE

Les psychothérapeutes ont effectué **1 297 entretiens**, pour 231 patients, dont 51% en langue étrangère. La durée moyenne de suivi des patients est de 17 mois, ce qui correspond à la nécessité de proposer des suivis soutenus pour des patients présentant souvent des troubles psychiques graves, en lien avec des expériences de violences et tortures (voir épidémiologie page 28).

L'orientation initiale vers le psychothérapeute est proposée par le médecin, généralement après les résultats du bilan de santé. Les troubles psychologiques et psychiatriques constituent la principale cause de morbidité chez les exilés, davantage encore chez les femmes (voir épidémiologie page 30). Les patients reçus souffrent pour la grande majorité d'entre eux de syndromes psychotraumatiques dans lesquels dominent cauchemars et reviviscences, troubles de la mémoire et de la concentration mais aussi douleurs physiques rebelles au traitement antalgique. Les syndromes psychotraumatiques prennent parfois des formes particulièrement graves dans lesquelles peuvent survenir des épisodes dissociatifs, s'exprimant par des moments de confusion, d'agitation ou encore de mutisme et de stupeur. Certains patients traversent des états de détresse psychique intense, associés à des dépressions graves, et témoignent d'idées suicidaires (voir page 34).

Les violences ont un impact lourd sur la vie psychique des personnes reçues en psychothérapie au Comede. Pour autant il ne faut pas négliger le retentissement psychologique de la situation d'exil, marquée par la séparation d'avec les proches, la découverte d'un environnement nouveau et inconnu, mais aussi, et parfois violemment, par la précarité sociale et administrative. Le suivi des patients recouvre des modes de prises en charge - thérapies d'orientation psychanalytique et/ou thérapies de soutien - que l'on cherche à adapter à la situation du patient, dans laquelle se nouent les effets du traumatisme psychique et la précarité de la situation sociale. Face à un tableau clinique de névrose traumatique et/ou de dépression, les psychologues et médecins peuvent conduire l'essentiel des prises en charge requises, les médecins prescrivant au besoin des traitements anti-dépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques. Toutefois l'avis d'un psychiatre reste nécessaire en cas de tableau psychotique, de dépression ou de syndrome psychotraumatique sévère.

En région parisienne, la sollicitation des Centres médico-psychologiques de secteur se heurte en effet à de fortes résistances pour ce public, les CMP étant déjà aux prises avec de grandes difficultés de prise en charge d'autres populations en situation précaire, ainsi que largement ignorants du contexte de l'exil. L'argument d'absence d'interprète ou de « spécificité culturelle » est souvent mis en avant pour justifier l'absence de soins.

Comme le service médical et le service social et juridique, le service de psychothérapie et santé mentale n'est pas en mesure de répondre actuellement à l'ensemble des demandes et besoins de soins psychothérapeutiques dans le cadre du Centre de santé. Pour ces raisons, le service a renforcé en 2012 sa participation au Centre-ressources du Comede en créant une permanence téléphonique spécifique d'information et d'orientation sur l'accès aux soins en santé mentale (voir page 78).

SERVICE SOCIAL ET JURIDIQUE

(voir aussi Espace santé droit page 51)

Le service Social et juridique a effectué **628 consultations**, pour 284 patients au Centre de santé, dont 29% en langue étrangère. La consultation sociale et juridique est assurée par 2 professionnelles pour l'équivalent de 1 ETP auprès des patients. L'orientation vers le service est proposé par les autres consultants, concernant des interventions relatives au droit de la santé, ainsi que pour des activités de soutien social pour les personnes les plus vulnérables. La durée moyenne de suivi par le service social et juridique est de 19 mois, compte-tenu de l'extrême précarité des patients concernés (voir vulnérabilité page 26).

Pour ces raisons, les consultations sociales sont très souvent l'occasion d'aide à la vie quotidienne directement ou à travers une orientation vers les partenaires publics ou associatifs. Les assistants sociaux et juridiques sont proportionnellement plus souvent sollicités que les autres consultants en matière d'accès aux soins (37%), de droit au séjour pour raison médicale (28%), et d'aide aux procédures de demande d'asile (21%). Le service social et juridique doit également faire face à l'aggravation des carences des dispositifs publics d'hébergement d'urgence, qui représente un des enjeux majeurs des conditions de survie des exilés en 2013. Comme corollaire, le suivi médical et l'accompagnement des familles deviennent particulièrement difficiles, qu'il s'agisse de la scolarisation des enfants ou de l'inscription dans un dispositif de santé pérenne (médecine générale, centre de santé sans compter les soins spécialisés). Le service social se trouve confronté à des attitudes parfois discriminatoires en termes d'accès à un hébergement de la part de certaines structures d'accueil qui sont débordées et réalisent un traitement illégitime des demandes sur la base de critères de sélection ou d'entretien inadaptés.

Enfin, Les activités de veille réglementaire et d'intervention spécialisée, en consultation ou par téléphone, sont portées par le service social et

juridique renforcé par le cadre infirmier dans le cadre du groupe de Suivi de l'accès aux soins du Comede (SAS).

SUIVI MEDICAL

Dédiées à la **coordination et à la continuité des soins** pour les patients du Centre de santé, les activités du Suivi médical sont assurées par 5 médecins référents et 1 médecin de santé publique, pour 0,6 ETP. Les médecins du Suivi médical traitent l'ensemble des courriers médicaux, effectuent la mise à jour des dossiers et l'information de l'équipe soignante, et assurent la transmission des renseignements médicaux aux médecins partenaires. Ils s'enquêtent régulièrement des comptes-rendus de consultation, d'hospitalisation, de centre de lutte anti-tuberculeuse ou d'autres services vers lesquels les consultants du Comede sont orientés, à partir de l'enregistrement informatique des relevés de consultation.

Depuis l'étude réalisée en 2012 sur 13 patients du Centre de santé ayant présenté une tuberculose maladie, le suivi médical en lien avec le service infirmier est en mesure d'accompagner les personnes de façon à éviter une stigmatisation, voire une perte d'hébergement et également pour faciliter la prise du traitement anti-tuberculeux. Dans ce cadre les CLAT d'Ile-de-France et en particulier ceux du 93 et du 94 ont été rencontrés et informés de cette approche, pouvant déboucher sur une médiation de santé entre une personne infectée et l'hébergeur.

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

charge globale de proximité puisse être organisée lorsque les conditions médicales, psychologiques et sociales sont enfin réunies.

Le Suivi médical occupe un poste d'observation détaillée sur la pathologie et les soins apportés aux exilés. A partir de ses activités quotidiennes,

le Comede peut dresser une carte épidémiologique permettant de cerner les besoins, d'évaluer les actions de santé en cours et de cibler les actions prioritaires à mettre en place (voir épidémiologie page 25) ■

Evolution de la vulnérabilité sociale

Les situations de vulnérabilité sociale des patients du Centre de santé sont régulièrement évaluées lors des différentes consultations (voir données d'observation dans le chapitre Etat de santé page 26). Sur une durée moyenne de 2 mois entre la première et la dernière évaluation effectuée pour chaque patient, la situation s'est améliorée sur le plan de la protection maladie (le taux de patients dépourvus a baissé de 73% à 50%, voir tableau) ainsi que des ressources (de 64% à 54%), du droit au séjour (de 40% à 32%) et plus faiblement de l'hébergement (de 30% à 27%). Il n'y a pas eu d'amélioration sur le plan de l'isolement ou de l'accès à l'alimentation.

	Date médiane	n	1 pas Com	2 Hébergement préc.	3 pas proche	4 pas acc.	5 pas séjour	6 pas P.Mal.	7 pas alim.	8 pas ress.	Gr. Vuln.
1ère éval.	7 mai	2134	42%	30%	23%	22%	40%	73%	19%	64%	10%
Der. éval.	9 juillet	813	42%	27%	25%	23%	32%	50%	20%	54%	12%
Total	29 mai	3886	42%	33%	27%	25%	37%	64%	21%	63%	16%

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

- Alimentation. Lors des derniers jours, avez-vous pu manger à votre faim ? Et vous êtes-vous privé d'un repas pour des raisons financières ?
- Langue. Pas de maîtrise orale suffisante du français ou de l'anglais pour demander son chemin, comprendre les résultats d'un bilan, effectuer une demande de droits.
- Hébergement précaire. Y a-t-il des problèmes avec l'hébergement ? selon la personne
- Isolement relationnel. N'avoir personne sur qui compter, avec qui partager ses émotions
- Isolement social. N'avoir personne qui puisse m'accompagner physiquement dans mes démarches
- Protection maladie. Absence de dispense d'avance des frais (ni CMU-C ni AME en cours)
- Séjour : pas de droit au séjour.
- Ressources financières : inférieures au seuil de l'Allocation temporaire d'attente pour les demandeurs d'asile (325 € en 2012).

LE COMEDE AGIT EGALEMENT DANS LE CADRE DE COLLECTIFS ASSOCIATIFS

▪ **L'Adfem (Action et droits des femmes exilées et migrantes)** est né en 2008 du regroupement du Graf (Groupe asile femmes) et du Comité contre la double violence, pour promouvoir le droit d'asile des femmes persécutées en tant que femmes et de lutter contre les violences qui leur sont faites. L'Adfem agit aussi pour en faveur de lois protégeant les femmes étrangères contre les violences en France, et pour une meilleure application effective de ces dispositions.

☞ <http://doubleviolence.free.fr>

▪ **L'Anafé (Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers)** a pour objectif de fournir une aide à caractère juridique et humanitaire aux étrangers maintenus dans les zones d'attente. De nombreux dysfonctionnements nécessitent l'intervention quotidienne de l'Anafé, qui dispose d'un droit de visite contingenté et revendique un accès permanent. Par ailleurs, une permanence téléphonique est accessible aux étrangers en difficulté à la frontière, et à leurs proches. L'association publie la lettre « Chronique de zone d'attente ». ☞ www.anafe.org

▪ **La CFDA (Coordination française pour le droit d'asile)** : ses travaux, auxquels le HCR est associé, portent sur l'accueil et l'hébergement, l'accès aux procédures, la dimension européenne, asile et femmes, et asile dans les DOM-COM. En 2012, la CFDA a interpellé les instances et les partenaires de terrain en diffusant deux notes sur les empreintes dites inexploitable et sur le contrôle médical annuel de non excision. La CFDA a saisi le tribunal administratif dans le cadre d'un référé en suspension et en annulation sur le référentiel des plateformes en attente d'audience. Elle a également obtenu l'annulation d'une note interne du 3/11/2011 du DG de l'Ofpra, qui y enjoignait à ses services de « statuer sans tarder par la prise d'une décision de rejet » dans le cas des demandes d'asile déposées par des étrangers dont les empreintes digitales étaient considérées comme altérées. (CE.11/01/2012). En avril 2012, La CFDA a publié le rapport « Réformer le système d'asile pour mieux protéger les réfugiés ». ☞ www.cfda.rezo.net

▪ **Le Collectif « Asile en Ile-de-France »** : créé en 2008, il est composé de plusieurs associations (Amnesty internationale, ACAT-France, Dom'Asile, GAS, Secours catholique, La Cimade, CAFDA, Comede) œuvrant pour le respect du droit d'asile. En 2012, le collectif a saisi le Défenseur des droits sur les pratiques des préfectures d'Ile-de-France contraires au droit d'asile, et une collaboration s'est engagée avec le DDD. Le collectif a également interpellé le Préfet de Seine-Saint-Denis sur les pratiques ayant cours dans ses services à l'égard des demandeurs d'asile.

▪ **Le Collectif pour le Droit à la Domiciliation** regroupe 5 associations (Secours catholique, CASP, FEP, Dom'asile, Comede) et fait suite à l'organisation en 2009 des Etats Généraux pour la domiciliation en Ile de France. Il a pour objectif, d'une part, de promouvoir le principe d'un dispositif unique de domiciliation effectivement accessible par toutes les personnes ne pouvant justifier d'une adresse stable pour faire valoir leurs droits et, d'autre part, de défendre le droit pour toutes les personnes sans domicile stable d'utiliser une domiciliation administrative pour l'accès à leurs droits, aux prestations et aux services essentiels garantis par la loi.

▪ **Le réseau Humapharma**, fondé en juin 2009 par Médecins du monde, le Comede, le Samu social et Médecins solidarité Lille, se préoccupe de tous les aspects de la distribution des produits de soin pour les structures humanitaires exerçant en France, dans le but de garantir aux personnes démunies l'accès aux produits de santé. Il vise à garantir aux personnes en situation précaire un accès optimal aux produits de santé, et agir auprès des pouvoirs publics et des organismes privés.

▪ **MOM (Migrants Outre-mer)** est un réseau associatif destiné à décrypter les réalités locales de l'immigration et faire valoir les droits des étrangers. MOM anime une liste de discussion électronique ouverte à tous et un site internet.

☞ www.migrantsoutremer.org

▪ **L'ODSE (Observatoire du droit à la santé des étrangers)** a pour objectif d'analyser la réalité des droits à la protection maladie et à l'accès aux soins, ainsi que des textes régissant le droit au séjour des étrangers atteints d'affections graves. La mobilisation de l'ODSE a été très forte tout au long de l'année 2012 face à la progression des obstacles à l'accès aux droits.

☞ www.odse.eu.org

▪ **L'OEE (Observatoire de l'enfermement des étrangers)** a été fondé en mai 2010 afin de proposer des analyses et des réponses collectives face à la généralisation et à la banalisation des formes d'enfermement des étrangers. L'OEE a pour objectifs de promouvoir la défense et l'exercice de leurs droits par les étrangers et de témoigner des réalités et des atteintes aux droits et à la dignité des personnes dans ces lieux de privation de liberté.

☞ <http://observatoireenfermement.blogspot.com/>



L'Espace santé droit à Aubervilliers

Hébergé par le Foyer protestant d'Aubervilliers et animé dans le cadre d'un partenariat opérationnel avec la Cimade (voir encadré page suivante), l'Espace santé droit a délivré **560 consultations** en 2012 pour une file active de **338 personnes** (voir tableau ci-dessous). La baisse du nombre de consultations juridico-médicales (-20%, consécutive à la diminution de la présence médicale due à la réduction des moyens du Comede) a été compensée par l'accroissement des autres consultations juridiques ayant permis une stabilité globale des activités de consultation (+4% par rapport à l'année précédente). Dans un contexte de durcissement de l'accès aux droits des étrangers malades, on observe en 2012 une augmentation du nombre de consultations par personne soutenue (1,7 *versus* 1,3 en 2011), et une diminution correspondante du nombre de personnes suivies (338 vs 407, soit -17%). Les interventions se situent majoritairement dans les domaines du droit au séjour pour raison médicale (71% du total, et 94% des consultations médico-juridiques) et de l'accès aux soins (27%, et 32% des consultations socio-juridiques). La progression de la part des consultations en langue étrangère (6% *versus* 3% en 2011) interroge le projet sur la place de l'interprétariat dans le soutien proposé.

La **permanence téléphonique** de l'Espace santé droit a également traité **1629 appels** en 2012, dont 45% ont permis de relever les caractéristiques démographiques des bénéficiaires (733 personnes caractérisées sur le plan du sexe, de l'âge et de la nationalité, voir page 78). Les répondants de l'Espace santé droit interviennent principalement en matière de droit au séjour des étrangers malades (82% du total, et 84% pour les utilisateurs de l'ancien relevé d'activité), et d'accès aux soins (17%, et 30% chez les utilisateurs du nouveau recueil de données mis en place en septembre 2012, voir Centre-ressources page 79).

ORGANISATION ET ORIENTATION

En avril 2013, l'équipe de l'Espace santé droit compte 10 intervenants bénévoles (pour 2,5 équivalents temps-plein ETP), encadrés par les 2 coordinateurs salariés du Comede et de la Cimade (1 ETP), ainsi qu'un médecin (0,2 ETP). Pour les usagers, le premier contact s'effectue par téléphone, la permanence téléphonique étant sollicitée directement par les étrangers ou par les professionnels et associations qui les soutiennent.

Consultations

2012	n	%	12/11	FA n	FA %	Cs par patient	Suivi moyenne	Accès aux soins	Droit au séjour	Cs LE *
Cs socio-juridiques	338	60%	+12%	203	60%	1,7	1 mois	32%	66%	5%
Cs médico-jurid.	173	31%	-20%	142	42%	1,2	<1 mois	7%	94%	8%
Total	560	100%	+4%	338	100%	1,7	<1 mois	27%	71%	6%

* Consultation en langue étrangère

Permanence téléphonique

2012	n	Accès aux soins	Droit au séjour	Info méd	Autres droits	Dép 75	Dép 92	Dép 93	Dép 94	hors IDF
Ancien recueil	1508	16%	84%	9%	1%	33%	8%	33%	9%	6%
Nouveau recueil	121	30%	51%	4%	9%	33%	5%	26%	13%	5%
Total	1629	17%	82%	9%	2%	33%	8%	33%	10%	6%

La permanence téléphonique fonctionne les mardis, mercredis matin et vendredis, les consultations étant également effectuées le mercredi après-midi. Les répondants attribuent des rendez-vous en priorité dans les situations de blocage (pour déposer une demande de titre de séjour en préfecture ou en cas de refus, pour le dépôt d'une demande de couverture maladie à la CPAM ou en cas de refus d'ouverture de droits CMU-C ou AME...). Dans les autres cas, les personnes sont adressées vers les services de droit commun, l'équipe de l'Espace santé droit agissant alors en soutien des professionnels du médico-social.

En 2012, la permanence téléphonique a été sollicitée en majorité pour des personnes résidant en Seine-Saint-Denis (33%, voir tableau page précédente), à Paris (33%), dans le Val-de-Marne (10%), et dans les Hauts-de-Seine (8%). Les appels émanent dans deux tiers des cas de particuliers (outre la personne elle-même, un proche dans 15% des cas et un membre de la famille dans 13% des cas). Les autres appels proviennent des services de l'Etat (12% du total, service social de secteur 8%, voir tableau ci-contre), d'associations de soutien (11%, Cimade 6%), et de services de santé (7%, hôpital 6%). Les personnes accueillies à l'Espace santé droit ont été majoritairement orientées par des associations (47% du total, Cimade 19%), des particuliers (33%), des services de santé (15%, Hôpital 12%), et des services de l'Etat (12%, services sociaux de secteur 10%). Au total, 16% des appels ont conduit à l'attribution d'un premier rendez-vous en consultation, cette proportion étant plus élevée parmi les personnes orientées par les associations de soutien (69%) et les services de santé (35%).

Les demandes de soutien pour le droit au séjour pour raison médicale impliquent une évaluation médico-juridique. Les bénévoles sollicitent sur place l'expertise du médecin sur la compatibilité de l'état de santé de l'étranger avec le droit au séjour pour raison médicale dans le cadre de consultations à trois (31% des 560 consultations effectuées en 2012). Les interventions socio-juridiques sont variées : il

Orientation vers l'Espace santé droit

291 personnes accueillies et 1579 appels caractérisés.e.s

2012	Perma- nence tél	Consul- tations
Associations de soutien	11%	47%
Act-Up	-	1%
Aides	1%	2%
Cimade	6%	19%
Comede CDS	-	4%
Dom'asile	<1%	1%
France terre d'asile	<1%	1%
Gisti	<1%	1%
Médecins du monde	1%	1%
Autres	3%	9%
Avocats et CRR/CNDA	1%	2%
Collectifs	<1%	1%
Particuliers	67%	33%
Ami, proche	15%	10%
Famille	13%	3%
Site internet	<1%	4%
Services de l'Etat	12%	12%
AS Ville	8%	9%
Cada	1%	-
Croix-rouge française	-	1%
Mairie, CCAS	<1%	1%
Services de santé	7%	15%
Hôpital	6%	12%

peut s'agir d'une première demande ou d'une nouvelle demande après des démarches préalables ayant échoué, ou d'un recours contre une décision de refus de séjour pour raison médicale assortie d'une obligation de quitter le territoire ou contre d'autres mesures d'éloignement incompatibles avec l'état de santé de la personne. Les interventions peuvent également viser la consolidation du statut administratif : demandes de délivrance des récépissés prévus par la loi ; demandes d'autorisations de travail pour des personnes titulaires d'autorisations provisoires de séjour ; demandes de passage d'autorisations provisoires de séjour à répétition à une carte de séjour temporaire d'un an ; ou de cartes de séjour temporaire à une carte de résident ; changement de statut ; levée du refus de regroupement familial au motif que, puisqu'ils sont malades, « les intéressés n'ont pas vocation à vivre en France ». Etendues à l'ensemble des intervenants, les interventions en matière d'accès aux soins ont encore progressé en 2012 (27% versus 22% des consultations en 2011).

Personnes accueillies à l'Espace santé droit

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

Région d'origine	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	9	3%	-	9	-	5	-	5	-	4	-	-	-
Afrique centrale	40	12%	-	35	5	23	-	20	3	17	-	15	2
Afrique du Nord	97	29%	-	84	13	53	-	49	4	44	-	35	9
Afr. de l'Ouest	120	36%	1	113	7	72	1	69	2	48	-	43	5
Amér. du Nord	1	<1%	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	1
Amér. du Sud	3	1%	-	3	-	2	-	2	-	1	-	1	-
Asie centrale	1	<1%	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-
Asie de l'Est	8	2%	-	6	2	1	-	-	1	7	-	6	1
Asie du Sud	17	5%	-	17	-	13	-	13	-	4	-	4	-
Caraïbes	2	1%	-	2	-	-	-	-	-	2	-	2	-
Europe de l'Est	12	4%	-	11	1	5	-	4	1	7	-	7	-
Europe de l'Ou.	13	4%	-	12	1	5	-	5	-	8	-	7	1
Moyen-Orient	15	4%	-	14	1	11	-	10	1	4	-	4	-
Total	338	100%	1	306	31	191	1	178	12	147	0	128	19

CARACTERISTIQUES DES BENEFICIAIRES DE L'ESPACE SANTE DROIT

En 2012, la file active des étrangers accueillis à l'Espace santé droit était de 338 personnes, dont 50% de personnes atteintes de maladies grave.s et/ou chronique.s, 43% de femmes et 9% de migrants âgés ≥60 ans. Les trois quarts (78%) étaient des nouveaux bénéficiaires (première consultation en 2012, voir tableau ci-dessous). Relativement jeunes (âge moyen 42 ans), eu égard à la fréquence des maladies graves au sein de cette population, ils étaient arrivés en France en moyenne depuis 6 ans (médiane 4 ans) lors des consultations 2012.

Les personnes accueillies à l'Espace santé droit sont originaires de 58 pays (voir détail des nationalités dans le chapitre Populations page 22), principalement d'Afrique de l'Ouest (36%), d'Afrique du Nord (29%), d'Afrique centrale (12%), et d'Asie du Sud (5%). Les femmes sont davantage représentées parmi les exilé.e.s d'Afrique du Nord (45%), et sont arrivées en France plus récemment (5 ans en moyenne) que les hommes (7 ans). La moyenne d'âge est plus élevée parmi les personnes originaires d'Afrique centrale (45 ans) et d'Afrique du Nord (43 ans). La proportion de nouveaux bénéficiaires est plus importante chez les personnes originaires d'Afrique du Nord (84%).

Personnes accueillies à l'Espace santé droit

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

	n	%	Sexe F	Age médian	Age moyen	En France médiane	En France moyenne	Nouveaux bénéf.
Total	338	100%	43%	40 ans	42 ans	4 ans	6 ans	78%

Groupes vulnérables

Malades	169	50%	41%	41 ans	43 ans	5 ans	7 ans	69%
Femmes	147	43%	100%	40 ans	43 ans	4 ans	5 ans	84%
Agés ≥60	31	9%	61%	65 ans	68 ans	3 ans	7 ans	74%

Région d'origine

Afrique de l'Ouest	120	36%	40%	38 ans	40 ans	6 ans	7 ans	70%
Afrique du Nord	97	29%	45%	40 ans	43 ans	3 ans	6 ans	84%
Afrique centrale	40	12%	43%	43 ans	45 ans	4 ans	6 ans	75%

Maladies graves observées chez les personnes accueillies

Hors accompagnateurs de malades

2012	n	%
Cancer	27	13%
Maladies cardio-vascul.	26	12%
Diabète	24	11%
Troubles psychiques	22	10%
Infection à VIH	20	9%
Infection à VHB	17	8%
Infection à VHC	11	5%
Handicap	9	4%
Tuberculose	7	3%
Total	212	100%

La moitié des personnes accueillies en 2012 étaient atteintes d'affections graves et/ou chroniques, dont les plus fréquentes sont les cancers (13%), les maladies cardio-vasculaires (13%), le diabète (12%), les affections psychiatriques (10%), ainsi que les infections chroniques à VIH (9%), VHB (8%), et VHC (3%). La plupart des malades concernés ont découvert leur maladie après l'arrivée en France (70% pour l'ensemble des pathologies, VIH 84% et Cancer 73%, voir le chapitre Epidémiologie page 32). Parmi les 103 étrangers malades suivis en 2012 pour lesquels le département a pu être enregistré, 98% résidaient en région Ile-de-France : 34% étaient domiciliés à Paris, 31% en Seine-Saint-Denis, 9% dans le Val d'Oise, 9% dans le Val-de-Marne, 7% dans les Hauts-de-Seine et 11% dans 5 autres départements.

Bénéficiaires de la Permanence tél.

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

2012	n	%	Sexe F	Age médian
Total	733	100%	52%	40 ans

Groupes vulnérables

Femmes	379	52%	100%	41 ans
Agés ≥ 60	130	18%	56%	58 ans
Mineurs < 18	63	9%	46%	8 ans

Région d'origine

Afrique du N.	245	33%	51%	43 ans
Afrique de l'O.	198	27%	49%	35 ans
Afrique centr.	120	16%	62%	42 ans
Europe de l'E.	40	5%	58%	39 ans

Les caractéristiques démographiques des bénéficiaires de la permanence téléphonique peuvent être analysées sur 45% des appels (733 appels caractérisés). Les femmes sont majoritaires (52%), particulièrement parmi les personnes de plus de 60 ans (58%), ainsi que chez les migrants originaires d'Afrique centrale (62%) et d'Europe de l'Est (58%). L'âge médian (40 ans), est plus élevé chez les ressortissants d'Afrique du Nord (43 ans) et d'Afrique centrale (42 ans). La comparaison avec les personnes accueillies en consultation fait apparaître une orientation moindre pour les femmes (43% des personnes reçues en rendez-vous *versus* 52% des personnes concernées par la permanence téléphonique) et les migrants âgés ≥ 60 ans (9% *versus* 18%), ainsi qu'une orientation privilégiée pour les ressortissants d'Afrique de l'Ouest (36% *versus* 27%).

GESTION ET PERSPECTIVES

La gestion des activités de l'Espace santé droit est assurée par les coordinateurs salarié.e.s, sous la responsabilité des deux associations partenaires. Le Comité de pilotage du projet associe les représentants et les coordinateurs de la Cimade et du Comede ainsi que les représentants de l'équipe bénévole. A partir de ses activités d'accueil et de soutien, l'équipe de l'Espace santé droit développe un travail de réseau et de sensibilisation des acteurs locorégionaux du droit de la santé des étrangers qui doit être pérennisé pour faire face à la progression des facteurs de vulnérabilité pour la santé des exilés (voir Etat de santé page 25). Amorcée fin 2012 pour une partie des permanences téléphoniques, l'amélioration du recueil de données sera poursuivie en 2013. Enfin, le développement et la diversification des actions de l'Espace santé droit implique l'obtention de ressources financières supplémentaires à la fois pour renforcer les actions de soutien juridique et développer les activités d'accompagnement social et de prévention requises par les étrangers atteints de maladie grave ■



Le Centre-Ressources du Comede

Recherche, information, et formation destinées aux acteurs de la santé des exilés en France : les actions du Centre-ressources représentent la moitié de l'activité globale du Comede, et reposent sur l'expérience quotidienne de l'équipe professionnelle. Le Centre-ressources participe aux activités de **soutien pour les migrants/étrangers** en situation précaire, soit directement par le biais des permanences téléphoniques, soit indirectement via les activités d'information, de formation et publication (Guide Comede, Livrets de santé bilingue et revue Maux d'exil).

Le Centre-ressources du Comede gère également le dispositif **d'observatoire de la santé, de l'accès aux soins et de l'accès aux droits des exilés**, contribuant directement au recueil de données par le biais des permanences téléphoniques, en complément des données recueillies au Centre de santé et à l'Espace santé droit. La diversité des problèmes pour lesquels le Comede est sollicité permet en effet une mise à jour régulière des informations utiles à la qualité de la prise en charge médico-psycho-sociale à conduire. La lutte contre l'exclusion et les discriminations passe par un accueil et un suivi facilités dans les dispositifs « de droit commun », et réclame en outre des conditions favorables de soins et d'accompagnement, en premier lieu avoir le temps d'écouter les patients, et si besoin avec un interprète. Il est également nécessaire de disposer d'une information sur les aspects sociologiques, et juridiques de l'exil et de la demande de protection, et de s'appuyer sur des données d'épidémiologie médicale, psychologique et sociale régulièrement mises à jour.

Les activités du Centre-ressources impliquent l'ensemble de l'équipe professionnelle, incluant un investissement particulièrement important des référents thématiques et des membres de la direction du Comede. Elles sont principalement financées par la Direction

Géographie du Centre-ressources

voir tableau page suivante

A vocation nationale, le Centre-ressources du Comede est avant tout sollicité dans les principales régions de résidence des exilés : **Ile-de-France** (56% des appelants des permanences téléphoniques, 47% des utilisateurs du Guide Comede, 43% des utilisateurs du Livret bilingue, 53% des lecteurs de Maux d'exil), **PACA** (29% PT, 7% Guide, 6% Livrets, 5% Maux d'exil), **Rhône-Alpes** (2% PT, 7% Guide, 9% Livrets, 6% Maux d'exil), et **Guyane**, avec les programmes de formation (voir page 86).

Les actions du Centre-ressources sont élaborées depuis les locaux du Comede à **Bicêtre** (siège de l'association et Centre de santé), ceux de l'Espace santé droit à **Aubervilliers** (partenariat opérationnel avec la Cimade), ainsi que les bureaux mis à disposition du Comede à **Marseille** (partenariat institutionnel avec Espace accueil aux étrangers).

générale de la santé, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, le Fonds européen d'intégration ainsi que l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances.

PERMANENCES TELEPHONIQUES

Outre les permanences téléphoniques effectuées dans le cadre de l'Espace santé droit (voir page 73) et du Centre de santé (voir page 61), le Comede assure une permanence téléphonique nationale sur trois numéros dédiés aux usagers et aux partenaires :

- **Permanence téléphonique DSAS** (Droits, Soutien, Accès aux Soins) au 01 45 21 63 12, du lundi au jeudi de 9h30 à 12h30 : soutien et expertise pour l'accès aux soins, les procédures d'obtention d'une protection maladie, les dispositifs de droit au séjour pour raison médicale, et les autres prestations liées à l'état de santé des étrangers ;

**Région et départements
de résidence et d'intervention
des utilisateurs du Centre-ressources**

Régions	PT Nat.	Guide Com. ¹	Livret Bil. ¹	Maux d'exil
Ile-de-France	56%	47%	43%	53%
75-Paris	22%	17%	17%	28%
77-Seine-et-Mar.	2%	2%	1%	2%
78-Yvelines	2%	2%	2%	2%
91-Essonnes	2%	3%	2%	2%
92-Hauts-de-Sei.	5%	5%	3%	4%
93-Seine-St-De.	7%	6%	11%	8%
94-Val-de-Marne	12%	7%	4%	6%
95-Val-d'Oise	5%	3%	3%	2%
PACA	29%	7%	6%	5%
05-Hautes-Alp.	1%	<1%	<1%	<1%
06-Alpes-Mariti.	<1%	1%	3%	1%
13-Bouches-d-R.	25%	3%	2%	2%
83-Var	1%	1%	<1%	1%
84-Vaucluse	1%	1%	<1%	<1%
Autres régions	15%	46%	51%	42%
Alsace	1%	2%	4%	2%
67-Bas-Rhin	1%	2%	3%	1%
Aquitaine	1%	3%	2%	2%
33-Gironde	<1%	2%	2%	1%
Auvergne	<1%	1%	1%	2%
Basse-Normandie	1%	1%	1%	1%
14-Calvados	1%	<1%	1%	1%
Bourgogne	1%	1%	1%	1%
Bretagne	<1%	2%	2%	2%
35-Ille-et-Vilaine	<1%	1%	1%	1%
Centre	<1%	3%	2%	2%
Champagne-Ard.	2%	1%	1%	1%
51-Marne	2%	1%	1%	<1%
DOM	<1%	2%	6%	2%
973-Guyane	2%	1%	4%	1%
Franche-Comté	<1%	1%	1%	1%
Haute-Normandie	<1%	3%	3%	1%
76-Seine-Mariti.	<1%	3%	2%	1%
Languedoc-Rous.	2%	2%	2%	2%
34-Herault	2%	1%	1%	1%
Lorraine	<1%	2%	3%	2%
54-Meurt.-et-M.	<1%	1%	2%	1%
Midi-Pyrénées	<1%	3%	2%	3%
31-Haute-Garon.	<1%	1%	1%	1%
Nord-Pas-de-Cal.	<1%	6%	2%	3%
59-Nord	<1%	5%	2%	2%
62-Pas-de-Cal.	<1%	1%	1%	1%
Pays-de-la-Loire	1%	2%	3%	3%
44-Loire-Atlanti.	<1%	1%	2%	1%
Picardie	1%	2%	2%	2%
60-Oise	1%	1%	1%	1%
Rhône-Alpes	2%	7%	9%	6%
38-Isere	<1%	1%	3%	1%
42-Loire	1%	1%	1%	1%
69-Rhône	1%	3%	4%	2%
Effectif	688	30547	1,17 M	4309

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

■ **Permanence téléphonique Médicale** au 01 45 21 38 93, les lundis, mardis et mercredis de 14h30 à 17h30 : soutien et expertise relatifs aux soins médicaux, à la prévention, aux bilans de santé, et aux aspects médico-juridiques pour le droit des étrangers ;

■ **Permanence téléphonique Santé Mentale** au 01 45 21 39 31, les mardis et mercredis de 14h30 à 17h30 : soutien et expertise pour l'orientation et l'accès aux soins en santé mentale. Information et partage d'expérience sur les questions relatives à la clinique de l'exil et au droit au séjour pour raison médicale.

Ces activités ont été profondément restructurées en 2012, avec la mise en place en juillet d'un recueil de données informatiques associant des données d'activité et d'observation, et le démarrage de la permanence téléphonique Santé mentale en septembre. Au total, les répondants du Comede (avec la Cimade dans le cadre de l'ESD) ont traité **3 825 appels en 2012**, dont :

- 1701 PT nationales (44%, dont 74% PT DSAS) ;
- 1629 PT de l'Espace santé droit (43%, voir page 73) ;
- et 495 PT du Centre de santé (13%).

Les appels des PT nationales (voir tableau ci-contre) proviennent principalement des régions Ile-de-France (56%, dont Paris 22%) et PACA (29%, dont Bouches-du-Rhône 25%). Le profil des appelants diffère selon le type de permanence (voir tableau page suivante). Les appelants des PT nationales sont principalement des accompagnateurs associatifs (35%, dont Médecins du monde 8% et Cimade 6%), services de santé (21%, dont hôpital 16%), services publics (10%, dont assistantes sociales 5%), et avocats (4%), alors que 30% des appels sont effectués par des particuliers (11% directement par les personnes concernées). Les appelants de l'Espace santé droit (voir page 73) sont des particuliers dans deux tiers des cas, puis des services de l'Etat (12%, dont AS 8%), des associations (11%, dont Cimade 6%), et des services de santé (7%, dont hôpital 6%). La répartition des

appelants du Centre de santé est plus équilibrée entre les particuliers (33%, dont personnes concernées 23%), les services de santé (32%, dont hôpital 24%), et les services de l'Etat (27%, dont sécurité sociale 21%).

Les demandes portent sur le droit au séjour des étrangers malades (56% des appels des PT nationales dont PT Médicale 71% ; et 80% pour la PT ESD) ; des questions d'accès aux soins médicaux (30% national, 17% ESD), d'accès aux autres droits (26% national), et d'accès aux soins de santé mentale (56% pour la PT concernée).

Au total, les répondants ont pu caractériser la situation de **3 671 bénéficiaires des appels téléphoniques en 2012**, dont 1 657 femmes (45%), 400 demandeurs d'asile (11%), 318 migrants âgés ≥ 60 ans (53%), et 191 enfants mineurs < 18 ans (5%). Le tableau ci-dessous présente les données détaillées pour les 1084 appels caractérisés selon le nouveau recueil informatique mis en place en cours d'année. D'un âge moyen de 39 ans, les bénéficiaires des PT sont récemment arrivés en France (en moyenne depuis 4 ans et médiane 2 ans lors des appels 2012). Ils sont originaires de 110

Profil des appelants des Permanences téléphoniques

2012	PT NAT	PT CDS	PT ESD
Associations de soutien	35%	5%	11%
Aides	1%	<1%	1%
Cimade	6%	2%	6%
Comede CDS	1%	-	-
Comede ESD	1%	-	-
Gisti	1%	-	<1%
Médecins du monde	8%	-	1%
Médecins sans front.	1%	1%	1%
Avocats et tribunaux	4%	1%	1%
Collectifs	<1%	-	<1%
Particuliers	30%	33%	67%
Personne concernée	11%	23%	15%
Ami, proche	5%	7%	15%
Famille	10%	3%	13%
Services de l'Etat	10%	27%	12%
AS Ville	5%	2%	8%
Cada	3%	3%	1%
Sécurité sociale	<1%	21%	<1%
Services de santé	21%	32%	7%
Centre médico-psy.	2%	1%	-
Hôpital	16%	24%	6%
Médecin ville	1%	3%	<1%
Effectifs	1701	495	1629

pays (voir détail des nationalités page 22), principalement d'Afrique du Nord (27%), d'Afrique de l'Ouest (25%), d'Afrique centrale

Caractéristiques des bénéficiaires des Permanences téléphoniques

	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD asile	ATCD dasem
Total	1084	100%	45%	37 ans	39 ans	2 ans	4 ans	52%	26%	31%

Groupes vulnérables

Malades	560	54%	43%	37 ans	39 ans	2 ans	4 ans	100%	31%	37%
Femmes	468	45%	100%	38 ans	40 ans	2 ans	3 ans	50%	21%	29%
Dem. asile	133	12%	39%	34 ans	35 ans	2 ans	3 ans	74%	100%	19%
Agés ≥ 60	94	10%	61%	65 ans	68 ans	1 an	4 ans	54%	5%	21%
Mineurs < 18	58	6%	45%	12 ans	10 ans	1 an	3 ans	55%	9%	2%

Région d'origine

AFN	280	27%	45%	40 ans	40 ans	2 ans	4 ans	54%	5%	30%
AFO	261	25%	43%	34 ans	36 ans	2 ans	4 ans	58%	31%	33%
AFC	153	15%	62%	38 ans	38 ans	2 ans	4 ans	53%	35%	31%
EUE	131	13%	37%	40 ans	40 ans	2 ans	4 ans	66%	61%	48%
EUO	65	6%	43%	40 ans	40 ans	2 ans	5 ans	28%	5%	22%

Région de résidence

IDF	688	68%	46%	37 ans	39 ans	2 ans	4 ans	55%	25%	25%
PACA	208	21%	42%	40 ans	38 ans	3 ans	4 ans	48%	34%	56%

NB : En dehors des indicateurs sexe, âge et nationalité, les proportions sont calculées à partir des 1084 appels documentés selon la grille de recueil mise en place au second semestre 2012, puis rapportées au nombre total d'appels traités sur l'année.

(15%), d'Europe de l'Est (13%), d'Europe de l'Ouest (6%) et d'Asie du Sud (5%). Plus d'un quart des bénéficiaires ont effectué une demande d'asile, et près d'un tiers une demande de titre de séjour pour raison médicale. Les femmes sont davantage représentées parmi les personnes originaires d'Afrique centrale (62%), alors que la moyenne d'âge est plus basse parmi les migrants d'Afrique de l'Ouest (36 ans). La proportion des demandeurs d'asile est plus importante parmi les migrants d'Europe de l'Est (61%), d'Afrique centrale (35%) et d'Afrique de l'Ouest (31%), celle des « étrangers malades » plus importante parmi ceux d'Europe de l'Est (48%) et d'Afrique de l'Ouest (33%). Plus d'un appelant sur deux se déclare atteint d'une affection médico-psychologique grave (voir Etat de santé page 29).

FORMATION, ENSEIGNEMENT ET INTERVENTIONS PUBLIQUES

Le Centre de formation du Comede a poursuivi son développement en 2012, notamment par le biais des activités mises en place en région PACA en début d'année, en partenariat avec Espace accueil aux étrangers (voir tableau page suivante). Les professionnels du Comede ont effectué 55 demi-journées de formation professionnelle (45 en 2012) pour une moyenne de 20 stagiaires par demi-journée (médiane 14). La moitié de l'activité de formation s'inscrit dans le cadre de 3 partenariats associatifs et institutionnels, avec :

- Guyane Promo-santé : 13 demi-journées à Cayenne, Maripasoula, Saint-Georges et Saint-Laurent (voir page 86) ;
- Espace accueil aux étrangers : 10 demi-journées à Avignon, Marseille, Nice et Toulon ;
- Gisti : 5 demi-journées à Paris.

Les membres du Comede ont également assuré 5 séances d'enseignement universitaire et 22 interventions publiques en 2012 (voir encadré ci-contre). Le Centre de santé et l'Espace santé droit accueillent en outre des stagiaires en formation dans l'ensemble des services, et le Comede constitue un terrain de recherche pour

Enseignement en 2012

- Université Bordeaux, ISPED, *Santé et exil*, Revault P.
- Université Genève, CERAH, *Violences sexuelles et conflits armés*, Wolmark L.
- Université Paris 1, Master de développement social : santé, situations de vulnérabilité et migration, Revault P.
- Université Paris 5, DU MDM Santé et précarité, *Santé des exilés*, Veisse A.
- Université Paris 13, *Combattre à l'adolescence*, Wolmark L.
- Université Saint-Etienne, DIU Santé, société et migrations, *Accès aux soins des étrangers*, Veisse A.

Interventions publiques en 2012

- Avignon, Débat citoyen Aides, *Droit au séjour des étrangers malades*, Demagny B.
- Bobigny, Conférence ARS, *Accès aux soins et accès aux droits*, Maille D.
- Lyon, Journée MDM, *Droit au séjour pour raison médicale*, Demagny B.
- Marseille, Colloque Santé Sud, *Droit à la santé des migrants*, Demagny B.
- Marseille, Rencontre Cade, *Carte de séjour pour soins*, Demagny B.
- Marseille, Journée Espace, *Pratiques professionnelles et admission au séjour pour soins*, Demagny B.
- Marseille, Rencontre Cada Sara, *Demandeurs d'asile et admission au séjour pour soins*, Demagny B.
- Marseille, Journée Cade, *Droits des étrangers malades*, Demagny B.
- Massy, Rencontre des observatoires locaux, *Enfermement et santé des étrangers*, Veisse A.
- Paris, Assises Fumcra, *Observatoire de l'enfermement des étrangers*, Veisse A.
- Paris, Audition CNS, *Accès aux soins des migrants*, Maille D.
- Paris, Colloque AFDS, *Droit, santé et statut des étrangers*, Revault P.
- Paris, Colloque ASAV MDM DGS, *Médiation sanitaire*, Revault P.
- Paris, Coll. DAIC, *Santé des migrants âgés*, Veisse A.
- Paris, Colloque FTDA Genre et asile, *Apport de la perspective de genre*, Wolmark L.
- Paris, Conférence Ass. Primo Levi, *Soigner les victimes de torture exilées en France*, Veisse A.
- Paris, Journée EHESS Mobilisation sociale et santé, *Actions du Comede*, Wolmark L.
- Paris, Rencontre régionale Politique de la Ville, Jollet C.
- Paris, Staff Médecine Interne Hôpital Saint-Antoine, *Santé des exilés*, Veisse A.
- Saint-Etienne, Fondation du Comede Loire, *La Comede et la santé des exilés*, Baboulaz J.C. et Veisse A.
- Saint-Mandé, InVS, *Observatoire du Comede*, Revault P. et Veisse A.
- Strasbourg, Colloque Interprétariat, *Obstacles linguistiques et stratégie institutionnelle*, Wolmark L.

Formation professionnelle en 2012

55 demi-journées effectuées par 9 intervenant.e.s dans 17 villes pour 1 128 stagiaires/demi-journée

Nombre de stagiaires par demi-journée : médiane 14, moyenne 20

Nombre d'intervenants par demi-journée : 9 au total, moyenne 1,5

Ville	Cadre	Intitulé/Contenu	Intervenants x demi-journ.	Demi- journées	Stagiaires x demi-jour.
17	16		81	55	1048
AVIGNON	Espace/Comede	Droits sociaux des citoyens UE	Demagny B.	2	15
CHANTEREINE 77	CADA	Droit au séjour pour raison médicale, droit d'asile et double demande	Crochet C.	1	30
CRETEIL	CHU Henri-Mondor	Protection maladie des citoyens UE	Demagny B., Maille D.	2	25
CRETEIL	CHU Henri-Mondor	Protection maladie des citoyens UE	Maille D.	2	25
GRENOBLE	CHU, PASS	Soins et soutien des exilés	Petruzzi M., Veisse A.	2	10
GRENOBLE	CHU, PASS	Santé mentale des exilés	Petruzzi M., Haddadi D.	2	9
GRENOBLE	CHU, PASS	Droit à la santé des étrangers	Petruzzi M., Demagny B.	2	10
GUYANE, CAYENNE	Comede/GPS	Santé et accès aux soins des étrangers	Revault P., Crochet K.	4	14
GUYANE, MARIPASOULA	Comede/GPS	Santé et accès aux soins des étrangers	Revault P., Crochet K.	2	10
GUYANE, MARIPASOULA	Comede/GPS	Santé et accès aux soins des étrangers	Revault P., Crochet K.	1	10
GUYANE SAINT- GEORGES	Comede/GPS	Santé et accès aux soins des étrangers	Revault P., Crochet K.	2	10
GUYANE, SAINT-LAURENT	GPS/Comede	Santé et accès aux soins des étrangers	Revault P., Crochet K.	4	14
LYON	Gisti/Comede	Droits sociaux des citoyens UE	Demagny B.	2	14
MARSEILLE	Espace/Comede	Droits sociaux des citoyens UE	Demagny B.	2	16
MARSEILLE	Espace/Comede	Droits sociaux des citoyens UE	Demagny B.	2	16
MARSEILLE	Irips/Ampil	Statut des migrants âgés	Demagny B.	1	80
MELUN	CHU/Psychiatrie	Analyse de pratiques	Wolmark L.	1	12
MELUN	CHU/Psychiatrie	Analyse de pratiques	Wolmark L.	1	10
MELUN	CHU/Psychiatrie	Analyse de pratiques	Wolmark L., Nguyen A.	2	11
NICE	Espace/Comede	Droits sociaux des citoyens UE	Demagny B.	2	13
PARIS	Aforg	Violences sexuelles en temps de guerre	Wolmark L.	1	60
PARIS	Dases	Santé des exilés et médecine scolaire	Revault P., Wolmark L.	2	13
PARIS	Fasti	Droit au séjour pour raison médicale	Maille D.	1	14
PARIS	Gisti	Droit au séjour pour soins après la réforme du 16/06/2012	Demagny B.	1	80
PARIS	Gisti/Comede	Démarches d'admission au séjour	Maille D.	1	25
PARIS	Gisti/Comede	Démarches d'admission au séjour	Maille D.	1	25
PARIS	Gisti/Comede	Démarches d'admission au séjour	Maille D.	1	25
PARIS	Gisti/Comede	Protection sociale des étrangers	Maille D.	1	26
PARIS	Gisti/Comede	Protection sociale des étrangers	Maille D.	1	25
PARIS	Secours catholique	Droit des étrangers	Maille D.	2	20
SAINT-DENIS 93	Maison de la santé	Droit au séjour pour raison médicale	Maille D.	1	32
TOULON	Espace/Comede	Droits sociaux des citoyens UE	Demagny B.	2	14
TOULOUSE	Journées de Psychiatrie	Accès aux soins de santé mentale pour les exilés	Wolmark L.	1	100

des travaux et thèses de médecine, santé publique, sciences sociales et psychopathologie (voir infra).

OBSERVATOIRE, RECHERCHE ET GROUPES DES TRAVAIL

Les activités de recherche du Comede sont organisées autour de l'**observatoire** des déterminants et de l'état de santé des migrants. Le dispositif d'observation du Comede se fonde sur les recueils de données provenant de 4 sources :

- Consultations et interventions auprès des patients du Centre de santé (voir page 61),
- Consultations et interventions auprès des personnes accueillies à l'Espace santé droit avec la Cimade (voir page 73),
- Appels traités par les permanences téléphoniques (voir page 77),
- Sources de données externes auprès des partenaires associatifs pour le suivi du droit au séjour des étrangers malades (Arcat Paris, Case de santé Toulouse et MDM Marseille, voir page 52).

Le Comede a mis en place en 2012 un recueil systématique d'indicateurs de vulnérabilité sociale pour les patients du Centre de santé et les usagers des Permanences téléphoniques, qui seront désormais analysés en même temps que les données épidémiologiques renseignées depuis 1996 au Centre de santé. La vérification et l'analyse des données ainsi recueillies sont effectuées au moyen d'une base de données développée par le Comede. Les résultats figurent dans les chapitres d'observation du présent rapport. Les indicateurs retenus (définition de cas disponible au Comede) sont d'ordre démographique (caractéristiques des populations), épidémiologique incluant les données psychiques et facteurs de vulnérabilité sociale (caractéristiques de l'Etat) de santé, et enfin les données relatives aux conditions et aux obstacles à l'accès aux soins et aux droits (voir détail ci-contre). Compte tenu de la répartition des activités du Comede, les données recueillies en 2012 concernent principalement des migrants résidant en régions IDF et PACA.

Indicateurs d'observation

Variable	CDS	ESD	PT	EXT
----------	-----	-----	----	-----

DEMOGRAPHIE

Sexe	1CS	1CS	TAP	
Age	1CS	1CS	TAP	
Nationalité	1CS	1CS	TAP	
En France depuis	1CS	1CS	TAP	
Etudes, profession au pays	1CS			
Protection juridique et date	TCS			
Département de résidence	TCS		TAP	

EPIDEMIOLOGIE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Pathologie.s grave.s et date.s	TCS	TCS	TAP*	
ATCD Violence	1CS			
ATCD Torture	méd			
ATCD Violence liée au genre	psy			
Pratique du bilan de santé	2CS			
DTP et VHB non protégé	1CS			
Grossesse, IVG et DDR	TCS			

VULNERABILITE SOCIALE

Famille en France et au pays	1CS		TAP	
Enfants en France et au pays	1CS			
Hébergement	TCS		TAP	
Séjour	TCS		TAP	
Eloignement	TCS			
ATCD Asile et Dasem	TCS		TAP	
Ressources	TCS		TAP	
Protection maladie	TCS		TAP	
Pathologie.s grave.s	ITV	ITV	TAP	ITV
Date.s de diagnostic	ITV	ITV		ITV
Soutien médical et social	ITV	ITV	TAP	
GV langue, allophone	TCS			
GV sans hébergement	TCS			
GV isolement relationnel	TCS			
GV isolement social	TCS			
GV sans droit au séjour	TCS			
GV sans accès alimentation	TCS			
GV sans ressources financ.	TCS			

ACCES AUX SOINS, ACCES AUX DROITS

Dasem intervention date, type	ITV	ITV		ITV
Dasem réponse date, type	ITV	ITV		ITV
Département de réponse	ITV	ITV		ITV
Accompagnateur	ITV	ITV		ITV
Durée de la protection	ITV	ITV		
Péremption	ITV	ITV		
Autorisation de travail	ITV	ITV		
1ère demande Dasem	ITV	ITV		
Dernière réponse Dasem	ITV	ITV		
Séjour	ITV	ITV		
Obstacle accès aux soins	TCS	TCS	TAP	

CDS Centre de santé, ESD Espace santé droit, PT Permanences téléphoniques, EXT Enquêtes externes, 1CS 1ère consultation, TCS Toutes consultations, TAP Tous appels, ITV Interventions sur dossiers, GV Critères de grande vulnérabilité, voir page 26
* sur déclaration pour les étrangers malades

ETUDE PARCOURS

Une étude sur le VIH et l'hépatite B dans les parcours de vie de migrants subsahariens

Contribution de Annabel Desgrées du Loû et Dolores Pourette

Tous les détails sur cette étude sont disponibles sur www.parcours-sante-migration.com

Les personnes nées en Afrique Sub-saharienne constituent en France une des populations les plus touchées par l'hépatite B et par l'infection VIH. Il faut donc ajuster les stratégies de santé publique aux besoins propres de ces migrants, et pour cela mieux comprendre ce qui accroît leur vulnérabilité face à ces infections ou au contraire contribue à un bénéfice optimal de la prévention et des soins. Plusieurs équipes de recherche (IRD, Inserm, INPES) en collaboration avec des associations (Comede, RAAC Sida) réalisent actuellement l'étude Parcours pour analyser comment les facteurs sociaux et individuels se conjuguent au cours du parcours de migration et d'installation en France pour augmenter ou diminuer les risques d'infection par le VIH ou le virus de l'hépatite B, favoriser l'accès à la prévention et aux soins ou y faire obstacle, optimiser ou limiter l'efficacité de la prise en charge.

Cette étude est menée auprès de migrants subsahariens, dans 68 services de santé en Ile de France. Les médecins proposent l'étude à leurs patients subsahariens qui, s'ils l'acceptent, participent à un entretien anonyme d'une heure au cours duquel ils retracent leurs différents parcours familiaux, professionnels, résidentiels, les moments de prises de risque, les dépistages et l'histoire des maladies. Des interprètes (par ISM) peuvent être mobilisés si nécessaire. Au 10 février 2013, 2110 personnes avaient participé : 920 porteurs du VIH, 620 porteurs d'une hépatite B et 570 n'ayant aucune de ces deux infections (les comparaisons entre ces trois groupes permettront d'identifier les difficultés propres à chaque infection). L'étude se poursuit sur le terrain jusqu'à 2500 participants et les premiers résultats d'analyse devraient être disponibles fin 2013.

Parallèlement, des entretiens approfondis ont été menés dans des services hospitaliers auprès de patients migrants subsahariens suivis pour le VIH ou une hépatite B chronique et auprès de soignants. Ces entretiens révèlent que l'hépatite B est une maladie peu connue, honteuse, souvent associée au VIH. Les patients suivis pour une hépatite B ont de mauvaises connaissances sur la maladie, les traitements, les modes de transmission, le vaccin, le titre de séjour pour soins. Ils ne sont pas soutenus par un réseau social ou associatif autour de l'hépatite B. Les soignants manquent de temps pour approfondir les informations données aux patients, de moyens pour prendre en charge les aspects sociaux de la maladie (annonce aux proches, précarité sociale et administrative, prévention des risques sexuels...), d'où des difficultés pour assurer un suivi médical adéquat et éviter les « perdus de vue ».

Le Comede conduit ou participe également à des **études et programmes de recherche**. L'association contribue notamment depuis 2009 au projet de recherche *Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants africains en Ile de France* (voir encadré ci-dessus). D'autre part, avec l'aide de deux internes de santé publique et le soutien des laboratoires de la DASES, le Comede effectue depuis fin 2011 une *Etude des facteurs d'exposition sexuelle et des facteurs de vulnérabilité sociale associés aux infections par Chlamydia trachomatis et par la syphilis*. A l'exception des infections à VIH et à VHB, on dispose en effet de très peu de données concernant l'impact de ces pathologies chez les migrants. Les recommandations de dépistage des Chlamydia concernent la population générale, et le dépistage de la syphilis est recommandé chez les migrants en l'absence de données sur le sujet. Dans le cadre de cette étude, la PCR chlamydia et la sérologie de la

syphilis sont ajoutées au bilan de santé comprenant déjà les sérologies VIH et VHB, et un questionnaire est soumis aux patients. Cette étude a donc pour objectif de réaliser un bilan des IST chez les patients du Centre de santé du Comede et d'identifier des situations de vie associées à une plus forte probabilité de contracter une IST. Les premiers résultats ont été publiés dans le dossier n°39 de Maux d'exil (voir infra).

Afin de promouvoir l'interprétariat médical et social professionnel en France, le Comede a notamment participé à l'organisation et à la réalisation du second colloque national sur le sujet, organisé par Migration santé Alsace, qui s'est tenu à Strasbourg en novembre 2012. Ce colloque faisait suite à celui de mars 2010 à Paris coorganisé par ISM, le Comede et MDM sous l'égide du ministère de la Santé. Il a réuni des professionnels de la santé, des

Groupes de travail, de recherche et de plaidoyer

- ACT 94, ETP et appartements de coordination thérapeutique
- Adfem, Action pour les droits des femmes exilées/migrantes
- Anafé, Assistance aux frontières pour les étrangers
- ARS DT 94, CLAT CHIC Tuberculose
- ARS IDF, Conférence territoriale de santé
- ARS IDF, Santé des migrants
- ARS IDF, Santé mentale des migrants
- ARS IDF, Santé et précarité
- ASE 94 Mineurs étrangers isolés
- Atelier santé Ville Saint-Denis 93, Maison de la santé
- ASV FNARS Marseille, Santé des personnes SDS
- CFDA, Groupes Asile et Certificats médicaux
- Collectif pour le droit à une Domiciliation
- Comité de pilotage sur l'éducation thérapeutique FNHVIH
- Domiciliation AME, MDM UNCASS
- Domiciliation, Etats généraux Ile-de-France
- DGS, Evaluation de l'impact de l'interprétariat
- DGS, Programme national de lutte contre les hépatites
- DGS, Programme national de lutte contre le VIH
- DGS, Visite de prévention bénéficiaires AME
- DSS, Groupe de suivi AME
- Fédération nationale des centres de santé et Intercentres 94
- Fondation Maison des Champs, service ACT 94
- Groupe Egalité des droits sociaux
- Interprétariat et santé, MSA, colloque national Strasbourg
- Migrants Outre-mer
- ODSE, Observatoire du droit à la santé des étrangers
- OEE Observatoire de l'enfermement des étrangers
- Parcours, ANRS/CEPED
- Réseau TB Dases Ile-de-France
- Solipam, réseau périnatalité précarité IDF

responsables administratifs, des chercheurs et des interprètes dans l'objectif de sensibiliser les professionnels de la santé et les décideurs à la pratique de l'interprétariat professionnel comme outil de communication et de soins dans la prise en charge des publics allophones. Une charte de l'interprétariat professionnel en milieu médico-social, définissant les bases en terme de formation et d'éthique de ce métier, a été rendue publique lors de ce colloque. Elle réunit des associations oeuvrant dans ce champ et a reçu le soutien de nombreuses associations d'aide aux étrangers.

Enfin, la participation du Comede à des partenariats de recherche opérationnelle et de plaidoyer constitue une importante activité du Centre-ressources, et mobilise de nombreux membres de l'équipe professionnelle. En 2012, le Comede a participé aux travaux de 31 groupes inter-institutionnels sur les questions de santé des exilés, d'accès aux soins et de droit à la santé des étrangers.

PUBLICATIONS

Initialement réservé à l'usage interne du Comede depuis la première version en 1997, le **Guide Comede** a connu une diffusion accélérée avec l'impression des éditions 2003 (par le Comede), 2005 et 2008 (par l'Inpes). L'édition 2008 a été diffusée par l'Inpes à plus de **55 000 exemplaires**, dont 25 000 diffusions initiales et 30 000 commandes de professionnels, associations et particuliers résidant principalement en régions Ile-de-France (47% des utilisateurs, voir tableau page 78), PACA (7%), Rhône-Alpes (7%) et Nord-Pas-de-Calais (6%). Les répertoires régionaux Ile-de-France et PACA, inclus dans l'édition 2008 du Guide, ont été complétés par les répertoires Guadeloupe, Guyane et Martinique (2011), et Rhône-Alpes (2012) également disponibles gratuitement auprès de l'Inpes. En 2012 a eu lieu un important travail de mise à jour de l'édition 2008 en vue de la parution de la première partie en partenariat avec l'INPES (Edition informatique 2013, voir en fin de chapitre). Prévue pour 2014, l'édition papier intégrera la mise à jour de la seconde partie.

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. Le Guide Comede tient compte de la complexité croissante des problèmes de santé des personnes : précarisation du statut juridique, transformation épidémiologique et diversification de l'origine géographique. L'information des partenaires du soin et de l'accompagnement 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.

Egalement conçu à partir du Livret de santé utilisé au Centre de santé du Comede depuis 2001, le **Livret de santé bilingue** a été édité en 2006 en partenariat entre le Comede, la DGS et l'Inpes. Disponible en 23 langues, ce livret est destiné aux personnes migrantes/étrangères. L'Inpes en assure la diffusion gratuitement aux professionnels et aux usagers qui en font la demande. Depuis 2006, plus de 1,2 million d'exemplaires ont ainsi été diffusés, principalement en Ile-de-France (43%, voir tableau page 78), Rhône-Alpes (9%), Départements d'Outre-Mer (6%) et PACA (6%). La mise à jour de ce livret est en projet avec l'INPES pour 2014.

Trois numéros de Maux d'exil, la revue du Comede sur la santé des exilés, ont été publiés en 2012, la situation financière ayant conduit à la suspension d'un numéro initialement prévu en septembre. D'un tirage moyen de 5 000 exemplaires par numéro, Maux d'exil est destiné aux professionnels de la Santé, du Social, du Droit, de l'Administration, de l'Enseignement et de la Recherche. Les 4 500 lecteurs réguliers de Maux d'exil exercent principalement en régions Ile-de-France (53%, voir tableau page 78), Rhône-Alpes (6%) et PACA (5%). Chaque numéro est consacré à un dossier proposant 4 regards croisés sur le même thème. Les dossiers 2012 ont été consacrés à l'accès aux soins psychiques (*Santé mentale des exilés, quel accès aux soins ?*, n°36, mars-avril) ; à la lutte contre les discriminations (*Accès aux droits ou lutte contre les discriminations ?*, n°37, juin) ; et aux questions posées par l'enfermement administratif des exilés (*L'enfermement : mauvais traitement pour les étrangers*, n°38,

Publications en 2012

- Agrali S., Morel E., *Prendre soin*, Dossier Maux d'exil n°36.
- Comede, *Accès aux droits ou lutte contre les discriminations ?*, Dossier Maux d'exil n°37.
- Comede, *L'enfermement : mauvais traitement pour les étrangers*, Dossier Maux d'exil n°38.
- Comede, *Santé mentale pour les exilés, quel accès aux soins ?*, Dossier Maux d'exil n°36.
- Comede, Samdarra, *Répertoire Rhône-Alpes*, INPES.
- Demagny B., *Des atteintes continues aux droits fondamentaux des migrants depuis plusieurs décennies*, Dir. Davoudian C., *Mères et bébés sans papiers : une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ?*, Collection 1001 BB, Eres 2012
- Demagny B., *Discriminations dans l'accès aux soins*, Dossier Maux d'exil n°37.
- Demagny B., Veisse A., *Des médecins sous contrôle politique*, Plein droit n°92.
- Douville O., *L'exilé soupçonné, incidences subjectives*, Dossier Maux d'exil n°36.
- Fassin, *Les inégalités sociales de santé, un problème français*, Revue Humanitaire n°30.
- Haddadi-Collet D., Champavert P., *Pour une approche globale de la santé des exilés*, Dossier Maux d'exil n°36.
- Henriot P., *Pénalisation des étrangers : une dérive persistante*, Dossier Maux d'exil n°38.
- Natanelic D., Gouyer H., *Privilégier la mise en réseau et développer la formation*, Dossier Maux d'exil n°37.
- Peschanski C., *Des veilleurs citoyens*, Dossier Maux d'exil n°38.
- Petersell L., Rohi D., Hénocq M., Toullier A., Veisse A., *Etrangers malades en rétention*, Dossier Maux d'exil n°38.
- Poletti C., *L'instrumentalisation des femmes étrangères*, Dossier Maux d'exil n°37.
- Revault P., *Droit, santé et statuts des réfugiés*, *Migrations*, santé et droit, AFDS, Numéro hors série
- Rodier C., *Pour un droit de regard*, Dossier Maux d'exil n°38.
- Schwertz-Favrat O., *Quand le « vivre ensemble » devient un laboratoire de l'exclusion*, Dossier Maux d'exil n°37.
- Veisse A., *Contrôler les médecins pour maîtriser l'immigration*, Revue Humanitaire n°30.
- Veisse A., Wolmark L. ; Revault P., *Santé mentale des migrants/étrangers, mieux caractériser pour mieux soigner*, BEH 2-3-4, 17 janvier 2012.
- Wolmark L., *Des structures et des hommes*, Dossier Maux d'exil n°36.
- Wolmark L., *Quelques propositions pour lier épidémiologie de la violence et clinique du psychotraumatisme auprès des exilés*, Mémoires n°56.

décembre). Outre les articles parus dans Maux d'exil, le Comede a notamment publié dans le

Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Au total, les membres du Comede ont réalisé **23 publications spécialisées** au cours de l'année 2012.

Enfin, le Comede a entrepris fin 2012 une restructuration de son **site internet** destiné aux exilés et acteurs de la santé des migrants et du droit des étrangers. Ce travail s'effectue en partenariat avec Espace accueil aux étrangers, qui héberge une partie du Centre-ressources du Comede à Marseille, et avec le soutien du Fonds européen d'intégration (FEI). Le nouveau site sera opérationnel au second semestre 2013 ■

Programme de formation en Guyane

Depuis 2008, le Comede est partenaire de Guyane Promo Santé (GPS) pour la formation des acteurs sanitaires et sociaux guyanais dans le domaine de l'accès aux droits et aux soins des personnes migrantes en situation de vulnérabilité. En octobre 2012, les ateliers avec les professionnels sociaux et sanitaires, les enseignements post-universitaires de médecins et sages femmes et le quatrième forum des actions de prévention en territoire enclavé organisé par GPS à Maripasoula ont précisé un certain nombre de difficultés relatives à l'accès aux soins.

Le premier axe de recommandations a porté sur l'accompagnement des soignants autour des questions déontologiques dans un contexte d'autolimitation d'examen diagnostiques et de traitements, en lien avec les barrages routiers mis en place entre Saint-Laurent du Maroni et Cayenne d'une part et Saint-Georges de l'autre, des pressions préfectorales sur certains médecins ayant reçu des lettres personnelles, comme cela est attesté à Saint-Georges, leur signifiant la nécessité de se limiter aux « urgences » pour orienter une personne sur Cayenne. La seule prise en compte des urgences ne justifie d'abord en rien l'administration d'un traitement « simplifié », d'une prévention incomplète (par exemple pas de dépistage du VHB proposé systématiquement à une femme enceinte sans droit au séjour), ou encore d'une interprétation restrictive du Fonds pour les soins urgents et vitaux (voir FSUV page 59). Ensuite, le concept flou d'urgence, s'il doit être dépassé par l'obligation de soin et de continuité des soins, nécessite d'aborder avec les acteurs sanitaires et sociaux la perte d'espérance de vie sans incapacité, qui fonde aujourd'hui la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Les recommandations ont également intégré les procédures de la Caisse Générale de la Sécurité Sociale de Guyane, qu'il s'agisse de respect du droit, de retard dans le traitement des dossiers (qui en octobre 2012 excédaient 6 mois), voire encore de dossiers simplement « perdus », de demandes indues de documents, de la traçabilité des dossiers et de la communication aux partenaires des processus et du suivi des situations (voir encadré page 44).

Il a donc été proposé pour 2013, à travers la coordination de l'ARS de Guyane, la formation des acteurs de la CGSS de Cayenne, la sensibilisation des soignants, et des ateliers locaux regroupant les différents acteurs sociaux et sanitaires pour des recommandations concrètes sur les questions d'inégalités sociales de santé.



Gestion, finances et perspectives

Présentation et composition du Comede page 4

Association loi 1901, le Comede compte **46 adhérents**, dont 12 membres élus au Conseil d'administration. En 2012, l'association a employé **51 professionnels**, dont 33 salariés (20,34 ETP au lieu de 21,2 ETP en 2011 et 22,3 en 2010), et 18 bénévoles intervenant sur les sites de Bicêtre et d'Aubervilliers (Espace santé droit). Le réseau du Centre-ressources s'appuie sur les lecteurs de Maux d'exil (tirage 5 000 exemplaires) et les utilisateurs du Guide Comede (diffusion à 55 000 exemplaires par l'INPES).

L'exercice 2012 s'achève avec un résultat financier de +48 626,35 euros, pour un total de charges de 1 440 897,74 euros (+ 5,56%) et un total de produits de 1 506 084,15 euros (+5,56%). La forte incertitude de début d'année s'est confirmée durant l'été. En septembre 2012, un appel à soutien urgent a été lancé afin de pallier aux refus de subvention enregistrés. Parallèlement, un plan d'économies générales a été instauré et une procédure de recours a été lancée auprès des services concernés. Ce recours a notamment abouti à la restitution de la subvention supprimée. Cette inquiétude est d'autant plus d'actualité que l'Etat substitue au système des subventions par conventionnements pluriannuels, des appels à projets annuels ou des marchés publics peu compatibles avec les caractéristiques de l'association. Par ailleurs, le niveau des remboursements CPAM s'est effondré (65 661,60 € en 2011 pour 32 520 € encaissés en 2012). Cette baisse de 45% fait suite au choix du Comede d'accueillir prioritairement au Centre de santé les patients en situation de grande vulnérabilité sociale (voir page 26), et notamment ceux qui ne bénéficient d'aucune protection maladie.

La trésorerie a été un souci constant, comme depuis plusieurs années, le renforcement des fonds associatifs et la diversification des financements et des moyens de se financer

restent plus que jamais à l'ordre du jour. Conformément aux objectifs fixés par son Conseil d'administration afin d'améliorer son fonds de roulement, le Comede poursuit son ambition de renforcer ses fonds associatifs en générant des excédents. Ces excédents sont financés par une partie des prestations reçues des Caisses primaires d'assurance maladie pour ceux des patients du Centre de santé qui bénéficient d'une protection maladie. Parallèlement, l'association s'emploie à diversifier ses financements publics et privés, à accroître les apports en mécénat, à fidéliser des donateurs privés à développer les prestations de formation rémunérées et à optimiser ses outils d'analyse, de prévision et de pilotage.

Entre 2001 et 2009, le doublement du budget du Comede a accompagné le développement du Centre ressources et de l'Observatoire de la santé des exilés, et plus largement la diversification des actions de l'association au sein et au-delà du Centre de santé, notamment dans les champs du droit de la santé, de la santé mentale et des prestations de prévention spécifiques (prévention, éducation thérapeutique, éducation pour la santé, vaccination...). Cette progression a été soutenue par plusieurs bailleurs, principalement publics, dont les financements tendent à se réduire depuis 2009, plusieurs aides privées ayant compensé en partie la baisse des financements publics - nationaux et régionaux - en 2012.

Pour l'année 2013, l'action de l'Association se situe dans la perspective d'une consolidation de ses activités et d'un accroissement de ses ressources, afin de pouvoir renforcer de façon pérenne son équipe professionnelle tout en augmentant les réserves nécessaires à sa survie face aux problèmes récurrents de trésorerie. Les actions complémentaires du Centre de santé, de l'Espace santé droit et du

Centre-ressources seraient en effet impossibles à mener sans un effectif suffisant et durable de personnel salarié qualifié et formé. Au-delà, l'ambition du Comede est d'assurer un développement régulier de ses activités afin d'offrir aux consultants et aux appelants un accompagnement pluri-disciplinaire de qualité répondant au mieux à la précarité croissante de leur situation.

PRODUITS ET CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES

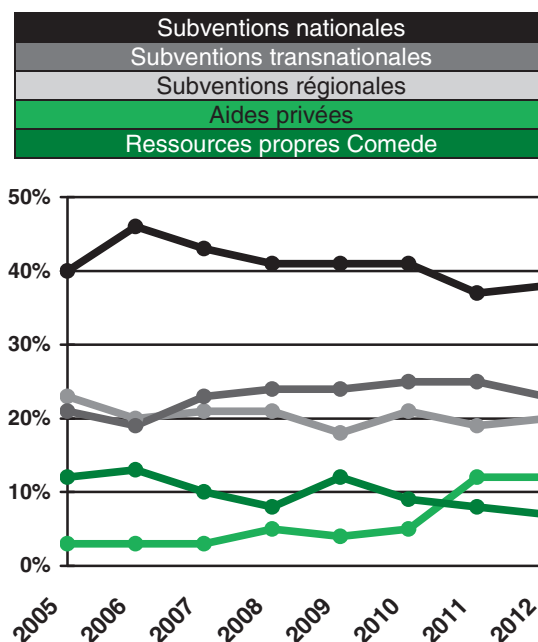
Les produits du Comede proviennent principalement de subventions d'exploitation (1 380 622,40, en augmentation de 5%, représentant 91% des produits). Ces subventions peuvent être réparties en quatre catégories :

- **Subventions nationales** (38% des produits) : Direction générale de la santé (18%), Service de l'asile (9%, stable), INPES (8,6% légère augmentation), Acsé (1%, -15 000 €) ;
- **Subventions transnationales** (23%) : Fonds européen pour les réfugiés (FER 20,5% stable), Fonds de contribution volontaire des Nations Unies pour les victimes de torture (1,68%, -15 184 €), et Fonds européen pour l'intégration (FEI, 0,6%, démarrage en décembre 2012) ;
- **Subventions régionales** (20%) : ARS IDF (13%, stable), CPAM 94 (3%, -1 869 €), Cramif (1%, nouvelle subvention de 18 000 €), DRJSCS (ex-Acsé IDF, 1%, -2 000 €), DRDFE (0,26%, -4 000 €), Conseil général 94 (0,1%, stable) ; Ville de Paris (0,6%, +10 000 €) ;
- **Aides privées** (12%) : Sidaction (3%, -10 000 €), Fonds Inkermann (4%, stable), Médecins du monde (-50 000 €), Médecins sans Frontières (5,3%, + 80 000) ; Fondation Leem (0,6%, stable) ;

Donateurs et dons adressés au Comede en 2012

Le Comede a perçu 258 dons en 2012 pour un total de 43 462 € incluant un don de 3000 €. Le montant moyen est de 168 €.

Part des financements 2003-2012



Les **ressources propres** du Comede (7%) sont issues du remboursement des consultations médicales pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME (2,15%, -33 141 €), des formations payantes du Centre-ressources (1,1%, +5024 €), des dons (2,8%, + 34 282 € obtenus suite à l'appel à soutien urgent lancé en septembre 2012).

Ces produits ne représentent toutefois que la moitié du financement réel du Comede, qui intègre un budget supplétif correspondant aux prestations gratuites dont l'Association bénéficie : loyer, produits pharmaceutiques, personnel bénévole et prestations gratuites. L'Assistance publique des hôpitaux de Paris héberge le Centre de santé du Comede à titre gracieux depuis 1982, et depuis 1989 au sein du CHU de Bicêtre, avec qui la collaboration est permanente. Les laboratoires mis à disposition par la Dases / Ville de Paris réalisent depuis 1984 les bilans et analyses complémentaires pour les patients du Centre de santé. Dans le cadre du partenariat établi depuis 2004, l'INPES prend à sa charge l'impression et la diffusion nationale du Guide Comede, de ses Répertoires régionaux et du Livret de santé bilingue. L'approvisionnement de la pharmacie du Comede est assuré via Pharmacie

humanitaire internationale, les vaccins pour le Centre vaccinateur sont fournis par la plateforme vaccinale du Val-de-Marne. La DGS prend à sa charge la part des prestations d'interprétariat consacrée à la prévention du VIH, des hépatites et de la tuberculose, dans le cadre d'un partenariat avec l'association Inter-Services Migrants. La Cimade contribue pour moitié au budget et aux activités de l'Espace santé droit hébergé par le foyer protestant d'Aubervilliers. Enfin, les bénévoles sont partie intégrante de l'équipe professionnelle du Comede et contribuent, par leur engagement, à la qualité et au rayonnement de nos actions.

CHARGES ET TRESORERIE

Les incertitudes sur le renouvellement de plusieurs subventions et les retards de versement du FER ont eu pour conséquence un **encadrement des dépenses en 2012** : limitation des frais de fonctionnement et non remplacement de certains départs. Les difficultés de trésorerie soulignées depuis plusieurs années n'ont pas connu d'amélioration malgré les excédents réalisés lors des trois dernières années, un accroissement significatif des dons du fait de l'appel à soutien urgent et une subvention exceptionnelle de MSF.

Compte tenu des contributions volontaires et prestations gratuites évoquées supra, les charges de personnel sont prépondérantes dans le budget du Comede (81.9% des charges totales en 2012). Aussi les marges de manœuvre financières sont-elles réduites lorsque la trésorerie est sous tension. Cette situation, soulignée depuis plusieurs années, s'explique par la part importante de la subvention du Fonds européen pour les réfugiés dans le budget, dont le premier versement de 50% arrive souvent en année n+1 et le second versement est suspendu à une procédure de contrôle de quatre niveaux sur l'ensemble des subventions accordées par le Service de l'asile français au titre du FER. Or les délais de contrôle se sont encore allongés à compter des audits 2008 et 2009, ce qui porte à

4 ans les retards de versement des reliquats annuels du FER. En outre, les versements des autres subventions d'un montant supérieur à 100 000 € sont effectués tardivement (DGS en avril 2012, Service de l'asile en mai, ARS Ile-de-France en août...), les conventions étant elles-mêmes signées tardivement. Le montant des subventions à percevoir au 31/12/2012 a ainsi atteint le niveau record de 844 220 euros, soit la moitié du budget. La difficulté de trouver et d'anticiper de nouvelles subventions dans un contexte de restriction des finances publiques freine tout projet de développement et encourage une gestion prudente. Par ailleurs, les locaux du Comede ne permettent plus un développement conséquent, d'où la réflexion sur une possibilité d'implantation complémentaire dans de nouveaux locaux. Remarquons enfin qu'un plan d'économie général lancé au dernier trimestre 2012 a ralenti la progression des charges et a permis une bonne maîtrise des dépenses.

PERSPECTIVES 2013

La diversification des sources de financements et l'inflation des exigences des financeurs - publics et privés - entraînent une charge de travail conséquente, conduisant le Comede à créer début 2012 un poste de chargé de financements, les questions de ressources humaines étant toujours partagées par les 3 membres de la direction. Dans un contexte de réduction des subventions publiques, la capacité du Comede à renforcer ses fonds propres dans les prochaines années sera déterminante pour permettre la pérennité des actions menées par l'association. Le soutien des acteurs publics aux missions d'intérêt général du Comede est – et restera – indispensable, à côté des nouvelles recettes ou apports en mécénat qui le compléteront. Les seconds ne doivent pas se substituer au premier, mais bien permettre à l'association de consolider son modèle de développement afin de renouveler son expertise, et de penser des actions innovantes. Enfin, devant l'ampleur des besoins, le Comede doit également développer ses partenariats avec l'ensemble des acteurs

professionnels, associatifs et institutionnels
préoccupés par la santé, l'accès aux soins et

l'insertion des exilés ■

Evolution des produits du Comede 2005-2012

Produits	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subventions nationales	377 705	437 987	509 445	535 556	602 531	594 093	530 450	560 210
Acsé national (<i>Fasild</i>)	33 993	35 000	35 000	35 000	30 000	30 000	15 000	15 000
DGAS (DGCS en 2010)	30 000	30 000	30 000	25 500	30 000			
DGS, 6A, RI2			50 000	80 000	90 000	110 000	107 800	107 800
DGS, 6D, MC1	144 830	144 830	144 830	150 000	170 000	170 000	165 000	165 000
Inpes, Communication			43 505					
Inpes, Subventions	28 122	87 397	65 350	89 296	141 771	133 333	101 890	129 610
SDA (<i>DPM</i>)	140 760	140 760	140 760	140 760	140 760	140 760	140 760	140 000
SDFE				15 000				
Ministère de la Justice						10 000		
Subventions transnat.	199 834	178 928	276 958	307 512	352 293	356 593	350 524	345 056
FER, UE	160 000	140 000	240 000	270 000	300 000	300 000	310 000	310 000
FEI, UE								9 716
FCVNUVT, ONU	39 834	38 928	36 958	37 512	52 293	56 593	40 524	25 339
Subventions régionales	214 987	189 616	249 271	275 012	266 983	298 650	264 781	290 356
ARS Ile-de-France						183 100	183 100	203 100
Cnam	66 983							
Cramif, FNAS		52 000						
Cramif, FNPEIS	30 490						18 000	18 000
Cramif, GRSP		48 000						
CG Val-de-Marne					4 200	1 500	1 500	3 000
CR Ile-de-France	39 000	30 000	50 000	50 000	25 000	25 000		
CR IDF co-financ. GRSP				23 000	24 900			
CPAM Val-de-Marne	26 014	26 616	29 271	32 012	34 783	39 050	37 181	37 256
DRDFE IdF				10 000	10 000	10 000	8 000	4 000
DRJSCS IdF, Acsé IdF			10 000	20 000	25 000	20 000	17 000	15 000
GRSP appel à projets			107 000	87 000	50 100			
GRSP struct. (Drassif)	52 500	33 000	53 000	53 000	93 000			
Ville de Paris						20 000		10 000
Aides privées	29 000	30 000	30 000	70 000	65 000	70 000	165 000	185 000
Emmaüs				10 000				
FDF / Fonds Inkermann							50 000	50 000
FDF / Fondation Leem						15 000	10 000	10 000
FDF / Fondation Marc					15 000			
Médecins du monde							50 000	
Médecins sans frontières								80 000
Secours catholique				15 000				
Sidaction	29 000	30 000	30 000	45 000	50 000	55 000	55 000	45 000
Ressources propres	113 461	107 067	120 932	101 499	176 627	136 084	110 055	101 221
CPAM remboursements	102 887	88 144	104 766	78 950	93 125	84 598	65 661	32 350
CPAM accord national		4 209	5 347	10 787	31 026	24 535	21 735	7 960
Dons	145	3 820	531	3 740	43 994	16 547	9 060	43 362
Formations payées	2 910	4 166	5 118	4 281	4 165	6 870	11 719	16 743
Participation des usagers	7 519	4 728	5 170	3 741	4 317	3 534	1 880	806
Total *	934 987	943 598	1 186 606	1 289 579	1 463 434	1 455 420	1 420 810	1 481 843

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



Le Comede

Hôpital de Bicêtre
78 rue du Général Leclerc BP 31
94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex

Tel : 01 45 21 39 32
Fax : 01 45 21 38 41
Mel : contact@comede.org
Site : www.comede.org

Pour soutenir les actions du Comede :

- Envoyez vos dons par **chèque** à l'ordre de *Association Le Comede*, Hôpital de Bicêtre, 78 rue du Général Leclerc, BP31, 94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex. Vous recevrez en retour un reçu fiscal pour l'année en cours.
- Ou utilisez le **télépaiement** sur le site www.comede.org, pour un don **ponctuel** ou **régulier**.

En 2012, les activités du Comede ont été soutenues
par des donateurs individuels,
et par :

La Direction générale de la santé
La Direction régionale d'Ile-de-France de la
jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
La Délégation régionale d'Ile-de-France
aux droits des femmes et à l'égalité

Le Service de l'asile

Le Fonds pour le développement
de la vie associative

L'agence nationale pour la cohésion sociale
et l'égalité des chances

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

Le Fonds européen pour les réfugiés

Le Fonds européen d'intégration

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

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

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

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

Sidaction,
Ensemble contre le Sida

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

L'association Aides

L'association Médecins sans frontières

L'assistance publique des Hôpitaux
de Paris et le CHU de Bicêtre

