



La Santé des

exilés



RAPPORT COMEDE 2014



Table des matières

NB : le présent rapport rend compte des données d'observation 2013-2014 et des données d'activité 2013

Présentation du Comede et de l'équipe	4
Dispositif d'observation et notes méthodologiques	6
Glossaire	7

SYNTHESE

La santé des exilés et l'action du Comede	9
<i>Principaux indicateurs d'activité en 2013</i>	12
Femmes et genre	14
Demandeurs d'asile	21
Migrants âgés	27
Enfants mineurs	32

OBSERVATION

Populations	37
<i>Population globale et publics vulnérables</i>	37
<i>Populations et caractéristiques des exilés soutenus par le Comede</i>	38
Etat de santé	45
<i>Vulnérabilité sociale</i>	45
<i>Violence, torture, risques et troubles psychiques</i>	48
<i>Epidémiologie médico-psychologique et taux de prévalence</i>	51
<i>Epidémiologie par groupe vulnérable et par dispositif de soutien</i>	55
<i>Recommandations</i>	58
Accès aux soins	59
<i>Données quantitatives en 2013</i>	60
<i>Analyse qualitative des obstacles dans l'accès à la protection maladie</i>	62
<i>Accès aux soins de santé mentale et difficultés d'accès aux CMP</i>	67
<i>Analyse qualitative des obstacles dans l'accès à l'hôpital et aux PASS</i>	67
<i>Recommandations</i>	70
Accès aux droits	71
<i>Etrangers malades : évolution du droit au séjour pour raison médicale</i>	72
<i>Observation des accords et des refus pour le droit au séjour des étrangers malades</i>	75
<i>Droit d'asile et certification médicale</i>	80
<i>Autres difficultés d'accès aux droits</i>	82
<i>Recommandations</i>	82

ACTIVITE

Le Centre-ressources national	85
<i>Permanences téléphoniques</i>	85
<i>Formation, enseignement et interventions publiques</i>	91
<i>Observatoire, recherche et groupes de travail</i>	94
<i>Publications</i>	96
<i>Action du Comede en Guyane</i>	97
Le Centre de santé à Bicêtre	101
L'Espace santé droit à Aubervilliers	111
Le Comede à Marseille et en PACA	117
Gestion, finances et perspectives	123
<i>Plaidoyer et collectifs associatifs</i>	128

Présentation du Comede,

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION en juillet 2014

- **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** : Laure Feldmann (*Médecin praticienne*), Dalila Haddadi-Collet (*représentante du Comede Loire*), Denis Natanelic (*représentant d'Espace accueil aux étrangers*), José Polo Devoto (*Médecin praticien*), et Marie-Andrée Sadot (*Direction de services sociaux*).

L'EQUIPE OPERATIONNELLE en juillet 2014

- **Direction et Administration** : Arnaud Veisse (*Directeur général, Médecin*), Pascal Revault (*Directeur opérationnel, Médecin*), Yasmine Flitti (*Directrice administrative et financière*), Céline Pellegrin (*Chargée de financements*), Catherine Jollet (*Responsable financière et administrative*), Laure Barbizet (*Bénévole, projet artistique*).
- **Service Accueil et Secrétariat** : Claire Katembwe (*Assistante de direction*), Anne-Marie Chémali (*Bénévole, Technicienne d'accueil*), Assane Aw (*Technicien d'accueil et d'administration*), Guy de Gontaut (*Technicien d'accueil*), 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*), Khalda Vescovacci (*Médecin de santé publique*).
- **Ostéopathes bénévoles** : Chemsy Anniba, Eve Perriguet, Marie Eckert, Olivier Isle de Beauchaine, Pierre Nevers.
- **Service Médical** : Isabelle Alix (*Médecin référente*), Pascal Chevit (*Bénévole*), Françoise Fleury (*Médecin référente*), Barbara Pellegrin-Guegnault (*Médecin consultante*), Christian Mongin (*Bénévole*), Liliane Lecomte (*Bénévole*), Olivier Lefebvre (*Médecin référent*), Marie Petrucci (*Médecin référente*), Stéphanie Puechavy (*Médecin référente*), Julien Sallé (*Médecin référent*).
- **Service Psychothérapie et Santé mentale** : Laure Wolmark (*Responsable du service, psychologue*), Marie Cossart (*Psychologue consultante*), Aude Nguyen (*Psychologue référente*).
- **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*), Elise Vallois (*Assistante juridique*) et les collègues bénévoles de l'**Espace santé droit** : Marie-Ange d'Adler, Sonia Akremi, Philippe Biju-Duval, Sixte Blanchy, François David, Geneviève Domenach-Chich, Geneviève Jacques, Claudie Jalin, Antoinette Szejnman, Jean-Michel Tissier.
Merci enfin à Caroline Izambert et Laura Petersell pour leurs contributions utilisées dans ce rapport..

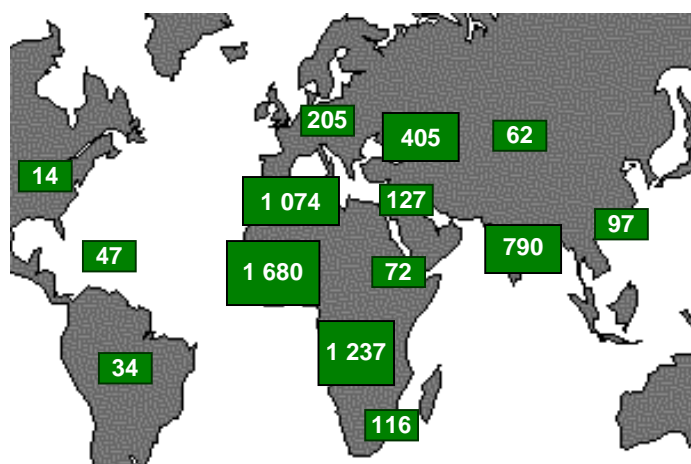
Créé en 1979, le Comede s'est donné pour but d'agir en faveur de la santé des exilés et de défendre leurs droits. En 34 ans, le soin et l'accompagnement de 130 000 personnes de 150 nationalités - 111 000 au Centre de santé, 17 000 via les Permanences téléphoniques et 2 000 à l'Espace santé droit - ont 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. Mais l'exclusion des soins a continué de sévir parmi les déboutés

Comité pour la santé des exilés

Région d'origine des 6 837 personnes
soutenues par le Comede en 2013



et sans-papiers, exclus de la sécurité sociale en 1993, de la couverture maladie « universelle » en 1999, puis partiellement de l'Aide médicale Etat résiduelle en 2003 et en 2010, alors que le droit au séjour pour raison médicale a été restreint par le Parlement en 2011, et par les gouvernements successifs depuis 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. ■

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 vendredi, 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 jeudi, 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 39 32

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.

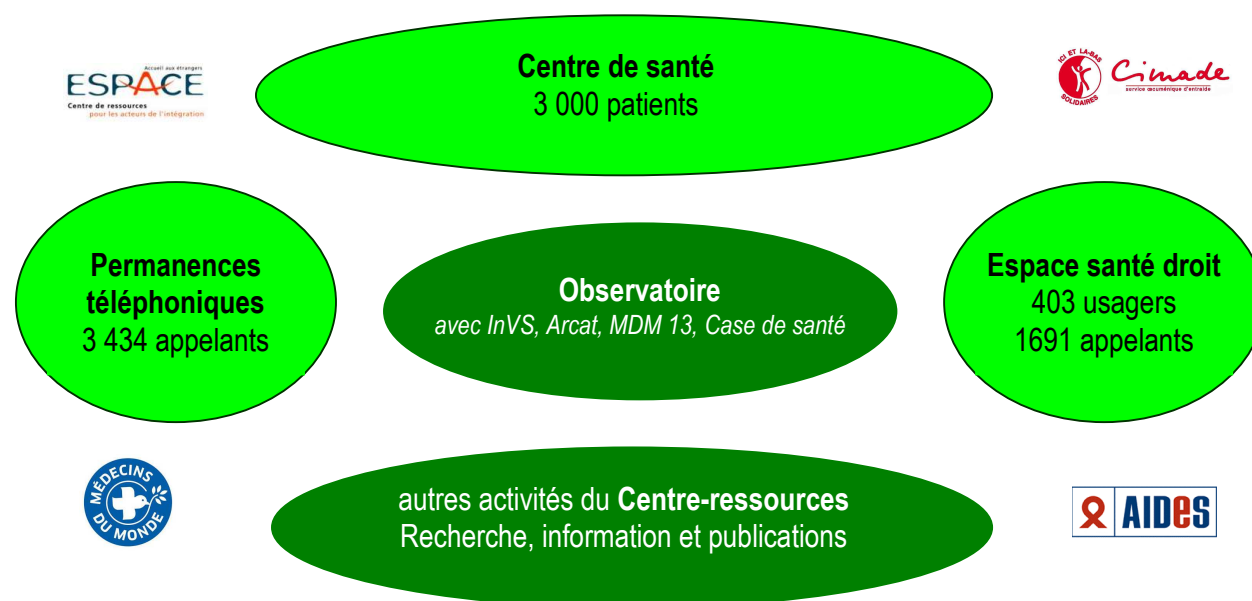
■ CENTRE DE SANTE A BICETRE (94)

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.

Dispositif d'observation



Notes méthodologiques

- Les données (voir indicateurs d'observation page 94) sont saisies directement par les intervenants au moyen d'un programme informatique développé par le Comede. Après correction des erreurs de saisie et élimination des doublons, les résultats présentés dans ce rapport sont issus d'une analyse descriptive. Lorsque les différences observées sont statistiquement significatives (test du Chi 2), le degré de probabilité indiqué (p) correspond à la probabilité que la différence observée soit due au hasard (p=0,05 signifie qu'il y a 5% de « chances » que le hasard « seul » explique cette différence).
- Les résultats en pourcentages indiqués dans le texte et les différents tableaux sont calculés par rapport aux seules situations caractérisées, puis rapportés à l'ensemble du groupe observé. Dans le cas des caractéristiques démographiques par exemple, 95% des enregistrements étaient renseignés sur le plan du département de résidence, 92% sur le plan du sexe, 92% sur la nationalité, 78% sur les antécédents de demande d'asile, 77% sur ceux de demande de titre de séjour pour raison médicale, et 74% sur l'âge.
- Concernant les effectifs de bénéficiaires des permanences téléphoniques (personne concernée par l'appel) : certains enregistrements comportent une donnée manquante sur les indicateurs âge, sexe ou nationalité ; dans ces situations, les personnes ont été comptées comme homme âgé entre 18 et 60 ans.
- 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 répartition des régions d'origine 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, au delà des répartitions géographiques classiques :
 - l'Afrique centrale inclut l'Angola (une majorité d'exilés sont originaires des régions frontalières du Congo RD et de l'enclave de Cabinda) ainsi que le Rwanda et le Burundi (compte-tenu des interactions géopolitiques avec le Congo RD) ;
 - l'Afrique de l'Ouest inclut la Mauritanie, dont les exilés en France sont très majoritairement issues des 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 28 membres de l'Union Européenne, ainsi que l'Islande, la Norvège, le Liechtenstein (Espace économique européen), et la Suisse (Association européenne de libre échange), ses ressortissants bénéficiant d'une protection en matière de droit au séjour en France ;
 - Europe de l'Est : autres membres du Conseil de l'Europe (inclut la Fédération de Russie et la Turquie) et Biélorussie.

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
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASPA	Allocation de solidarité pour les personnes âgées
Cada	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CFDA	Coordination française du droit d'asile
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture maladie universelle
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
DDD	Défenseur des droits
DGS	Direction générale de la santé
DOM	Départements d'Outre-mer
ETP	Equivalent temps plein
FSUV	Fonds pour les soins urgents et vitaux
HCR	Haut-Commissariat de l'ONU pour les réfugiés
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
LGBTI	Lesbien, gay, bi, trans et intersexe
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
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Programme régional de santé
SROS	Schéma régional d'orientation sanitaire
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

Termes utilisés au Comede et dans ce rapport

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



La santé des exilés et l'action du Comede

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 6). Particulièrement exposés aux facteurs de précarité sociale et administrative, 2,4 millions de personnes sont **ressortissants de pays-tiers** à l'Union européenne. 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%), 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, accompagnant de réfugiés ou protégé.e.s par l'Ofpra (\approx 26 000).

En 2013, le Comede a soigné et soutenu 6 837 personnes, dont 3 434 dans le cadre des permanences téléphoniques (PT), 3 000 accueillies au Centre de santé (CDS), et 403 à l'Espace santé droit (ESD). 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 : 2 436 femmes exilées, 2 008 demandeurs d'asile, 480 migrants âgés de plus de 60 ans et 323 enfants mineurs de 18 ans. Les bénéficiaires du Comede sont originaires de 120 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 35

ans (CDS) et 41 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 moins d'un tiers ont une personne de leur famille en France (moins d'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, 43% des patients du Centre de santé déclarent avoir accompli des études secondaires, 24% des études primaires et 19% avoir bénéficié d'une formation universitaire. Dans le pays d'origine, 34% étaient sans profession (incluant les étudiants). Les professions le plus souvent déclarées sont commerçants, employés, et professions intermédiaires.

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 : 98% 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, 95% PT). Souvent dépourvus de protection maladie (28% des appelants), ils se trouvent dans une situation de séjour précaire (93% des patients et 84% des appelants), doublée d'un grand isolement affectif et social

(42% ne peuvent communiquer en français ou en anglais). Un patient sur quatre n'avait pas mangé à sa faim pour des raisons financières pendant les derniers jours précédant la consultation. Combinaison de ces différents facteurs, la situation de détresse sociale concerne un quart des patients du Centre de santé (25%). Les plus touchés sont les malades (35%), les femmes (29%) et les migrants âgés (26%). Par origine géographique, les ressortissants d'Europe de l'Est (45%), d'Afrique centrale (31%) et d'Afrique de l'Ouest (28%) se trouvent plus souvent en situation de détresse sociale que les autres patient.e.s.

En 2013, les deux tiers des patients du Comede suivis en médecine déclaraient des antécédents de violence (68%, définition OMS), 17% des antécédents de torture, et 14% 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 fréquence des antécédents de violence est plus élevée parmi les personnes en situation de détresse sociale, en particulier concernant la précarité du quotidien et de l'hébergement, l'isolement social et plus encore l'isolement relationnel.

Sur le plan épidémiologique, les psycho-traumatismes représentent un tiers des maladies graves, les maladies infectieuses un quart. Par ordre de fréquence, on observe en premier lieu des syndromes psychotraumatiques, infections chroniques par le VHB, maladies cardio-vasculaires, diabète, infection chronique par le VHC, asthme persistant, infection par le VIH, handicap, cancer et tuberculose. Parmi les personnes suivies en psychothérapie, 26% ont présenté des idées suicidaires (29% parmi les personnes en situation de détresse sociale) et 6% avaient tenté de se suicider au cours de leur vie.

L'analyse par groupes vulnérables indique que les femmes exilées sont plus souvent atteintes que les hommes de cancer, d'infection à VIH (4 fois plus), de psychotraumatismes graves et de

maladies cardiovasculaires (2 fois plus). Les demandeurs d'asile ont plus souvent subi des violences (80%) et des tortures (21%), et sont plus souvent atteints de troubles psychiques. Les migrants âgés de plus de 60 ans sont plus souvent atteints de maladies chroniques, en premier lieu maladies cardiovasculaires et diabète, et d'infection chronique par le VHC. Les enfants mineurs sont principalement atteints de psycho-traumatismes et d'infection chronique par le VHB. Enfin, si l'on considère l'origine géographique, les exilés originaires d'Afrique cumulent les risques de maladie grave.

ACCES AUX SOINS ET ACCES AUX DROITS

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 2013, le Comede a consacré 2 725 consultations et réponses téléphoniques à des difficultés d'accès aux soins et à la protection maladie. La plupart des obstacles constatés (78% au CDS, 73% PT nationales) relèvent des dysfonctionnements de la Sécurité sociale : erreurs de droit (32% au CDS), 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,

Progression de la xénophobie en France

Sondage réalisé par BVA pour la CNCDH en décembre 2013, auprès d'un échantillon représentatif de 1026 personnes ≥ 18 ans

Les résultats 2013 de ce sondage annuel effectué à la demande de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH) montrent « une progression des récriminations à l'égard de l'immigration et une hausse significative du racisme explicite, seuls 39% des interviewés déclarant aujourd'hui ne pas être racistes du tout, en recul de 5 points ». Parmi les réponses les plus significatives de l'ampleur du phénomène, on note que :

- pour 74% des répondants, « il y a trop d'immigrés aujourd'hui en France »
- pour 68%, « ce sont avant tout les personnes d'origine étrangère qui ne se donnent pas les moyens de s'intégrer »,
- pour 65%, « certains comportements peuvent parfois expliquer des réactions racistes »,
- pour 64%, « une lutte vigoureuse contre le racisme est nécessaire en France »
- pour 61% « certains comportements peuvent parfois justifier des réactions racistes »,
- pour 56%, « en France, lorsqu'on est d'origine étrangère ou immigré, on a plus de facilité pour accéder aux prestations sociales »
- pour 45%, « en France, lorsqu'on est d'origine étrangère ou immigré, on a plus de facilité pour accéder aux soins médicaux »
- enfin, 29% pensent « avoir été l'objet de comportements racistes au cours des 5 dernières années ».

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 (58%), les difficultés liées à la sectorisation (10%) et les refus de soins (10%). On observe également depuis 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 juin 2014.

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 45), 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 », les médecins en charge des avis médicaux continuent de subir des pressions de la part des services du ministère de l'Intérieur, 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. Toujours en vigueur en juin 2014, la réforme législative du 16 juin 2011 a favorisé la progression de nombreuses pratiques préfectorales non réglementaires en dépit de leur censure fréquente par les juridictions administratives. Conduite par le Comede et ses partenaires associatifs, l'observation statistique des réponses des préfectures et des tribunaux face aux demandes de titre de séjour pour raison médicale montre des pratiques particulièrement restrictives dans certains départements (75, 92, 93, 94), à l'encontre de certaines nationalités (Côte d'Ivoire, Sénégal) et pour certaines maladies.

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. Certificat de « compatibilité avec les violences et tortures », certificat d'« absence d'éléments en faveur d'une altération volontaire des empreintes digitales », ou encore certificats de « non excision », ces demandes posent d'abord des questions juridiques et éthiques.

ACTION DU COMEDE

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-ressources** est avant tout sollicité dans les principales régions de résidence des exilés : Ile-de-France (55% 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 4 036 appels en 2013 pour 3 434 bénéficiaires caractérisés, dont 1 437 femmes, 331 migrants âgés ≥ 60 ans, 265 demandeurs d'asile et 186 enfants mineurs < 18 ans. Les appelants des PT nationales sont principalement des accompagnateurs associatifs (33%), services de santé (17%), et services publics (13%), alors que 32% des appels sont effectués par des particuliers. Les membres du Comede ont effectué 111 demi-journées de formation et enseignement, 33 interventions publiques (colloques, séminaires etc.) et 25 publications spécialisées, incluant 4 dossiers de Maux d'exil et l'édition informatique 2013 du Guide Comede.

Principaux indicateurs d'activité en 2013

- **9 683 consultations effectuées (+3%)** : 3 704 consultations médicales, 2 373 consultations infirmières, 1 438 consultations socio-juridiques, 1 316 consultations psychologiques, 489 consultations d'éducation thérapeutique et 363 séances d'ostéopathie
- **6 837 personnes soutenues de 120 nationalités**, dont 3 434 dans le cadre des permanences téléphoniques, 3 000 au Centre de santé, et 403 à l'Espace santé droit.
- **4 036 appels traités dans le cadre des permanences téléphoniques (+6%)** : 1 880 PT nationale, 1 716 Espace santé droit et 440 Centre de santé
- **2 067 bilans de santé effectués** au Centre de santé et dans les laboratoires d'analyse médicale et de radiologie de la Dases de Paris
- **111 demi-journées de formation et enseignement (+85%)**, et 33 interventions publiques (colloques, séminaires etc.)
- **25 publications spécialisées**, dont Guide Comede (55 000 exemplaires diffusés) et revue Maux d'exil (5000)

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. En 2013, les membres du Comede ont pu partager ces observations et analyses dans le cadre de 29 groupes inter-institutionnels sur les questions de santé des exilés, d'accès aux soins et de droit à la santé des étrangers.

Le **Centre de santé** du Comede a délivré 9 009 consultations en 2013 pour une file active de 2 297 personnes soignées et soutenues (estimation 3 000 avec celles reçues exclusivement à l'accueil), dont 1 743 demandeurs d'asile, 976 personnes atteintes de maladie grave/chronique, 841 femmes, 131 mineurs < 18 ans et 103 migrants âgés ≥ 60 ans. Les personnes sont orientées au Centre de santé par des particuliers (50%), des associations (30%) et des services publics

(11%). La durée moyenne de suivi des patients est de 10 mois (8 mois en médecine, 15 mois en psychothérapie et 21 mois au service social et juridique). Quatre consultations sur dix ont lieu en langue étrangère (40% du total, et 47% en psychothérapie), majoritairement en bengali, anglais, tamoul, russe, lingala, ourdou, pular, bambara et arabe. Près d'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. Le bilan de santé recommandé par le Comede a été effectué par 90% des patients en 2013.

Animé dans le cadre d'un partenariat opérationnel avec la Cimade, **l'Espace santé droit** a délivré 674 consultations en 2013 pour une file active de 403 personnes, dont 266 personnes atteintes d'une maladie grave, 161 femmes et 46 migrants âgés ≥ 60 ans. Les personnes sont orientées par des associations (51% du total, Cimade 32%), des services publics (15%), des particuliers (14%) et des services de santé (9%). Les interventions se situent dans les domaines du droit au séjour pour raison médicale, de l'accès aux soins et à la protection maladie, ainsi que de l'accès aux autres prestations sociales liées à l'état de santé. La permanence téléphonique de l'Espace santé droit a également traité 1 716 appels en 2013, émanant de particuliers dans deux tiers des cas.

Enfin, les activités du **Comede à Marseille et en PACA** ont connu une forte progression. En 2013, le Comede a délivré 529 entretiens téléphoniques et consultations pour une file active de 346 personnes résidant en région PACA, dont 123 femmes, 107 demandeurs d'asile et 41 migrants âgés ≥ 60 ans. Les intervenant.e.s du Comede ont également assuré 32 demi-journées de formation professionnelle sur la région.

Quelles que soient 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. Et que l'association a pour mission de relayer au moyen des actions de plaidoyer interassociatif.

En juin 2014, l'association Comede compte **62 membres adhérent.e.s** et l'équipe opérationnelle est constituée de **54 professionnel.le.s**, dont 32 salarié.e.s et 22 bénévoles. Les **financements** du Comede proviennent de subventions nationales (32% des produits en 2013 émanant de la DGS, du Service de l'asile, de l'INPES et de l'Acisé), de subventions transnationales (28%, FER, ONU, FEI), de subventions régionales (20%, ARS IDF, ARS PACA, ARS Guyane, CPAM 94, Cramif, DRJSCS, Ville de Paris, DRDFE et Conseil général 94), et d'aides privées (9%, Sidaction, Fonds Inkermann, Médecins sans frontières et Fondation Leem), alors que les ressources propres constituent 7% des produits (voir Finances page 123).

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

(voir aussi Maux d'exil n°42, décembre 2013)

POPULATIONS

L'Insee recense 1 844 000 femmes étrangères en France (voir chapitre Population page 37 et tableau ci-dessous), dont 37% ont la nationalité d'un pays de l'Union Européenne. Parmi les 1 170 000 femmes ayant la nationalité d'un pays tiers, les principales régions d'origine sont l'Afrique du Nord (41%), l'Europe de l'Est (15%), l'Afrique de l'Ouest (9%), l'Asie de l'Est (9%), et l'Afrique centrale (7%). Les femmes représentent 37% des demandeurs d'asile, 38% des migrants âgés ≥ 60 ans, et 49% des mineurs étrangers en France.

En 2013, le Comede a soigné et soutenu **2 436 femmes exilées** : 1 437 personnes soutenues dans le cadre des permanences téléphoniques, 838 personnes accueillies au Centre de santé, et 161 à l'Espace santé droit. Ces femmes sont principalement originaires d'Afrique centrale (45% CDS, 23% ESD), d'Afrique du Nord (34% ESD, 29% PT), d'Afrique de l'Ouest (28% CDS, 27% PT), d'Asie du Sud (9% CDS) et d'Europe de l'Est (7% PT et CDS). Les femmes originaires

Répartition par région d'origine

	En France	Au Comede		
		PT	CDS	ESD
Total	1 844 000	1437	838	161
<i>Eur. de l'Ouest</i>	37%	4%	1%	6%
Pays-tiers	1 170 000	1377	832	155
Afrique australe	3%	3%	1%	3%
Afrique centrale	7%	21%	45%	23%
Afrique de l'Est	<1%	1%	2%	0%
Afrique du Nord	41%	29%	2%	34%
Afri. de l'Ouest	9%	27%	28%	26%
Améri. du Nord	2%	<1%	<1%	0%
Améri. du Sud	3%	1%	<1%	0%
Asie de l'Est	9%	2%	1%	3%
Asie du Sud	3%	3%	9%	1%
Caraïbes	4%	1%	1%	2%
Europe de l'Est	15%	7%	7%	5%
Moyen-Orient	2%	2%	1%	2%
Pays-tiers	100%	100%	100%	100%

Voir effectifs dans le chapitre Populations page 37 et suiv.

Principales nationalités et Indice d'inégalité de genre

FEMMES ACCUEILLIES AU CENTRE DE SANTE EN 2013

Nationalité	n	IIG moy 0,463
Congo RD	295	0,681
Guinée Conakry	109	nc
Sri Lanka	54	0,402
Côte d'Ivoire	40	0,632
Congo	32	0,610
Cameroun	23	0,628
Angola	19	nc
Bangladesh	18	0,518
Algérie	18	0,391
Mali	17	0,649
Nigeria	16	nc
Mauritanie	15	0,643
Russie	15	0,312
Georgie	14	0,438

Rapport 2013 du PNUD, Le genre et le statut des femmes : « Trop souvent, les femmes sont discriminées en matière de santé, d'éducation et sur le marché du travail, ce qui restreint leurs libertés. L'étendue de cette discrimination peut se mesurer à l'aide de l'indice d'inégalité de genre (IIG). Plus la valeur de l'IIG est élevée, plus la discrimination est importante. »

d'Afrique sub-saharienne et d'Asie du Sud sont ainsi sur-représentées au regard de la répartition de l'ensemble des femmes étrangères en France. Dans les principaux pays dont les femmes accueillies au Centre de santé sont originaires, le PNUD retrouve un Indice d'inégalité de genre particulièrement élevé, notamment au Congo RD, au Mali et en Mauritanie (voir encadré ci-dessus).

Les femmes soignées et soutenues par le Comede (voir tableaux page suivante) sont jeunes (âge médian 33 ans au CDS, 37 ans PT NAT) et récemment arrivées en France (moyenne 2 ans CDS, 3 ans PT et 5 ans ESD). La moitié d'entre elles sont atteintes d'une maladie grave (45% CDS, 67% ESD). Un tiers des appelantes des PT nationales ont effectué par le passé une demande d'admission au

séjour pour raison médicale, et plus d'un quart ont effectué une demande d'asile. En matière de situation familiale, un tiers des patientes du CDS ont un membre de famille en France et un quart ont un/des enfant.s présent.s avec elles, alors que 17% sont sans nouvelle d'un enfant mineur resté dans le pays d'origine. La majorité de ces femmes ont effectué une formation dans le pays d'origine, principalement secondaire (43%), primaire (24%) et universitaire (18%), 9% des femmes n'ayant reçu aucune formation. Près de la moitié des femmes (46%) étaient sans profession (dont étudiantes) dans le pays

d'origine, les professions le plus souvent exercées étant employées (17%), commerçantes (14%) et professions intermédiaires (9%).

ETAT DE SANTE

Les femmes qui s'adressent au Comede vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (98% des patientes du Centre de santé et 85% des bénéficiaires des PT n'ont pas de « chez soi »), et disposent de ressources

Caractéristiques démographiques des femmes exilées bénéficiaires du Comede

	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD asile	ATCD dasem
CDS	841	37%	100%	33 ans	36 ans	1 an	2 ans	45%	68%	nc
PT NAT	616	44%	100%	37 ans	40 ans	1,5 an	3 ans	46%	27%	33%
ESD	161	40%	100%	38 ans	41 ans	3 ans	5 ans	67%	nc	nc
PT ESD	718	42%	100%	37 ans	40 ans	2 ans	3 ans	35%	nc	nc

Situation familiale et formation initiale, patientes du Centre de santé 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	2297	27%	88%	14%	33%	12%	8%	24%	43%	6%	19%
Femmes	841	35%	87%	24%	34%	17%	9%	22%	42%	9%	18%

Profession dans le pays d'origine, patientes du Centre de santé du Comede

	n	Agric- culteur	Artisan	Com- merçant	Chef d'entrep.	Prof. intellec.	Prof. interm.	Emp- ployé	Ouvrier	Retraité	Sans
Total	2297	6%	6%	18%	1%	5%	8%	17%	5%	1%	34%
Femmes	841	1%	5%	14%	-	5%	9%	17%	1%	2%	46%

Vulnérabilité sociale en début de prise en charge, bénéficiaires du Comede

	n	pas de chez soi	ress. <650€	Séj. préc.	pas de PMal.	Mal- ades	pas de famille	pas d' Accom.	pas de Comm.	pas d'Alim.	Détr. soc.
Total CDS	2297	98%	99%	93%	87%	34%	17%	12%	41%	25%	25%
Femmes	841	98%	99%	96%	90%	37%	22%	15%	32%	26%	29%
Total PTN	1505	87%	95%	84%	29%	47%	49%	nc	nc	nc	nc
Femmes	616	85%	95%	86%	41%	46%	66%	nc	nc	nc	nc

Conditions d'hébergement, détail

CENTRE DE SANTE

PERMANENCES TELEPHONIQUES NAT.

	n	Parti- culier	Héb. social	Cada	Samu social	Rue	Squat	Chez soi	n	c/o 1 tiers	préc. autre	sans	chez soi
Total	2297	65%	12%	2%	7%	7%	5%	2%	1505	40%	35%	6%	13%
Femmes	841	67%	13%	3%	8%	5%	3%	2%	616	45%	31%	4%	15%

inférieures au plafond de la CMUc (99% CDS, 97% PT). Les patientes du CDS sont principalement hébergées chez un particulier (67%) et en hébergement social (13%), mais 16% sont sans abri (8% au Samu social, 5% dans un squat et 3% à la rue). Bien que plus fréquemment atteintes d'une maladie grave (voir infra épidémiologie), elles sont plus souvent que les hommes dépourvues de protection maladie (90% vs 85% des patients du CDS, 41% vs 21% des hommes bénéficiaires des PT), et se trouvent en situation de séjour précaire (96% des patientes et 86% des appelantes). Elles vivent encore davantage que les hommes dans une situation d'isolement affectif et social : 22% des patientes n'ont pas de proche (vs 14% des hommes), 29% n'ont personne pour les accompagner dans leurs démarches (vs 10%) ; et dans un grand dénuement (26% des patientes n'ont pas mangé à leur faim au cours des derniers jours, vs 24%). Un tiers des patientes du Centre de santé ne peuvent communiquer en français ou en anglais.

En 2013, 68% des femmes soignées au Comede déclaraient des antécédents de violences (définition OMS), 32% des antécédents de violences liées au genre (voir encadré ci-dessous), et 12% des antécédents de torture (définition ONU). Parmi les patientes suivies en psychothérapie, ces taux s'élèvent respectivement à 99%, 75% et 31%. Pour l'ensemble des patient.e.s suivi.e.s en médecine, les antécédents de torture sont plus fréquents parmi les hommes (20% vs 12% des femmes), et les antécédents de violences liées au genre plus fréquents chez les femmes (32% vs 3%). La présence des syndromes psychotraumatiques graves 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 cas d'antécédent de violence, de 2,6 en cas d'antécédent de torture et de 2,3 en cas d'antécédent de violence liée au genre ($p < 0,001$). Pour les hommes, ce risque est également de 1,4 en cas d'antécédent de violence et de 2,6 en cas

Antécédents de violences liées au genre Patient.e.s du Centre de santé en 2013

File active	n	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD V. genre
Médecine	1473	68%	17%	14%
Femmes	570	68%	12%	32%
Hommes	903	68%	20%	3%
Dem. asile	1109	80%	21%	17%
Psychothér.	269	96%	43%	39%
Femmes	114	99%	31%	75%
Hommes	155	93%	52%	12%

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 homosexuelles, bisexuelles, transexuelles, 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.

de torture, il s'élève à 4 en cas de violence liée au genre. Parmi les patient.e.s du Comede, les violences liées au genre sont plus souvent déclarées parmi les personnes originaires de Côte d'Ivoire (26%), d'Angola (20%), de Guinée (19%), du Congo (19%) et du Congo RD (17%). Elles ont touché en particulier les personnes sans profession (20%) et les professions intermédiaires (18%, voir Etat de santé page 48). Les différentes formes de violence sont également très liées aux indicateurs de vulnérabilité sociale (voir Etat de santé page 46). Leur fréquence est plus élevée parmi les personnes en situation de détresse sociale. Les antécédents de torture et de violences liées au genre sont fortement corrélés à la précarité du quotidien et de l'hébergement, à l'isolement social et plus encore à l'isolement relationnel : les personnes concernées sont 84% à avoir subi des violences, 25% des tortures et 21% des violences liées au genre.

Plus de la moitié des femmes suivis en psychothérapie en 2013 présentaient des troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire (54%). Pour les deux sexes, ces troubles sont plus fréquents parmi les personnes ayant subi des tortures (56%) et/ou des violences liées au genre (56%). En raison de ces troubles, les personnes non francophones rencontrent également davantage de difficultés concernant l'apprentissage de la langue. L'importance des idées suicidaires et des antécédents de tentative de suicide parmi les exilé.e.s suivi.e.s en psychothérapie au Comede illustre la gravité de leurs troubles psychiques. Près d'un quart des patientes (22%) ont présenté des idées suicidaires au cours de la psychothérapie, et 8% avaient effectué une tentative de suicide au cours de leur vie. Les idées suicidaires sont plus fréquentes chez les femmes et les hommes en situation de détresse sociale (29%), ainsi que parmi les exilé.e.s ayant subi des tortures (28%).

En 2013, les psychologues et médecins ont pu caractériser ces troubles psychiques au moyen de la nouvelle catégorisation des principales maladies et syndromes observés (voir Etat de

Principaux troubles psychiques

Consultation de psychothérapie 2013

File active	n	Troubles CAM	Idées suicid.	ATCD TS
Total	269	50%	26%	6%

Groupes vulnérables

Femmes	114	54%	22%	8%
Hommes	155	48%	29%	4%
Dem asile	237	49%	27%	6%
Dét. sociale	185	49%	29%	9%

ATCD Violence

Violence	257	51%	26%	6%
Torture	117	56%	28%	5%
Genre	103	56%	24%	9%

Région d'origine

Afrique C..	79	52%	31%	3%
<i>Congo RD</i>	59	56%	36%	2%
Afrique O.	101	45%	16%	5%
<i>Guinée</i>	67	51%	14%	5%
Asie Sud	52	57%	30%	9%

Troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, Idées suicidaires au cours de la psychothérapie, Antécédent de tentative de suicide.

Principaux syndromes et maladies

Consultation de psychothérapie et médecine 2013

File active	n	SPT	DEP	Trauma compl.
Total	190	57%	26%	11%

Groupes vulnérables

Femmes	81	60%	23%	11%
Hommes	109	54%	28%	12%
Dem asile	180	58%	27%	10%
Détr. sociale	150	46%	31%	18%

ATCD Violence

Violence	186	57%	26%	12%
Torture	96	60%	20%	18%
Genre	70	60%	26%	11%

Région d'origine

Afrique centr.	45	47%	29%	20%
Afrique Ouest	79	66%	25%	8%
<i>Guinée</i>	56	68%	21%	9%
Asie du Sud	38	58%	18%	11%

santé page 48). Parmi 81 patientes pour lesquelles ces données ont été documentées (voir tableau ci-dessus), 60% présentaient un syndrome psychotraumatique (SPT), 23% une dépression (DEP) et 11% un trauma complexe. Les femmes présentent plus souvent que les hommes un syndrome psychotraumatique (60% vs 54%), et moins souvent une dépression

(23% vs 28%). Ces données doivent être confirmées avec un nombre plus important d'observations dans le prochain rapport ($p=0,3$), de même que le lien entre la détresse sociale et la fréquence accrue de dépression (31%) et de trauma complexe (18%). Enfin, les syndromes psychotraumatiques apparaissent plus fréquents chez les personnes ayant subi des tortures (60%) et des violences liées au genre (60%), alors que le trauma complexe est fortement corrélé aux antécédents de torture (18%, $p=0,003$).

En matière d'épidémiologie médicale, Les femmes exilées (voir taux de prévalence pages 51 et suiv.) sont plus souvent atteintes que les hommes de cancer, infection à VIH (4 fois plus), psychotraumatismes graves et maladies cardiovasculaires (2 fois plus). Par taux de prévalence décroissant, elles sont principalement atteintes de psychotraumatisme (taux global 237 pour 1000, plus élevé parmi les femmes originaires d'Europe de l'Est et d'Afrique de l'Ouest), de maladies cardiovasculaires (112, plus élevé pour l'Afrique du Nord et l'Afrique centrale), de diabète (52, plus élevé pour l'Afrique du Nord et le Sri Lanka), d'infection chronique par le VHB (40, plus élevé pour l'Asie de l'Est, l'Afrique de l'Ouest et Haïti), d'infection par le VIH (27, plus élevé pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale), et d'infection chronique par le VHC (25, plus élevé pour l'Asie de l'Est et l'Afrique centrale).

Contrairement au Centre de santé, les données épidémiologiques recueillies dans le cadre des Permanences téléphoniques ne permettent pas d'évaluer la prévalence globale des maladies graves (voir Epidémiologie page 55), mais l'analyse de leur poids relatif permet de dégager certaines priorités en matière d'accès aux soins et aux droits. Parmi les 1 151 femmes atteintes d'une maladie grave soutenues par le Comede en 2013 (voir tableau ci-contre), 55% étaient atteintes d'une maladie chronique (79% à l'ESD), 30% de troubles psychiques (42% au CDS), et 16% d'une maladie infectieuse (17% dans le cadre des PT). Les maladies chroniques sont ainsi sur-

Répartition des pathologies graves

AU SEIN DES DIFFERENTS DISPOSITIFS DU COMEDE EN 2013

Femmes	n	CDS	PT	ESD
nombre malades	1151	602	452	97
Maladies chron.	630	42%	66%	79%
Asthme	18	3%	0%	0%
Cancer	113	<1%	22%	9%
Diabète	95	7%	9%	11%
Handicap	38	1%	6%	7%
M. Cardio-va.	176	19%	8%	23%
Malad Inf. Paras.	181	15%	17%	10%
Inf. à VHB	59	6%	4%	3%
Inf. à VHC	37	4%	3%	3%
Inf. à VIH	80	4%	9%	11%
Troubles psych.	340	42%	17%	10%
Total	100%	100%	100%	100%

représentées parmi les personnes soutenues par les permanences téléphoniques et l'ESD, en premier lieu les cancers (22% PT), le diabète (11% ESD) et les handicaps (7% ESD, 6% PT). Il en est de même pour l'infection à VIH (11% ESD et 9% PT, vs 4% des maladies graves recensées au CDS).

Dans ce contexte, la grossesse et la périnatalité constituent des périodes particulièrement à risque pour la femme et l'enfant. Depuis 2012, les données relatives au suivi des femmes enceintes sont caractérisées au Centre de santé du Comede (voir encadré page suivante) Les 173 femmes suivies entre 2012 et 2013 ont été adressées principalement par des particuliers (54%) et des associations (total 29%, France terre d'asile 18%). Jeunes (âge médian 28 ans en début de grossesse), récemment arrivées en France (seules 10% des femmes y résident depuis plus d'un an), elles sont originaires d'Afrique centrale (47%), d'Afrique de l'Ouest (29%) et d'Asie du Sud (10%). Une femme sur 5 a déjà des enfants en France, et une sur 10 est sans nouvelle d'un enfant resté au pays.

La moitié des femmes ont subi des violences, et un quart des femmes sont enceintes à la suite d'un viol (24%). Près des deux tiers ne reçoivent aucun soutien du père de l'enfant (63%). Sur le plan de l'hébergement, 66% des femmes enceintes sont hébergées chez un

particulier et 14% en hébergement social. Une femme sur 5 a été sans abri au cours du suivi. La situation de vulnérabilité sociale est

Femmes enceintes et suivi de la grossesse

173 femmes reçues au Centre de santé, 2012-2013

- **Adressées par** : des particuliers (54%), des associations (total 29%, FTDA 18%), des services publics (7%) et des services de santé (4%).
- **Caractéristiques démographiques** :
 - âge médian 28 ans en début de grossesse (DDR),
 - origine géographique Afrique centrale (total 47%, Congo RD 37%, et Congo 7%), Afrique de l'Ouest (29%, Guinée 14% et Côte d'Ivoire 7%), Asie du Sud (10%, Sri Lanka 7%),
 - arrivée récente en France : seules 10% des femmes résident en France depuis plus d'un an (DDR),
 - situation familiale : 69% sans membre de famille en France, 17% avec un/des enfant.s en France, 9% sans lien avec un enfant resté dans le pays d'origine,
 - formation secondaire 44%, universitaire 26%, primaire 20%, et professionnelle 7%,
 - profession dans le pays d'origine : sans (dont étudiant) 51%, employée 15%, commerçante 12%.
- **Violence et soutien du père** :
 - 24% des femmes étaient enceintes à la suite d'un viol,
 - 51% des femmes avaient subi des violences et 7% des tortures,
 - 63% des femmes ne reçoivent aucun soutien du père de l'enfant.
- **Vulnérabilité sociale** :
 - hébergement chez un particulier 66%, en hébergement social 14%, sans abri 20% (Samu social 12%, à la rue 6%, squat 2%), chez soi 3%,
 - séjour : demande d'asile 73%, autre précaire 24%,
 - ressources financières : 91% perçoivent moins de 325 euros par mois (allocation temporaire d'attente),
 - absence de protection maladie 85%,
 - isolement relationnel 29%, isolement social 29%,
 - difficultés d'accès à l'alimentation 26%
 - non francophone ni anglophone 23%,
- **Pathologie médico-psychologique** : 23% des femmes enceintes sont atteintes d'au moins une affection grave (psychotraumatisme 11%)
- **Evolution et suivi de la grossesse** :
 - 8% demandes d'IVG, 5% fausses couches spontanées,
 - 51% n'ont pas pratiqué l'échographie du 1er trimestre (parmi les femmes vues après 3 mois),
 - orientation vers le réseau Solipam : 14%.

renforcée par l'isolement social et relationnel (29% n'ont personne pour les accompagner dans des démarches administratives), ainsi que des difficultés de communication linguistique (23% ne sont ni francophones ni anglophones). Près d'une femme enceinte sur 4 n'a pas mangé à sa faim dans les jours précédant la consultation. La moitié de ces femmes ont un retard de suivi de grossesse (51% n'ont pas pratiqué l'échographie du premier trimestre), alors qu'une femme sur 4 est atteinte d'une maladie grave (psychotraumatismes dans la moitié des cas).

ACTION DU COMEDE

Les actions du Centre-ressources (les femmes représentent 44% des bénéficiaires des permanences téléphoniques nationales), du Centre de santé (37% de femmes accueillies) et de l'Espace santé droit (40%), sont développées dans les chapitres ad hoc. Suite aux premières recherche-actions conduites par le Comede sur les phénomènes de double violence et de double discrimination à l'égard des femmes exilées (Maux d'exil n°20, septembre 2007), une coordination pluridisciplinaire « femmes et genre » a été mise en place 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.

Les violences liées au genre englobent 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, transgenres et intersexes (LGBTI). 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. Au Comede, 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 LGBTI (voir Maux d'exil n°42, décembre 2013), notamment grâce au travail d'orientation effectué à partir de l'accueil du Centre de santé.

Face aux situations de grande vulnérabilité et d'isolement rencontrées parmi les patientes du Centre de santé, le Comede a poursuivi en 2013 ses actions de coordination du suivi des femmes enceintes en partenariat avec le réseau Solipam (voir page précédente), ainsi que les activités du groupe d'échange avec les femmes en partenariat avec la Cimade (voir encadré ci-contre). L'association développe également des actions de plaidoyer au sein du collectif Adfem (voir page 128) pour une meilleure reconnaissance du droit d'asile et le droit au séjour pour les femmes victimes de violences.

Dans les années à venir, le Comede souhaite poursuivre et développer ses actions à destination des femmes et des victimes de violences 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. L'année 2013 a été une phase de conception et de préparation d'un projet spécifique à destination des femmes. Fondé sur une démarche participative, ce projet a débuté dès le premier trimestre 2014 par la mise en place de réunions rassemblant usagères du Centre de santé et membres de la coordination femmes et genre afin de déterminer les activités à proposer dans le cadre de l'accueil de jour. Ces réunions ont pour objectif de recenser les besoins et attentes des femmes exilées en termes d'accompagnement et d'activités autres que ce que propose le Centre de Santé. Cet état des lieux permettra de formuler des propositions dans un projet adapté. Des contacts pris, entre autres lors de la recherche de salle pour ces réunions mensuelles, ont d'ores et déjà abouti à un partenariat avec la Maison des Femmes de Paris.

Par ailleurs, l'autre volet de cette phase pilote consiste à démarrer en parallèle un atelier danse avec une psychologue ayant une formation de danseuse professionnelle. Cet atelier bi-mensuel sera conduit dans une visée thérapeutique pour les participantes à travers l'expression corporelle et la parole. Il sera co-animé à chaque séance par une professionnelle de la coordination impliquée dans le projet. Ainsi, une première activité de groupe pour et avec les femmes exilées aura été expérimentée. Le retour d'expérience auprès de celles-ci permettra d'évaluer les bénéfices et la nécessité de pérenniser ce type d'atelier. ■

Groupe d'échange avec les femmes

Partenariat Cimade-Comede

Depuis 2009, les réunions de ce groupe se tiennent tous les deuxièmes mercredis après-midi du mois au siège de Ligue des Droits de l'Homme (LDH) à Paris. 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. Les réunions permettent d'échanger sur le vécu personnel de chacune, de créer des liens et de rompre l'isolement.

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 et jusqu'en France. Si les violences subies ont été dénoncées par les participantes, toutes 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 elles (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.

DEMANDEURS D'ASILE

(voir aussi Maux d'exil n°44, juin 2014)

POPULATIONS

L'Ofpra compte 176 984 personnes sous sa protection début 2013, dont 93% de réfugiés et 7% de personnes sous protection subsidiaire (voir tableau ci-dessous). Ces personnes sont principalement originaires d'Europe de l'Est (29%), d'Asie de l'Est (18%), d'Asie du Sud (15%), d'Afrique centrale (14%) et d'Afrique de l'Ouest (12%). Les 61 468 personnes ayant effectué une demande d'asile en 2012, dont 37% de femmes, sont originaires d'Europe de l'Est (40%), d'Afrique centrale (17%), d'Afrique de l'Ouest et d'Asie du Sud (13%).

En 2013, le Comede a soigné et soutenu **2008 demandeurs d'asile** : 1 743 au Centre de santé (35% de femmes) et 265 dans le cadre des permanences téléphoniques (39%). Ces personnes sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (31% CDS et 27% PT), d'Afrique centrale (29% CDS, 24% PT), d'Asie du Sud (24% CDS, 10% PT), et d'Europe de l'Est (19% PT). Les demandeurs d'asile originaires d'Afrique de l'Ouest, d'Afrique centrale et d'Asie du Sud sont ainsi sur-

Répartition par région d'origine

	Rapport Ofpra		Au Comede	
	* Prot.	DA	CDS	PTN
Total	176984	61468	1743	265
<i>Eur. de l'Ouest</i>	<1%	<1%	1%	<1%
Pays-tiers	100%	100%	100%	100%
Afrique centrale	14%	17%	29%	24%
Afrique de l'Est	3%	2%	2%	2%
Afrique du Nord	1%	2%	2%	2%
Afri. de l'Ouest	12%	13%	31%	27%
Asie centrale	2%	3%	1%	6%
Asie de l'Est	18%	3%	2%	1%
Asie du Sud	15%	13%	24%	10%
Caraïbes	2%	3%	<1%	<1%
Europe de l'Est	29%	40%	6%	19%
Moyen-Orient	3%	4%	1%	4%

* Personnes sous la protection de l'Opra en 2012 : statut de réfugié (93%) & protection subsidiaire (7%)

Principaux pays d'origine et personnes protégées par le HCR *

DEMANDEURS D'ASILE SOIGNES PAR LE COMEDE EN 2013

Nationalité	n	PP HCR France 149
Congo RD	376	3 611 950
Bangladesh	305	17 201
Guinée Conakry	215	23 720
Sri Lanka	189	286 372
Mauritanie	66	43 022
Côte d'Ivoire	52	326 047
Mali	48	379 739
Birmanie / Myanmar	41	871 364
Congo	40	15 128
Russie / Tchétchénie	33	136 291
Pakistan	33	885 550
Georgie	26	293 583
Angola	19	137 468
Turquie	19	144 260
Nigeria	17	29 875
Soudan	16	2 575 076
Erythrée	14	305 723
Cameroun	12	16 547
Togo	11	18 842

* UNHCR, Tendances mondiales 2012, Nombre total de personnes relevant de la compétence du HCR (réfugiés, demandeurs d'asile, déplacés et apatrides) par origine

représentés au regard de la répartition de l'ensemble des demandeurs d'asile à l'Ofpra.

Fin 2012, le HCR compte 45,2 millions de personnes déracinées à travers le monde, en raison de persécutions, de conflits, de situations de violence généralisée et de violations des droits de l'homme. Parmi elles se trouvent quelque 15,4 millions de réfugiés, 28,8 millions de déplacés internes et près d'un million (937 000) de demandeurs d'asile. Ce nombre est le plus élevé depuis 1994 (47 millions). Les principales nationalités des demandeurs d'asile soignés au Centre de santé du Comede (voir tableau ci-dessus) correspondent aux pays d'exil recensés par le HCR, en premier lieu le Congo RD (3,6 millions), le Soudan (2,6), le Pakistan et le

Myanmar (0,9). Le Comede a accueilli une part significative de ces exilés pour certaines nationalités comme le Bangladesh (2% du total recensé par le HCR), et la Guinée (1%).

Les demandeurs d'asile soignés au Centre de santé sont jeunes (médiane 32 ans, moyenne 34 ans), et récemment arrivés en France (médiane et moyenne 1 an, voir tableaux ci-dessous). En matière de formation initiale, 43% de ces patients déclarent avoir accompli des études secondaires, 23% des études primaires, 20% avoir bénéficié d'une formation universitaire, et 6% d'une formation professionnelle. S'agissant de la profession

exercée dans le pays d'origine, 30% étaient sans profession, cette proportion incluant les étudiants. Les professions le plus souvent déclarées sont commerçants (21%), employés (17%), professions intermédiaires (8%), artisans (6%) et professions intellectuelles (5%). Les demandeurs d'asile soutenus dans le cadre des permanences téléphoniques sont plus âgés (moyenne 36 ans) et résident en France depuis plus longtemps (médiane 2 ans, moyenne 4 ans) que les patients du Centre de santé. La moitié des demandeurs d'asile bénéficiaires des PT nationales étaient atteints d'une maladie grave en 2013 (51% versus 42% au CDS).

Caractéristiques démographiques des demandeurs d'asile bénéficiaires du Comede

	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD asile	ATCD dasem
CDS	1743	76%	35%	32 ans	34 ans	1 an	1 an	42%	100%	nc
PT NAT	265	31%	39%	35 ans	36 ans	2 ans	4 ans	51%	100%	51%

Situation familiale et formation initiale, patients du Centre de santé 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	2297	27%	88%	14%	33%	12%	8%	24%	43%	6%	19%
Dem. asile	1743	22%	88%	11%	31%	14%	8%	23%	43%	6%	20%

Profession dans le pays d'origine, patients du Centre de santé du Comede

	n	Agric. cultivateur	Artisan	Com-merçant	Chef d'entrep.	Prof. intellec.	Prof. interm.	Emp-loyé	Ouvrier	Retraité	Sans
Total	2297	6%	6%	18%	1%	5%	8%	17%	5%	1%	34%
Dem. asile	1743	5%	6%	21%	1%	5%	8%	17%	5%	1%	30%

Vulnérabilité sociale en début de prise en charge, bénéficiaires du Comede

	n	pas de chez soi	ress. <650€	Séj. préc.	pas de PMal.	Mal-ades	pas de famille	pas d'Accom.	pas de Comm.	pas d'Alim.	Détr. soc.
Total CDS	2297	98%	99%	93%	87%	34%	17%	12%	41%	25%	25%
Dem. asile	1743	99%	>99%	100%	90%	30%	16%	12%	43%	28%	24%
Total PTN	1505	87%	95%	84%	29%	47%	49%	nc	nc	nc	nc
Dem. asile	265	94%	97%	93%	9%	51%	64%	nc	nc	nc	nc

Conditions d'hébergement, détail

CENTRE DE SANTE

PERMANENCES TELEPHONIQUES NAT.

	n	Parti-culier	Héb. social	Cada	Samu social	Rue	Squat	Chez soi	n	c/o 1 tiers	préc. autre	sans	chez soi
Total	2297	65%	12%	2%	7%	7%	5%	2%	1505	40%	35%	6%	13%
Dem. asile	1743	66%	11%	3%	8%	7%	5%	1%	265	22%	49%	6%	6%

ETAT DE SANTE

Les demandeurs d'asile soutenus par le Comede vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (99% des patients du Centre de santé et 94% des bénéficiaires des Permanences téléphoniques n'ont pas de « chez soi »), et disposent de ressources inférieures au plafond de la CMUc (près de 100% CDS et PT). Les patients du CDS sont principalement hébergés chez un particulier (66%), en hébergement social (11%) et en Cada (3%), mais 20% sont sans abri (8% au Samu social, 7% à la rue et 5% dans un squat). La plupart des patients du CDS n'ont pas de protection maladie (90%), ce qui est également le cas de 29% des bénéficiaires des PT. La précarité du séjour des demandeurs d'asile se double d'un grand isolement affectif et social : 16% des patients n'ont pas de proche (64% des appelants n'ont pas de membre de famille en France), 12% n'ont personne pour les accompagner dans leurs démarches, et 43% ne peuvent communiquer en français ou en anglais. Près d'un tiers des patients du Centre de santé sont atteints d'une maladie grave (30%), et plus d'un quart n'ont pas mangé à leur faim pendant les derniers jours (28%).

En 2013, 80% des demandeurs d'asile soignés au Comede déclaraient des antécédents de violence (définition OMS), 21% des antécédents de torture (définition ONU), et 17% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle (voir tableau ci-contre). Parmi les patients suivis en psychothérapie, ces taux s'élèvent respectivement à 96%, 43% et 39%. Pour l'ensemble des patients suivis en médecine - incluant les non-demandeurs d'asile -, les antécédents de torture sont plus fréquents parmi les hommes (20% vs 12% des femmes), et les antécédents de violence liée au genre plus fréquents chez les femmes (32% vs 3%). Il existe également une forte corrélation entre les violences subies et le devenir de la demande d'asile. Les antécédents de violence sont plus fréquents parmi les personnes reconnues réfugiées que parmi celles qui ont été déboutées de leur demande de protection

Antécédents de violence et de torture

Patients du Centre de santé en 2013

File active	n	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD V. genre
Médecine	1473	68%	17%	14%
Femmes	570	68%	12%	32%
Hommes	903	68%	20%	3%
Dem. asile	1109	80%	21%	17%
Psychothér.	269	96%	43%	39%
Femmes	114	99%	31%	75%
Hommes	155	93%	52%	12%

Selon le statut de la demande d'asile
file active CDS 2012-2013

File active	n	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD V. genre
Réf. et PS *	45	89%	56%	38%
En cours	2707	79%	24%	16%
Déboutés	340	71%	23%	11%

* Réfugiés et protection subsidiaire

(89% vs 71%), il en est de même pour les antécédents de torture (56% vs 23%) et de violences liées au genre et à l'orientation sexuelle (38% vs 11%). Une telle différence, ainsi que la fréquence également très importante de tels antécédents parmi les déboutés, interroge les pratiques de reconnaissance du statut de réfugié dans un contexte de crise de la protection (voir Accès aux droits page 71).

La présence des syndromes psychotraumatiques graves 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 cas d'antécédent de violence, de 2,6 en cas d'antécédent de torture et de 2,3 en cas d'antécédent de violence liée au genre ($p < 0,001$). Pour les hommes ce risque est également de 1,4 en cas d'antécédent de violence et de 2,6 en cas de torture, il s'élève à 4 en cas de violence liée au genre. Parmi les patients du Comede, la torture est plus fréquemment déclarée par les Sri-Lankais (34%), les Guinéens (30%), Congolais/RD (26%) et Mauritaniens (18%).

Elle s'est davantage exercée à l'encontre de certains groupes professionnels, notamment les ouvriers (23%), employés (21%) et professions intellectuelles (21%). Les violences liées au genre sont plus souvent déclarées parmi les personnes originaires de Côte d'Ivoire (26%), d'Angola (20%), de Guinée (19%), du Congo (19%) et du Congo RD (17%). Elles ont touché en particulier les personnes sans profession (20%) et les professions intermédiaires (18%). Les différentes formes de violence sont également très liées aux indicateurs de vulnérabilité sociale (voir Etat de santé page 46). Leur fréquence est plus élevée parmi les personnes en situation de détresse sociale. Les antécédents de torture et de violence liée au genre sont fortement corrélés à la précarité du quotidien et de l'hébergement, à l'isolement social et plus encore à l'isolement relationnel : les personnes concernées sont 84% à avoir subi des violences, 25% des tortures et 21% des violences liées au genre.

La moitié des patients suivis en psychothérapie en 2013 présentaient des troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire (50%, voir tableau page suivante). Ces troubles sont plus fréquents chez les femmes (54%), ainsi que parmi les personnes ayant subi des tortures (56%) et/ou des violences liées au genre (56%). Pour les demandeurs d'asile, cela peut entraver leur capacité à mettre en récit leur parcours d'exil (convocations à l'Ofpra et à la CNDA). En raison de ces troubles, les personnes non francophones rencontrent également davantage de difficultés concernant l'apprentissage de la langue. L'importance des idées suicidaires et des antécédents de tentative de suicide parmi les exilés suivis en psychothérapie au Comede illustre la gravité de leurs troubles psychiques. Plus d'un quart des patients (26%) ont présenté des idées suicidaires au cours de la psychothérapie, et 6% avaient effectué une tentative de suicide au cours de leur vie. Les idées suicidaires sont plus fréquentes chez les hommes (29%), chez les personnes en situation de détresse sociale (29%), ainsi que parmi les exilés ayant subi des tortures (28%).

Principaux troubles psychiques

Consultation de psychothérapie 2013

File active	n	Troubles CAM	Idées suicid.	ATCD TS
Total	269	50%	26%	6%

Groupes vulnérables

Femmes	114	54%	22%	8%
Hommes	155	48%	29%	4%
Dem asile	237	49%	27%	6%
Dét. sociale	185	49%	29%	9%

ATCD Violence

Violence	257	51%	26%	6%
Torture	117	56%	28%	5%
Genre	103	56%	24%	9%

Région d'origine

Afrique C..	79	52%	31%	3%
<i>Congo RD</i>	59	56%	36%	2%
Afrique O.	101	45%	16%	5%
<i>Guinée</i>	67	51%	14%	5%
Asie Sud	52	57%	30%	9%

Troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, Idées suicidaires au cours de la psychothérapie, Antécédent de tentative de suicide.

En 2013, les psychologues et médecins ont pu caractériser ces troubles psychiques au moyen de la nouvelle catégorisation des principales maladies et syndromes observés (voir Etat de santé page 48). Parmi 190 patients pour lesquels ces données ont été documentées (voir tableau page suivante), 57% présentaient un syndrome psychotraumatique (SPT), 26% une dépression (DEP), 11% un trauma complexe, 4% des troubles anxieux et 1% des troubles psychotiques. Les femmes présentent plus souvent que les hommes un syndrome psychotraumatique (60% vs 54%), et moins souvent une dépression (23% vs 28%). Ces données doivent être confirmées avec un nombre plus important d'observations dans le prochain rapport ($p=0,3$), de même que le lien entre la détresse sociale et la fréquence accrue de dépression (31%) et de trauma complexe (18%). Les syndromes psychotraumatiques apparaissent plus fréquents chez les personnes ayant subi des tortures (60%) et des violences liées au genre (60%), alors que le trauma complexe est fortement corrélé aux antécédents de torture (18%, $p=0,003$). Selon la région d'origine, on observe davantage de SPT chez les patients d'Afrique de l'Ouest

Principaux syndromes et maladies

Consultation de psychothérapie et médecine 2013

File active	n	SPT	DEP	Trauma compl.
Total	190	57%	26%	11%

Groupes vulnérables

Femmes	81	60%	23%	11%
Hommes	109	54%	28%	12%
Dem asile	180	58%	27%	10%
Détr. sociale	150	46%	31%	18%

ATCD Violence

Violence	186	57%	26%	12%
Torture	96	60%	20%	18%
Genre	70	60%	26%	11%

Région d'origine

Afrique centr.	45	47%	29%	20%
Afrique Ouest	79	66%	25%	8%
Guinée	56	68%	21%	9%
Asie du Sud	38	58%	18%	11%

Selon le statut de la demande d'asile, 2013

File active	n	SPT	DEP	Trauma compl.
Total	190	57%	26%	11%
Réf. et PS *	10	5/10	2/10	3/10
En cours	137	58%	21%	14%
Déboutés	43	30%	46%	12%

* Réfugiés et protection subsidiaire

(66%, et 68% des Guinéens), et chez ceux d'Afrique centrale davantage de dépression (29%) et de trauma complexes (20%). Enfin, il existe une forte corrélation entre les tableaux cliniques et l'évolution de la demande d'asile (voir tableau ci-dessus). Parmi les personnes suivies pour psychotraumatisme en 2013, les demandeurs d'asile en cours de procédure présentent plus souvent un syndrome psychotraumatique (58%) et un trauma complexe (14%), les personnes déboutés plus souvent une dépression (46%).

En matière d'épidémiologie médicale, l'observation étant fondée sur la pratique des bilans de santé pour les patients du Centre de santé, elle décrit en premier lieu la situation pour les demandeurs d'asile, réfugiés et déboutés qui représentent 78% de la file active (voir Taux de prévalence par sexe et par âge

page 51). Ces personnes sont principalement atteintes de psychotraumatismes (taux global 153 pour 1000, plus élevé parmi les exilés d'Europe de l'Est, d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest), d'infection chronique par le VHB (70), de maladies cardiovasculaires (65), diabète (46), infection chronique par le VHC (19), asthme persistant (17) et infection par le VIH (12).

Contrairement au Centre de santé, les données épidémiologiques recueillies dans le cadre des Permanences téléphoniques ne permettent pas d'évaluer la prévalence globale des maladies graves (voir Epidémiologie page 55), mais l'analyse de leur poids relatif permet de dégager certaines priorités en matière d'accès aux soins et aux droits. Parmi les 986 demandeurs d'asile atteints d'une maladie grave soutenus par le Comede en 2013 (voir tableau ci-dessous), 43% étaient atteints de troubles psychiques (45% au CDS), 35% d'une maladie chronique (45% dans les PT) et 22% d'une maladie infectieuse. Les maladies chroniques sont ainsi sur-représentées parmi les personnes soutenues par les permanences téléphoniques, en premier lieu pour le diabète (9%), les handicaps (6%) et les cancers (3%). Il en est de même pour l'infection par le VHC (7% des PT) et l'infection par le VIH (4% des PT).

Répartition des pathologies graves

AU SEIN DES DIFFERENTS DISPOSITIFS DU COMEDE EN 2013

Dem. d'asile	n	CDS	PT
nombre malades	986	790	196
Maladies chron.	349	33%	45%
Asthme	15	2%	2%
Cancer	9	<1%	3%
Diabète	81	8%	9%
Handicap	17	1%	6%
Insuff. rénale chr.	6	<1%	2%
M. Cardio-va.	100	11%	6%
Malad Inf. Paras.	212	22%	21%
Anguillulose	13	2%	-
Inf. à VHB	110	12%	10%
Inf. à VHC	29	2%	7%
Inf. à VIH	33	3%	4%
Schistosomose	12	2%	-
Tuberculose	9	1%	1%
Troubles psych.	425	45%	34%
Total	986	100%	100%

ACTIONS DU COMEDE

Les actions du Centre de santé, dont 78% de la file active est constituée de demandeurs d'asile, réfugiés et déboutés, sont développées dans le chapitre ad hoc (page 101). Les demandeurs d'asile y bénéficient d'un accueil et de consultations pluridisciplinaires, de prévention, bilan de santé, soins et accompagnement le temps nécessaire à l'organisation d'une prise en charge de proximité du lieu de vie.

En 2013, 375 appels traités par les permanences téléphoniques concernaient des demandeurs d'asile ; les caractéristiques de ces appels sont détaillées dans les tableaux ci-contre. Les appelants des PT nationales sont répartis entre associations de soutien (37%), services publics (25%), particuliers (23%), et services de santé (11%), la part des particuliers et des services de santé étant plus importante dans les PT du Centre de santé (37% et 26%). Les demandes portent en premier lieu sur des questions de droit au séjour (68% NAT et 28% CDS) et d'accès aux soins (26% NAT principalement en santé mentale, et 19% CDS). Près de la moitié des PT du Centre de santé sont sollicitées pour des informations médico-psychologiques (44%). Lorsque les réponses ont conduit à une orientation, celle-ci a été faite principalement sur les services de santé (24% NAT, 19% CDS) et les associations de soutien (17% NAT, 7% CDS).

Permanences téléphoniques
pour les demandeurs d'asile en 2013

2013	PT NAT	PT CDS
Appels documentés	312	63

Profil des appelants

Associations de soutien	37%	14%
Cafda	1%	-
Cimade	7%	2%
Comede autre PT	4%	-
Espace santé droit	1%	2%
France terre d'asile	2%	-
Médecins du monde	8%	-
Solipam		2%
Avocats et tribunaux	3%	4%
Collectifs	1%	-
Particuliers	23%	37%
Personne concernée	15%	28%
Ami, proche	3%	4%
Famille	3%	4%
Services publics	25%	19%
AS Ville	3%	2%
Cada	15%	14%
CHRS	3%	-
CRA	2%	-
Services de santé	11%	26%
Centre médico-psy.	1%	-
Hôpital & PASS	6%	16%
Médecine ambulatoire	2%	2%

Type des demandes

Accès aux soins et PM	26%	19%
Soins médicaux et PM	11%	19%
Santé mentale	15%	-
Droit au séjour	68%	28%
Motif médical	63%	28%
Autre motif	5%	-
Autre info & soutien	12%	63%
Asile	6%	12%
Médico-psychologique	1%	44%
Social	5%	7%

Orientation au terme de l'appel

Associations de soutien	17%	7%
Cimade	1%	-
Comede CDS	7%	4%
Comede autre PT	2%	-
Elan retrouvé	2%	-
Epoc	1%	-
Avocats	5%	-
Services publics	2%	4%
AS Ville	<1%	2%
Ofii	-	2%
Services de santé	24%	19%
CMP et Cons. psy.	10%	-
Hôpital & PASS	5%	14%
Médecine ambulatoire	3%	2%

MIGRANTS AGES

(voir aussi Maux d'exil n°40, juin 2013)

POPULATIONS

L'Insee compte 699 000 étrangers âgés ≥ 60 ans (voir chapitre Population page 37 et tableau ci-dessous), dont 54% ont la nationalité d'un pays de l'Union Européenne. Parmi les 320 000 personnes ressortissantes d'un « pays tiers », dont 37% de femmes, les principales régions représentées sont l'Afrique du Nord (72%), l'Europe de l'Est (10%), l'Afrique de l'Ouest (4%) et l'Asie de l'Est (4%).

En 2013, le Comede a soigné et soutenu **480 migrants âgés ≥ 60 ans** : 331 bénéficiaires des permanences téléphoniques (52% de femmes), 103 accueillis au Centre de santé (62% de femmes), et 46 à l'ESD (50%). Ces personnes sont principalement originaires d'Afrique du Nord (43% PT et 48% ESD), d'Afrique centrale (49% CDS), d'Afrique de l'Ouest (14% PT et 19% CDS), d'Europe de l'Est (12% CDS) et d'Asie du Sud 10% CDS). Les personnes originaires d'Afrique, d'Europe de l'Est et d'Asie du Sud sont ainsi sur-représentées au regard de la répartition de l'ensemble des migrants âgés en France. Dans la moitié des pays dont ces personnes sont

Répartition par région d'origine

	En France			
	France	PT	CDS	ESD
Total	699 000	331	103	46
Eur. de l'Ouest	54%	5%	1%	0%
Pays-tiers	100%	100%	100%	100%
Afrique australe	1%	9%	5%	7%
Afrique centrale	1%	16%	49%	17%
Afrique du Nord	72%	43%	3%	48%
Afri. de l'Ouest	4%	14%	19%	13%
Améri. du Nord	2%	1%	0%	0%
Améri. du Sud	1%	1%	0%	0%
Asie centrale	<1%	1%	1%	0%
Asie de l'Est	4%	2%	2%	7%
Asie du Sud	1%	2%	10%	7%
Europe de l'Est	10%	9%	12%	0%
Moyen-Orient	1%	1%	0%	0%

Voir effectifs dans le chapitre Populations page 37

Principaux pays d'origine et Espérance de vie à la naissance *

MIGRANTS AGES SOUTENUS PAR LE COMEDE EN 2013

Nationalité	n	EVN *
		<i>France 81,7</i>
Algérie	108	73,4 ans
Congo RD	49	48,7 ans
Maroc	36	72,4 ans
Cameroun	26	52,1 ans
Madagascar	17	66,9 ans
Mali	14	51,9 ans
Angola	13	51,5 ans
Guinée Conakry	13	54,5 ans
Russie	13	69,1 ans
Sénégal	12	59,6 ans
Congo	11	57,8 ans
Sri Lanka	11	75,1 ans
Tunisie	10	74,7 ans
Côte d'Ivoire	10	56,0 ans
Ile Maurice	10	73,5 ans

* Pnud, Rapport 2013 sur le développement humain.

originaires, l'espérance de vie à la naissance est inférieure à 60 ans (voir encadré ci-dessus). Durant la période 2010-2015, l'espérance de vie est en moyenne de 78 ans dans les pays développés et de 68 ans dans les régions en développement. D'ici 2045-2050, les nouveaux pourront espérer vivre jusqu'à 83 ans dans les régions développées et 74 ans dans les régions en développement (HelpAge international, Rapport 2012).

Les femmes constituent les deux tiers des patient.e.s du Centre de santé et la moitié des bénéficiaires des Permanences téléphoniques. Les migrants âgés soutenus par le Comede sont récemment arrivés en France (médiane CDS 0,5 an et PT nationales 2 ans, moyenne 6 ans). Les trois quarts ont un membre de famille en France, et 59% du total ont au moins un enfant en France. En matière de formation initiale, 37% des patients du CDS déclarent avoir accompli des études primaires, 27% des études secondaires, 12% avoir bénéficié d'une formation universitaire, et 22% n'avoir bénéficié

Caractéristiques démographiques des migrants âgés ≥ 60 ans bénéficiaires du Comede

	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD asile	ATCD dasem
CDS	103	4%	65%	66 ans	67 ans	0,5 an	6 ans	51%	42%	nc
PT NAT	156	14%	51%	66 ans	68 ans	2 ans	6 ans	51%	8%	30%
PT ESD	166	10%	55%	66 ans	67 ans	0,5 an	3 ans	42%	nc	nc

Situation familiale et formation initiale, patients du Centre de santé 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	2297	27%	88%	14%	33%	12%	8%	24%	43%	6%	19%
Agés≥60	103	75%	79%	59%	66%	9%	22%	37%	27%	2%	12%

Profession dans le pays d'origine, patients du Centre de santé du Comede

	n	Agriculteur	Artisan	Com-mercant	Chef d'entrep.	Prof. intellec.	Prof. interm.	Emp-loyé	Ouvrier	Retraité	Sans
Total	2297	6%	6%	18%	1%	5%	8%	17%	5%	1%	34%
Agés≥60	103	7%	4%	11%	-	6%	4%	9%	5%	19%	36%

Vulnérabilité sociale en début de prise en charge, bénéficiaires du Comede

	n	pas de chez soi	ress. <650€	Séj. préc.	pas de P.Mal.	Mal-ades	pas de famille	pas d'Accom.	pas de Comm.	pas d'Alim.	Détr. soc.
Total CDS	2297	98%	99%	93%	87%	34%	17%	12%	41%	25%	25%
Agés≥60	103	99%	99%	99%	94%	46%	7%	13%	64%	11%	14%
Total PTN	1505	87%	95%	84%	29%	47%	49%	nc	nc	nc	nc
Agés≥60	156	87%	95%	83%	42%	51%	26%	nc	nc	nc	nc

Conditions d'hébergement, détail

CENTRE DE SANTE

PERMANENCES TELEPHONIQUES NAT.

	n	Particulier	Héb. social	Cada	Samu social	Rue	Squat	Chez soi	n	c/o 1 tiers	préc. autre	sans	chez soi
Total	2297	65%	12%	2%	7%	7%	5%	2%	1505	40%	35%	6%	13%
Agés≥60	103	82%	4%	-	6%	6%	1%	1%	156	63%	17%	4%	13%

Taux de prévalence par région et par pays d'origine, patients du Centre de santé du Comede

Taux pour 1000 personnes, parmi 390 patients ≥60 ans accueillis en médecine au Centre de santé, 2007-2013

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

taux global	AST	CAN	DIA	HAN	IRC	MCV	PSY	VHB	VHC	VIH	
	31	31	200	5	21	444	21	21	90	10	
Afrique centrale	156	38	45	135	6	26	545	19	32	199	6
Congo RD	91	22	55	143	-	44	516	33	44	220	11
Afrique du Nord	38	-	53	184	26	26	421	-	-	-	-
Algérie	36	-	56	194	28	28	444	-	-	-	-
Afrique de l'Ouest	44	-	-	250	-	23	455	23	45	45	45
Asie du Sud	84	60	12	333	-	24	274	12	12	-	-
Sri Lanka	73	68	14	329	-	14	260	14	-	-	-
Europe de l'Est	30	-	33	133	-	-	367	33	-	33	-

AST Asthme persistant, CAN Cancer, DIA Diabète, HAN Handicap, IRC Insuffisance rénale chronique, MCV Maladies cardio-vasculaires dont hypertension artérielle, PSY Psycho-traumatisme sévère

d'aucune formation. S'agissant de la profession exercée dans le pays d'origine, 36% étaient sans profession et 19% retraités, les professions le plus souvent déclarées étant commerçants (11%), employés (9%), agriculteurs (7%) et professions intellectuelles (6%).

ETAT DE SANTE

Les migrants âgés soutenus par le Comede vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (99% des patients du CDS et 87% des bénéficiaires des PT n'ont pas de « chez soi »), et disposent de ressources inférieures au plafond de la CMUc (99% CDS, 95% PT). Les patients du CDS sont principalement hébergés chez un particulier (82%, principalement membre de famille), rarement en hébergement social (4%), alors que 13% sont sans abri (6% au Samu social, 6% dans un squat et 1% à la rue). La plupart des patients du CDS n'ont pas de protection maladie (94%), de même que près de la moitié des bénéficiaires des PT (42%). Ils se trouvent en situation de séjour précaire (99% des patients et 83% des appelants), doublée d'un certain isolement social : 64% ne peuvent s'exprimer en français ou en anglais (vs 40% des moins de 60 ans), et 13% 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 (11%). Les migrants âgés sont plus souvent atteints d'une maladie grave que les autres patients du CDS (46% vs 33%).

Sur le plan épidémiologique (voir tableau Taux de prévalence au Centre de santé), les migrants âgés ≥ 60 ans sont principalement atteints de maladies cardio-vasculaires (taux global 444 pour 1000, plus élevé parmi les exilés d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest), de diabète (200, plus élevé pour l'Asie du Sud et l'Afrique de l'Ouest), d'infection

chronique par le VHC (90, plus élevé pour l'Afrique centrale), de cancer (31, plus élevé pour l'Afrique du Nord et l'Afrique centrale) et d'asthme (31). L'insuffisance rénale chronique (taux global 21 pour 1000) est plus fréquente parmi les personnes âgées originaires d'Afrique et d'Asie du Sud. Une personne sur trois déclare avoir subi des violences par le passé (31%), et près d'une sur dix des tortures (7%).

Contrairement au Centre de santé, les données épidémiologiques recueillies dans le cadre des permanences téléphoniques ne permettent pas d'évaluer la prévalence globale des maladies graves (voir Epidémiologie page 55), mais l'analyse de leur poids relatif permet de dégager certaines priorités en matière d'accès aux soins et aux droits. Parmi les 312 migrants âgés atteints d'une maladie grave soutenus par le Comede en 2013 (voir tableau ci-dessous), 84% étaient atteints d'une maladie chronique (93% dans les PT), 10% d'une maladie infectieuse (16% au CDS) et 4% de troubles psychiques (5% au CDS). Les maladies chroniques sont sur-représentées parmi les personnes soutenues par les permanences téléphoniques et par l'Espace santé droit, en premier lieu les cancers (PT 35%, ESD 12%) et le diabète (ESD 18%).

Répartition des pathologies graves

AU SEIN DES DIFFERENTS DISPOSITIFS DU COMEDE EN 2013

Age ≥ 60 ans	n	CDS	ESD	PT
nombre malades	312	120	57	135
Maladies chron.	262	74%	82%	93%
Asthme	6	4%	0%	1%
Cancer	56	2%	12%	35%
Diabète	41	14%	18%	10%
Insuf. rénale chr.	12	4%	4%	4%
M. Cardio-va.	99	41%	37%	21%
Maladies Inf.	30	16%	11%	4%
Inf. à VHB	1	1%	0%	0%
Inf. à VHC	24	13%	9%	3%
Inf. à VIH	5	3%	0%	1%
Troubles psych.	12	5%	4%	3%
Total	100%	100%	100%	100%

ACTION DU COMEDE

Les actions du Centre de santé sont développées dans le chapitre ad hoc (page 101). Les migrants âgés y bénéficient d'un accueil et de consultations pluridisciplinaires, de prévention, bilan de santé, soins et accompagnement le temps nécessaire à l'organisation d'une prise en charge de proximité du lieu de vie. Les personnes atteintes d'une maladie chronique (incluant les infections virales chroniques) sont également invitées à participer au programme d'éducation thérapeutique. A l'Espace santé droit (voir page 111), les demandes de soutien portent principalement sur le droit au séjour pour raison médicale (59%), et l'obtention d'une protection maladie (25%). Pour ces personnes qui découvrent l'expérience de l'exil à l'âge de la retraite, et particulièrement pour les personnes âgées exilées isolées sur le plan familial et social, l'accueil et les consultations du Centre de santé et de l'Espace santé droit constituent également un utile espace d'écoute et de reconnaissance.

En 2013, 374 appels traités par les permanences téléphoniques concernaient des personnes de plus de 60 ans ; les caractéristiques de ces appels sont détaillées dans les tableaux ci-contre. Les appelants des PT nationales sont pour moitié des particuliers (total 49%, famille 32% et personne concernée 8%), puis des associations de soutien (20%), des services de santé (20%, hôpital 18%), et des services publics (9%, service social de secteur 7%). La majorité des appelants de la PT de l'Espace santé droit sont des particuliers (total 83%, famille 56%, personne concernée 17%). Les demandes portent en premier lieu sur des questions de droit au séjour (70% NAT et 53% ESD) et d'accès aux soins (36% NAT et 44% ESD), alors que autres demandes dans le champ de la protection sociale représentent près d'un appel sur quatre dans les PT nationales. Lorsque les réponses ont conduit à une orientation, celle-ci a été faite principalement sur les services de santé (24% ESD, 13% NAT) et les associations de soutien (12% NAT, 8% ESD).

Permanences téléphoniques pour les migrants âgés en 2013

2013	PT NAT	PT ESD
Appels documentés	205	169

Profil des appelants

Associations de soutien	20%	7%
Cimade	4%	4%
Comede autre PT	2%	-
Points d'appui	2%	-
Collectifs	1%	-
Particuliers	49%	83%
Personne concernée	8%	17%
Ami, proche	7%	10%
Famille	32%	56%
Services publics	9%	5%
AS Ville	7%	4%
Services de santé	20%	5%
Hôpital & PASS	18%	4%

Type des demandes

Accès aux soins et PM	36%	44%
Soins médicaux et PM	33%	44%
Santé mentale	2%	-
Droit au séjour	70%	53%
Motif médical	47%	40%
Autre motif	22%	13%
Autre info & soutien	22%	4%

Orientation au terme de l'appel

Associations de soutien	12%	8%
Catred	2%	-
Cimade	2%	7%
Comede autre PT	2%	-
Avocats	1%	-
Services publics	4%	7%
Ofii	1%	2%
Sécurité sociale	1%	1%
Services de santé	13%	24%
CMP et Cons. psy.	3%	-
Hôpital & PASS	9%	23%
Médecine ambulatoire	2%	-

Les migrants âgés font face à de multiples obstacles à l'accès aux droits (voir page 71) et aux soins (voir page 59). La première difficulté 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, soit parce que la condition légale est inadaptée pour tous ceux qui partagent leur temps (et leur famille) entre la 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

Les époux Y., âgés de plus de 65 ans et de nationalité serbe, résident habituellement en France depuis 2003. Ils sont titulaires depuis 2010 d'une carte de séjour mention « vie privée et familiale », mais sans ressources stables (ils ne peuvent percevoir une pension de retraite en France faute d'y avoir suffisamment travaillé). L'assistante sociale de la délégation de l'Ofii du Vaucluse, qui les a reçus à Avignon, interroge le Comede en novembre 2013 pour connaître l'étendue de leurs droits tant au regard des titres de séjour auxquels ils peuvent prétendre au vu de l'ancienneté de leur présence en France qu'en ce qui concerne leurs droits sociaux liés à leur état de santé, à leur âge et à leur précarité. Plusieurs échanges avec le Comede seront nécessaires afin de recueillir des informations précises sur leur vie en France depuis 2003. Cette évaluation mettra en évidence l'impossibilité pour ce couple de bénéficier à court et moyen terme des minima sociaux.

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 71). 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, etc. Ces situations impliquent un suivi pluridisciplinaire incluant le recours fréquent au service social et juridique. ■

ENFANTS MINEURS

POPULATIONS

L'Insee compte 699 000 mineurs étrangers en France (voir chapitre Population page 37 et tableau ci-dessous), dont 25% ont la nationalité d'un pays de l'Union Européenne. Parmi les 520 000 enfants ayant la nationalité d'un pays tiers, dont 49% de filles, les principales régions représentées sont l'Afrique du Nord (34%), l'Europe de l'Est (19%), l'Afrique de l'Ouest (12%), l'Afrique centrale (10%) et l'Asie de l'Est (5%). Le ministère de la Justice estimait à 9 000 le nombre de mineurs isolés étrangers en 2011, alors que l'Ofpra comptait 13 000 mineurs « accompagnant » leur.s parent.s demandeur.s d'asile en 2011, 1 000 mineurs « rejoignant » leur.s parent.s réfugié.s, ainsi que 3 000 mineures protégées contre le risque de mutilation sexuelle.

En 2013, le Comede a soigné et soutenu **323 enfants mineurs** : 186 bénéficiaires des permanences téléphoniques (37% de filles), via leur.s parent.s et/ou l'accompagnant social, 131 accueillis au Centre de santé (22% de filles), et 6 à l'ESD (6 filles). Ces enfants sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest

Répartition par région d'origine

	En France	Au Comede	
		CDS	PT
Total	699 000	131	186
<i>Eur. de l'Ouest</i>	25%	15%	6%
Pays-tiers	100%	100%	100%
Afrique australe	2%	0%	3%
Afrique centrale	10%	24%	13%
Afrique de l'Est	1%	0%	1%
Afrique du Nord	34%	5%	44%
Afri. de l'Ouest	12%	45%	20%
Améri. du Nord	2%	0%	1%
Améri. du Sud	3%	0%	1%
Asie centrale	<1%	2%	0%
Asie de l'Est	5%	1%	1%
Asie du Sud	3%	12%	3%
Europe de l'Est	19%	4%	8%
Moyen-Orient	2%	7%	3%

Voir effectifs dans le chapitre Populations page 37

Principaux pays d'origine et Indicateur de travail des enfants *

ENFANTS MINEURS SOUTENUS PAR LE COMEDE EN 2013

Nationalité	n	ITE <i>France 0%</i>
Algérie	64	5%
Mali	35	34%
Congo RD	34	32%
Guinée Conakry	22	25%
Maroc	14	11%
Roumanie	14	1%
Bangladesh	10	13%
Côte d'Ivoire	10	35%
Egypte	10	7%
Georgie	10	18%
Cameroun	10	31%

* Unicef, A Report Card on Child Protection, 2009. Child labour : Percentage of children 5–14 years old involved in child labour at the moment of the survey.

(45% CDS et 20% PT), d'Afrique du Nord (44% PT), d'Afrique centrale (24% CDS, 13% PT) et d'Asie du Sud (12% CDS). Les mineurs originaires d'Afrique et d'Asie du Sud sont ainsi sur-représentés au regard de la répartition de l'ensemble des mineurs étrangers en France. Dans la plupart des pays dont les enfants mineurs soutenus par le Comede ont la nationalité, l'Unicef appelle à la mise en place de mesures de protection de l'enfance face à des violations massives des droits, comme les pratiques de travail des enfants (voir encadré ci-dessus).

Parmi les 131 mineurs reçus au Centre de santé, 79 (60%) se trouvaient isolés - sans parent ni famille - sur le territoire français, dont 60 pris en charge par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), 17 par des structures d'accueil de mineurs en attente de reconnaissance de « leur minorité » par les autorités administratives et judiciaires et de leur prise en charge effective par l'ASE ; enfin 2 n'avaient aucun soutien identifié. Agés de 16 ans en moyenne (médiane 14 ans), ils sont récemment arrivés en France (médiane 6 mois,

Caractéristiques démographiques des enfants mineurs <18 ans bénéficiaires du Comede

	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD asile	ATCD dasem
CDS	131	6%	22%	16 ans	14 ans	0,5 an	2 ans	12%	5%	nc
PT NAT	95	9%	32%	10 ans	9 ans	1 an	1 an	47%	8%	15%
PT ESD	85	5%	44%	10 ans	10 ans	0,5 an	1 an	29%	nc	nc

Situation familiale et formation initiale, patients du Centre de santé 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	2297	27%	88%	14%	33%	12%	8%	24%	43%	6%	19%
Mineurs<18	131	39%	83%	2%	2%	1%	9%	42%	48%	-	-

Profession dans le pays d'origine, patients du Centre de santé du Comede

	n	Agriculteur	Artisan	Com-mercant	Chef d'entrep.	Prof. intellec.	Prof. interm.	Employé	Ouvrier	Retraité	Sans
Total	2297	6%	6%	18%	1%	5%	8%	17%	5%	1%	34%
Mineurs<18	131	4%	-	-	-	-	1%	4%	1%	-	90%

Vulnérabilité sociale en début de prise en charge, bénéficiaires du Comede

	n	pas de chez soi	ress. <650€	Séj. préc.	pas de P.Mal.	Malades	pas de famille	pas d'Accom.	pas de Comm.	pas d'Alim.	Détr. soc.
Total CDS	2297	98%	99%	93%	87%	34%	17%	12%	41%	25%	25%
Mineurs<18	131	99%	100%	-	67%	nc	29%	12%	33%	16%	26%
Total PTN	1505	87%	95%	84%	29%	47%	49%	nc	nc	nc	nc
Mineurs<18	95	88%	97%	-	62%	47%	18%	nc	nc	nc	nc

Conditions d'hébergement, détail

CENTRE DE SANTE

PERMANENCES TELEPHONIQUES NAT.

	n	Particulier	Héb. social	Cada	Samu social	Rue	Squat	Chez soi	n	c/o 1 tiers	préc. autre	sans	chez soi
Total	2297	65%	12%	2%	7%	7%	5%	2%	1505	40%	35%	6%	13%
Mineurs<18	131	23%	60%	-	8%	4%	3%	1%	95	39%	38%	7%	13%

Taux de prévalence par région et par pays d'origine, patients du Centre de santé du Comede

Taux pour 1000 personnes, parmi les 523 patients <18 ans accueillis en médecine au Centre de santé, 2007-2013

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

taux global	AST	DRE	HAN	PSY	S.H.	S.M.	TUB	VHB	VHC	VIH
	8	10	11	59	25	11	8	59	6	6
Afrique centrale	135	-	22	7	74	-	7	22	37	7
Congo RD	95	-	11	-	53	-	21	-	-	-
Afrique du Nord	30	-	-	67	33	-	-	33	-	-
Afrique de l'Ouest	180	6	11	11	44	72	6	122	-	11
Guinée	58	17	17	-	69	-	17	86	-	-
Mali	71	-	-	-	-	155	14	169	-	-
Asie du Sud	83	12	-	-	24	-	-	-	12	-
Bangladesh	36	28	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Est	35	-	-	-	171	-	-	29	-	-

AST Asthme persistant, DRE Drépanocytose homozygote, HAN Handicap, PSY Psycho-traumatisme sévère,

S.H. Schistosomose à haematobium (bilharziose urinaire), S.M. Schistosomose à mansoni (bilharziose intestinale)

moyenne 2 ans, voir tableau caractéristiques démographiques page suivante). La majorité de ces enfants avaient été scolarisés dans le pays d'origine, alors que 1 sur 10 déclarait y avoir travaillé, principalement comme employé ou dans l'agriculture (voir tableaux formation et profession). Les enfants soutenus - via leurs parents et/ou un professionnel - dans le cadre des permanences téléphoniques sont plus jeunes (moyenne et médiane 10 ans), également arrivés en France depuis peu (1 an). La moitié des mineurs bénéficiaires des PT nationales étaient atteints d'une maladie grave en 2013 (47% versus 12% au CDS).

ÉTAT DE SANTE

Les enfants mineurs soutenus par le Comede se trouvent souvent sans parent ni proche (29% des patients du CDS et 18% des appelants des PT, voir tableaux vulnérabilité sociale et hébergement). Ils vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (99% des patients et 88% des bénéficiaires des PT n'ont pas de « chez soi »), étant principalement en hébergement social (60%, dont ASE) et chez un particulier (23%), alors que 15% sont sans abri (8% au Samu social, 4% à la rue et 3% dans un squat). Deux enfants sur trois parmi les patients du Centre de santé n'ont pas de protection maladie (67%), ce qui est également le cas de 62% des bénéficiaires des PT. Leur situation de vulnérabilité affective et sociale se double d'obstacles linguistiques fréquents lors des premiers mois en France : 33% ne peuvent communiquer en français ou en anglais. Un enfant sur six n'a pas mangé à sa faim pendant les 3 jours précédant la consultation (16%). Ces facteurs de vulnérabilité concernent également les adolescents déclarés « majeurs » par le recours à l'expertise médico-légale controversée de détermination de l'âge (« âge osseux »), ces derniers étant alors exclus de la protection et de l'hébergement par l'Aide sociale à l'enfance (voir page suivante).

Sur le plan épidémiologique (voir tableau Taux de prévalence au Centre de santé), les enfants mineurs <18 ans sont principalement atteints de

psychotraumatismes (taux global 59 pour 1000, plus élevé parmi les exilés d'Europe de l'Est, d'Afrique centrale et de Guinée), et d'infection chronique par le VHB (59, plus élevé pour l'Afrique de l'Ouest). Les schistosomoses sont fréquentes parmi les jeunes originaires d'Afrique de l'Ouest (bilharziose urinaire 72, bilharziose intestinale 22). Un enfant sur 5 déclare avoir été victime de violences par le passé (voir page 48).

Contrairement au Centre de santé, les données épidémiologiques recueillies dans le cadre des permanences téléphoniques ne permettent pas d'évaluer la prévalence globale des maladies graves (voir Epidémiologie page 55), mais l'analyse de leur poids relatif permet de dégager certaines priorités en matière d'accès aux soins et aux droits. Parmi les 91 enfants atteints d'une maladie grave soutenus par le Comede en 2013 (voir tableau ci-dessous), 65% étaient atteints d'une maladie chronique (77% dans les PT), 22% d'une maladie infectieuse (60% au CDS) et 13% de troubles psychiques (18% dans les PT). Les maladies chroniques sont ainsi sur-représentées parmi les enfants soutenus par les permanences téléphoniques, en premier lieu les handicaps (24%) et les cancers (20%). Les troubles psychiques graves sont également sur-représentés en raison de la sollicitation de la Permanence Santé mentale (voir page 86).

Répartition des pathologies graves

AU SEIN DES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS DU COMEDE EN 2013

Mineurs <18 ans	n	CDS	PT
nombre malades	91	25	66
Maladies chron.	59	32%	77%
Asthme	1	4%	0%
Cancer	13	0%	20%
Diabète	1	0%	2%
Handicap	16	0%	24%
M. Cardio-va.	5	8%	5%
Malad Inf. Paras.	20	60%	8%
Inf. à VHB	8	24%	3%
Inf. à VHC	2	4%	2%
Inf. à VIH	1	4%	0%
Paludisme	8	24%	3%
Schistosomose	6	24%	0%
Tuberculose	1	0%	2%
Troubles psych.	12	8%	15%
Total	91	100%	100%

ACTIONS DU COMEDE

Au Centre de santé, les enfants mineurs bénéficient d'un accueil prioritaire. Une convention ayant pour objet le bilan de santé, les soins et l'accompagnement des mineurs étrangers isolés et confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) du Val de Marne, lie notamment le conseil général du Val de Marne et le Comede depuis 2006. Plus de 270 mineurs confiés à l'ASE du Val de Marne ont ainsi été soutenus depuis lors.

Le premier rendez-vous est donné avec le médecin, dans 30% des cas à en présence d'un interprète professionnel. Le bilan de santé comprend un examen clinique, incluant entretien et repérage de troubles psychiques, et des examens complémentaires réalisés par les laboratoires intervenant pour la Dases de la Ville de Paris, partenaire conventionnel du Comede depuis 1984. Ce bilan permet la prévention, le dépistage et les soins de diverses affections graves ou potentiellement graves. Il consiste en des prélèvements sanguins (NFS-plaquettes, sérologies du VHB, du VHC, du VIH, de la syphilis, des anguilluloses et des schistosomioses), une radiographie pulmonaire accompagnée ou non d'un quantiféron, et des examens parasitologiques des selles et des urines ainsi qu'une bandelette urinaire. La seconde consultation médicale planifiée avec le référent socio-éducatif de l'ASE pour remise au mineur des résultats de ses examens est un temps important d'éducation à la santé et l'occasion de débiter les vaccinations nécessaires. Outre le dépistage de maladies graves, le bilan de santé permet également de retrouver et traiter des affections bénignes et fréquentes (anémies, parasitoses intestinales...), d'aborder les questions de sexualité, prévention des IST, contraception et addictions. Un bilan dentaire et ophtalmologique est également prescrit. Un projet de soins est proposé au jeune patient en coordination avec les projets de l'encadrement socio-éducatif. Certains mineurs sont susceptibles d'être accueillis dans des foyers ou dans des familles d'accueil sur l'ensemble du territoire, la liaison avec le médecin de proximité permet alors d'assurer la

continuité des soins. Près de la moitié des consultations médicales (46%) conduisent à la délivrance de médicaments par la pharmacie du Comede dans l'attente de l'ouverture des droits à une protection maladie intégrale (complémentaire CMU). Selon les besoins, le médecin pourra également solliciter l'intervention des autres professionnels du Centre de santé (psychothérapeutes, assistantes sociales, éducation thérapeutique, ostéopathie).

Les causes de l'exil sont multiples, mais tous ces mineurs ont quitté une situation familiale fragile conséquence d'une guerre, de conflits intra-familiaux, de difficultés économiques... Outre l'appréciation de leur vulnérabilité en tant qu'adolescents, il s'agit pour les intervenants auprès de ces jeunes de prendre en compte leur situation traumatique. Chez ces très jeunes exilés, la protection due aux réfugiés se double de la nécessité de protection de l'enfance. Pourtant, une partie d'entre eux sont soupçonnés par les services spécialisés de ne pas donner leur âge véritable, et peuvent voir leur minorité contestée par la pratique d'une expertise médicale fondée sur des bases scientifiques très discutées, même lorsqu'ils disposent d'une pièce d'état civil.

Depuis la circulaire *Taubira* du 31 mai 2013, le ministère de la Justice recommande de façon cohérente avec les avis rendus par diverses institutions de ne plus pratiquer d'expertise médicale systématique de l'âge des jeunes personnes qui se déclarent mineures, mais de mettre en œuvre en premier lieu une mise à l'abri pendant au moins cinq jours. Cette circulaire décrit ensuite pendant cette période de cinq jours *l'évaluation* que devrait mener le Conseil général pour apprécier « *la situation du jeune afin de s'assurer de sa minorité et de sa situation d'isolement sur le territoire français* ». L'appréciation de la minorité est réalisée sur la base « *d'un faisceau d'indices* », qui, s'ils maintiennent un doute quant à la minorité, peuvent déboucher sur la réalisation d'une « *expertise médicale de l'âge sur réquisitions du parquet* ». Il y a d'abord lieu d'être prudent sur les conditions d'appréciation du faisceau

d'indices, qui risque simplement de repousser dans le temps la décision de non-lieu à une assistance éducative éventuellement prononcée par le juge des enfants, si ce dernier considère le jeune comme majeur. Dans la pratique, cette évaluation semble davantage répondre à une contrainte imposée par la circulaire qu'à un réel accompagnement du jeune dans la recherche d'indices permettant d'établir cette minorité. D'autre part, dans l'observation du Comede, la majorité des jeunes dans cette dernière situation ne bénéficient pas de l'information et de l'assistance adéquate pour leur permettre de contester cette mesure en établissant un recours conformément à l'article 1191 du Code de procédure civile. Enfin, la mise en route des démarches pour l'obtention d'une protection maladie n'est souvent pas une priorité au cours de la première étape de mise à l'abri, alors qu'elle constitue le préalable pour des soins et une prévention indispensables, et ce quel que soit l'âge. Pour autant, si la minorité est avérée et aboutit à une prise en charge effective, celle-ci ne conduit pas à la désignation d'un tuteur, et à un accompagnement dans les démarches telles que la demande d'asile. Se pose également la question du maintien de la prise en charge, à la majorité du jeune, dans le cadre d'un contrat jeune majeur, prévu par le Code l'action sociale et des familles.

Enfin, 194 appels traités par les permanences téléphoniques en 2013 concernaient des enfants mineurs ; les caractéristiques de ces appels sont détaillées dans les tableaux ci-contre. Les appelants des PT nationales sont répartis entre particuliers (27%), services publics (25%), services de santé (22%) et associations de soutien (21%), alors que les particuliers représentent les deux tiers des appelants de la PT de l'Espace santé droit. Les demandes portent en premier lieu sur des questions d'accès aux soins (47% NAT, 16% ESD), de droit au séjour pour les parents d'enfant malade (37% NAT, 13% ESD), et de soutien social (22% NAT, 5% ESD). Lorsque les réponses ont conduit à une orientation, celle-ci a été faite principalement sur les associations de soutien (17% du total des appels de la PT nationale) et les services de santé (10%).

A l'instar du Comede, plusieurs collectifs (ADJIE, MIE) déplorent depuis plusieurs mois la mise à la rue d'une partie des mineurs isolés étrangers et des dysfonctionnements des services de « l'enfance », en dépit de la circulaire Taubira. Un projet de loi est attendu pour répondre aux exigences de l'accueil et de l'accompagnement de ces jeunes exilé.e.s.

Permanences téléphoniques pour les enfants mineurs < 18 ans

2013	PT NAT	PT ESD
Appels documentés	109 *	85 **

* correspondant à 95 mineurs ** corresp. à 85 mineurs

Profil des appelants

	21%	11%
Associations de soutien	21%	11%
Cimade	5%	2%
Comede autre PT	3%	-
France terre d'asile	3%	-
Médecins du monde	2%	-
Secours catholique	2%	-
Avocats et tribunaux	2%	-
Collectifs	3%	1%
Particuliers	27%	64%
Personne concernée	6%	5%
Ami, proche	4%	13%
Famille	14%	44%
Services publics	25%	6%
Aide sociale à l'enf.	4%	-
AS Ville	17%	5%
Services de santé	22%	16%
Hôpital & PASS	19%	15%

Type des demandes

	47%	16%
Accès aux soins et PM	47%	16%
Soins médicaux et PM	39%	16%
Santé mentale	7%	-
Droit au séjour parent	37%	13%
Motif médical	27%	6%
Autre motif	10%	7%
Autre info & soutien	25%	5%
Social	22%	5%
Médico-psychologique	3%	-

Orientation au terme de l'appel

	17%	2%
Associations de soutien	17%	2%
Cimade	2%	1%
Comede CDS	2%	-
Comede autre PT	6%	-
Espace santé droit	3%	-
Services publics	3%	2%
Services de santé	17%	9%
CMP et Cons. psy.	3%	-
Hôpital & PASS	10%	9%
PMI	2%	-



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

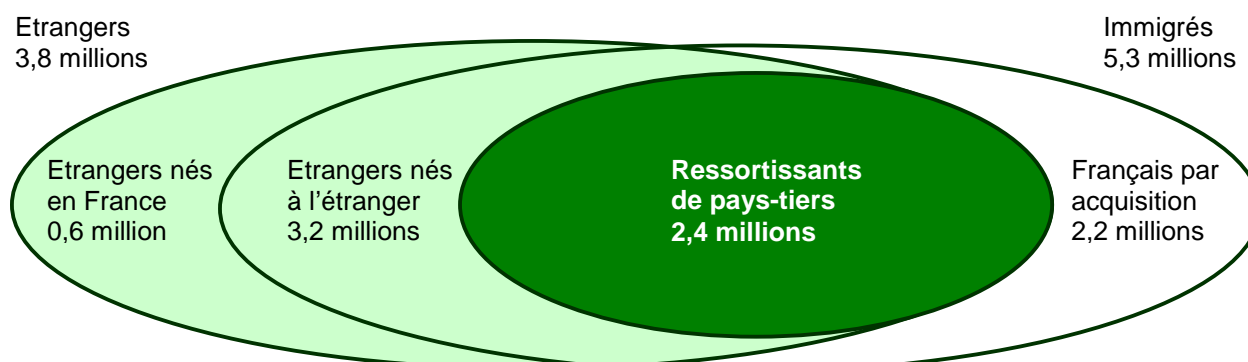
La France compte officiellement 5,3 millions d'immigrés (dont 41% de Français) et 3,8 millions d'étrangers (Insee 2012 sur recensement 2008/2009). Plus d'un tiers des étrangers sont originaires d'Europe de l'Ouest (UE 27, Islande, Liechtenstein et Suisse). Particulièrement exposés aux facteurs de précarité 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 2013, 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 45). 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 2012, 176 984 personnes étaient placées sous la protection de l'Ofpra (93% réfugiés et 7% protections subsidiaires), qui enregistrait également 61 468 demandes d'asile. Les demandeurs étaient principalement originaires d'Europe de l'Est (40%), d'Afrique centrale (17%), d'Afrique de l'Ouest (13%) et d'Asie du Sud (13%).

▪ **Les mineurs isolés et mineurs accompagnants** : le ministère de la Justice estimait à 9 000 le nombre de mineurs isolés étrangers en 2011, alors que l'Ofpra comptait 13 000 mineurs « accompagnant » leur.s parent.s demandeur.s d'asile en 2011, 1 000 mineurs « rejoignant » leur.s parent.s réfugié.s, ainsi que 3 000 mineures protégées contre le risque de mutilation sexuelle.

▪ **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 51).

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 26 000	Etranger.e.s malades
Etranger.e.s en séjour précaire $\approx 1\ 000\ 000$ dont demandeurs d'asile et étranger.e.s sans droit au séjour	

* Ressortissants des pays tiers à l'Union européenne

POPULATIONS ET CARACTERISTIQUES DES EXILES SOUTENUS PAR LE COMEDE

En 2013, le Comede a soigné et soutenu 6 837 personnes, dont 3 434 dans le cadre des permanences téléphoniques (PT), 3 000 accueillies au Centre de santé (CDS), et 403 à l'Espace santé droit (ESD). 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 (97%), à l'exception notable des Roumains et Bulgares (2%), principalement des Roms. Parmi ces 6 837 personnes soutenues en 2013, 6 134 ont fait l'objet d'un recueil de données démographiques. Pour les personnes accueillies au Centre de santé mais non orientées sur les consultations internes, dont le nombre est estimé à 703 en 2013, ces données seront également disponibles à l'avenir.

→ **2 436 femmes exilées** : 1 437 personnes soutenues dans le cadre des permanences téléphoniques, 838 personnes accueillies au Centre de santé, et 161 à l'Espace santé droit.

→ **2 008 demandeurs d'asile** : 1 743 soignés au CDS (35% de femmes) et 265 soutenus par téléphone (39%). Donnée non précisée à l'ESD.

→ **480 migrants âgés de plus de 60 ans** : 331 soutenus par téléphone (52%), 103 au CDS (62% de femmes), et 46 à l'ESD (50%).

→ **323 enfants mineurs de 18 ans** : 186 soutenus par téléphone (37%), via leur.s parent.s et/ou l'accompagnant social, 131 accueillis au CDS (22% de filles), et 6 à l'ESD (6 filles).

→ **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 6% en situation de séjour stable) et aux Permanences téléphoniques

Bénéficiaires du Comede par région de résidence

NB : Ne sont pas comptées les 703 personnes accueillies au Centre de santé mais non orientées sur les consultations internes

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE

2013	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Ile-de-France	5468	89%	286	4784	398	3309	193	2939	177	2177	95	1864	221
PACA	346	6%	10	295	41	206	6	177	23	122	2	102	18
Autre région	320	5%	27	252	41	183	20	143	20	137	7	109	21
Total	6134	100%	323	5331	480	3698	219	3259	220	2436	104	2075	260

EFFECTIFS PAR REGION D'ORIGINE ET NATIONALITE

NATIONALITE	TOT	IDF	PACA	AUT
nombre	120	110	49	56
PERSONNES	6134	5468	346	320

AFRIQUE AUSTRALE	116	97	10	9	AMERIQUE DU NORD	14	10	4	EUROPE DE L'EST	405	275	74	56	
AFRIQ. DU SUD	3	3			ETATS-UNIS	9	5	4	ALBANIE	10	10			
COMORES	51	41	6	4	MEXIQUE	4	4		ARMENIE	67	28	26	13	
ILE MAURICE	21	20		1	SALVADOR	1	1		AZERBAÏDJAN	12	5	1	6	
MADAGASCAR	46	45	3	4	AMERIQUE DU SUD	34	30	2	2	BIELORUSSIE	3	3		
MOZAMBIQUE	3	2	1		ARGENTINE	2	2			BOSNIE	2	2		
AFRIQUE CENTRALE	1237	1171	15	51	BOLIVIE	2	2			GEORGIE	97	79	6	12
ANGOLA	68	60	2	6	BRESIL	11	9	1	1	KOSOVO	24	13	7	4
ANG/CABINDA	1	1			CHILI	2	2			MACEDOINE	1	1		
BURUNDI	1	1			COLOMBIE	5	4	1		MOLDAVIE	15	15		
🇨🇦 CAMEROUN	231	206	5	20	EQUATEUR	1	1	1		MONTENEGRO	2	1	1	
CENTRAFRIQUE	15	14		1	PARAGUAY	1	1			RUSSIE	83	51	19	13
CONGO	159	147	2	5	PEROU	5	5			RUS/TCHETCH.	15	11		4
🇨🇩 CONGO RD	716	693	4	19	VENEZUELA	5	5			SERBIE	19	18	1	
CRD/ZAIRE	2	2			ASIE CENTRALE	62	48	9	5	EUROPE DE L'OUEST	205	141	48	16
GABON	18	18			AFGHANISTAN	29	20	7	2	ALLEMAGNE	2		2	
RWANDA	14	13	1		KAZAKHSTAN	9	9			BELGIQUE	1			1
TCHAD	12	11	1		MONGOLIE	13	8	2	3	BULGARIE	23	20		3
AFRIQUE DE L'EST	72	67		5	OUBEKISTAN	1	1			CROATIE	1		1	
DJIBOUTI	7	6		1	ASIE DE L'EST	97	94	2	1	ESPAGNE	17	3	9	4
ERYTHREE	20	19		1	BIRMANIE	46	46			FRANCE	12	8	1	2
ETHIOPIE	15	15		3	CAMBODGE	5	5			GRECE	5	4	1	
KENYA	5	5			CHINE	20	18	2		ITALIE	11	7	4	
OUGANDA	5	5			COREE DU N.	2	2			LETTONIE	1		1	
SOMALIE	2	2			HONG-KONG	1	1		1	LITUANIE	1	1		
SOUDAN	18	18			LAOS	2	4			PAYS-BAS	10	10		
AFRIQUE DU NORD	1074	893	108	73	MALAISIE	3	3			POLOGNE	15	3	12	
🇦🇷 ALGERIE	708	599	65	44	PHILIPPINES	9	9			PORTUGAL	12	8	3	1
LIBYE	12	11		1	THAILANDE	3	3			REP. TCHIQUE	2	2		
🇲🇦 MAROC	234	186	31	17	VIETNAM	4	4			ROUMANIE	89	70	12	5
TUNISIE	120	97	12	11	ASIE DU SUD	790	775	7	8	SLOVAQUIE	1			1
AFRIQUE DE L'OUEST	1680	1581	43	56	🇧🇩 BANGLADES.	409	403	3	3	SUISSE	2		2	
BENIN	24	23		1	INDE	33	31		2	MOYEN-ORIENT	108	104	1	3
BURKINA FASO	33	25	1	7	NEPAL	6	5	1	2	EGYPTE	66	65		1
CAP VERT	11	11			PAKISTAN	87	83	3	1	IRAK	3	3		
🇨🇮 COTE D'IVOI.	284	275	3	6	🇵🇰 SRI LANKA	255	249		2	IRAN	15	15		
GAMBIE	11	10	1		CARAÏBES	47	41		1	ISRAEL	1	1		
GHANA	26	22	2	2	CUBA	2	1		1	LIBAN	6	6		
GUINEE BISSAU	10	10			DOMINIQUE	2	2		1	PALESTINE	2	1		1
🇬🇪 GUINEE CON.	477	460	7	10	GUYANA	1	1			SYRIE	14	13		1
LIBERIA	4	4			HAITI	41	38			YEMEN	1		1	
🇲🇱 MALI	302	295	3	4	SURINAME	1	1			APATRIDES & INCONNUS	194	137	27	30
MAURITANIE	164	159		5	APATRIDES	1	1			INCONNUS	193	136	27	30
NIGER	3	2		1										
NIGERIA	84	68	10	6										
🇸🇳 SENEGAL	186	158	14	4										
SIERRA LEONE	15	14		1										
TOGO	46	35	2	9										

Caractéristiques démographiques des bénéficiaires du Comede

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

PAR DISPOSITIF DE SOUTIEN

CDS	2297	100%	37%	33 ans	35 ans	1 an	2 ans	42%	72%	nc
PT NAT	1505	100%	44%	37 ans	39 ans	2 ans	4 ans	47%	31%	37%
ESD	403	100%	40%	39 ans	41 ans	3 ans	6 ans	66%	nc	nc
PT ESD	1691	100%	42%	35 ans	38 ans	2 ans	4 ans	33%	nc	nc

PAR GROUPE VULNERABLE

Femmes

CDS	841	37%	100%	33 ans	36 ans	1 an	2 ans	45%	68%	nc
PT NAT	616	44%	100%	37 ans	40 ans	1,5 an	3 ans	46%	27%	33%
ESD	161	40%	100%	38 ans	41 ans	3 ans	5 ans	67%	nc	nc
PT ESD	718	42%	100%	37 ans	40 ans	2 ans	3 ans	35%	nc	nc

Demandeurs d'asile

CDS	1743	76%	35%	32 ans	34 ans	1 an	1 an	42%	100%	nc
PT NAT	265	18%	39%	35 ans	36 ans	2 ans	4 ans	51%	100%	51%

Migrants âgés ≥60 ans

CDS	103	4%	65%	66 ans	67 ans	0,5 an	6 ans	51%	42%	nc
PT NAT	156	14%	51%	66 ans	68 ans	2 ans	6 ans	51%	8%	30%
PT ESD	166	10%	55%	66 ans	67 ans	0,5 an	3 ans	42%	nc	nc

Enfants mineurs <18 ans

CDS	131	6%	22%	16 ans	14 ans	0,5 an	2 ans	12%	5%	nc
PT NAT	95	9%	32%	10 ans	9 ans	1 an	1 an	47%	8%	15%
PT ESD	85	5%	44%	10 ans	10 ans	0,5 an	1 an	29%	nc	nc

PAR REGION D'ORIGINE

Afrique centrale

CDS	640	28%	59%	35 ans	37 ans	1 an	2 ans	48%	70%	nc
PT NAT	211	15%	49%	38 ans	40 ans	2 ans	4 ans	63%	41%	45%
ESD	55	14%	64%	41 ans	42 ans	4 ans	6 ans	73%	nc	nc

Afrique du Nord

CDS	58	3%	40%	36 ans	39 ans	1 an	3 ans	38%	16%	nc
PT NAT	370	27%	43%	40 ans	42 ans	1,5 an	4 ans	48%	3%	33%
ESD	124	31%	42%	41 ans	43 ans	2 ans	5 ans	124	nc	nc

Afrique de l'Ouest

CDS	665	29%	35%	31 ans	33 ans	0,5 an	2 ans	52%	65%	nc
PT NAT	312	22%	51%	32 ans	35 ans	2 ans	3 ans	56%	33%	34%
ESD	136	34%	30%	37 ans	38 ans	4 ans	6 ans	65%	nc	nc

Europe de l'Est

CDS	138	6%	43%	38 ans	41 ans	1 an	3 ans	45%	75%	nc
PT NAT	170	12%	37%	40 ans	39 ans	2 ans	3 ans	54%	69%	55%

Europe de l'Ouest

PT NAT	115	8%	35%	42 ans	41 ans	3 ans	6 ans	13%	2%	12%
--------	-----	----	-----	--------	--------	-------	-------	-----	----	-----

Asie du Sud

CDS	608	26%	13%	31 ans	33 ans	1 an	2 ans	29%	87%	nc
PT NAT	55	4%	23%	38 ans	34 ans	2 ans	4 ans	47%	75%	28%

16%, voir vulnérabilité sociale page 45). En 2013, plus de 2 726 personnes étaient atteintes d'au moins une pathologie grave (soit 40% des personnes soutenues par le Comede), voir Etat de santé page 51. Parmi les appelants des permanences téléphoniques nationales, 37% avaient déjà demandé une admission au séjour pour raison médicale.

Les bénéficiaires du Comede sont originaires de 120 pays (voir tableau page 39), principalement d'Afrique de l'Ouest (27%), d'Afrique centrale (20%), d'Afrique du Nord (18%), d'Asie du Sud (13%), et d'Europe de l'Est (7%). Ils résident majoritairement en régions Ile-de-France (la quasi-totalité des personnes accueillies au Centre de santé et à l'Espace santé droit, ainsi que 55% des bénéficiaires des PT nationales), PACA (28% PT NAT) et Rhône-Alpes (5% PT NAT). D'âge moyen compris entre 35 ans (CDS) et 41 ans (ESD), ils 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 tableau page ci-contre) permet d'observer notamment que les femmes sont plus âgées que les hommes, et que les personnes de plus de 60 ans résident en France en moyenne 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 (64% à l'ESD, 59% au CDS, 49% via la PT nationale). L'âge moyen est plus élevé parmi les personnes originaires d'Afrique du Nord (43 ans ESD, 42 ans PT), d'Europe de l'Est (41 ans CDS, 39 ans PT), et d'Afrique centrale (42 ans ESD, 37 ans CDS). La résidence en France est plus ancienne parmi les ressortissants d'Afrique de l'Ouest (moyenne 6 ans ESD) et d'Afrique du Nord (3 ans CDS).

Certaines caractéristiques supplémentaires sont documentées pour les patients du Centre de santé : la situation de famille, la formation initiale et la profession exercée dans le pays d'origine (voir tableaux ci-dessous et page suivante). Si la majorité des patients déclarent des membres de famille dans le pays d'origine (88%), seuls 27% ont une personne de leur famille en France ; cette proportion étant significativement plus faible parmi les demandeurs d'asile (22%) et plus élevée parmi les femmes (35%), les mineurs (39%), et surtout les exilé.e.s âgé.e.s de plus de 60 ans (75%). Les parents sont le plus souvent séparés de leurs enfants : 45% des patients déclarent avoir des enfants dans le pays d'origine - sans lien avec eux dans un tiers des cas -, alors que 14% des patients ont un ou des

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	2297	27%	88%	14%	33%	12%	8%	24%	43%	6%	19%

Groupes vulnérables

Femmes	841	35%	87%	24%	34%	17%	9%	22%	42%	9%	18%
Dem. asile	1743	22%	88%	11%	31%	14%	8%	23%	43%	6%	20%
Agés ≥ 60	103	75%	79%	59%	66%	9%	22%	37%	27%	2%	12%
Mineurs < 18	131	39%	83%	2%	2%	1%	9%	42%	48%	-	-
Malades	976	25%	87%	17%	36%	14%	10%	27%	38%	5%	20%

Région d'origine

Afrique C.	640	27%	90%	17%	39%	23%	4%	18%	46%	11%	21%
Afrique N.	58	55%	90%	24%	31%	-	11%	22%	39%	13%	15%
Afrique O.	665	22%	88%	10%	36%	14%	16%	33%	30%	4%	17%
Asie du S.	608	21%	90%	7%	27%	4%	2%	22%	55%	2%	17%
Europe E.	138	70%	80%	44%	25%	4%	2%	16%	46%	12%	25%

Profession dans le pays d'origine

PATIENTS DU CENTRE DE SANTE DU COMEDE

	n	Agri-culteur	Artisan	Com-merçant	Chef d'entrep.	Prof. intellec.	Prof. interm.	Emp-loyé	Ouvrier	Retraité	Sans
Total	2297	6%	6%	18%	1%	5%	8%	17%	5%	1%	34%

Publics vulnérables

Femmes	841	1%	5%	14%	-	5%	9%	17%	1%	2%	46%
Dem. asile	1743	5%	6%	21%	1%	5%	8%	17%	5%	1%	30%
Agés ≥ 60	103	7%	4%	11%	-	6%	4%	9%	5%	19%	36%
Mineurs < 18	131	4%	-	-	-	-	1%	4%	1%	-	90%
Malades	976	5%	7%	18%	1%	7%	7%	17%	4%	1%	34%

Région d'origine

Afrique C.	640	1%	7%	16%	1%	6%	10%	18%	4%	2%	35%
Afrique N.	58	2%	7%	2%	-	11%	7%	22%	7%	4%	37%
Afrique O.	665	9%	7%	19%	<1%	4%	6%	13%	5%	1%	36%
Asie du S.	608	7%	4%	25%	1%	4%	7%	17%	5%	1%	30%
Europe E.	138	4%	6%	5%	1%	15%	13%	17%	11%	2%	28%

enfants auprès d'eux en France. La situation de séparation avec les enfants est encore plus fréquente parmi les femmes (51%). Les exilés d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest sont les plus nombreux à déplorer l'absence de lien avec des enfants restés dans le pays d'origine (respectivement 23% et 14% d'entre eux). Ceux d'Europe de l'Est et d'Afrique du Nord sont les plus nombreux à compter des membres de leur famille en France (respectivement 70% et 55%).

En matière de formation initiale, 43% des patients du Centre de santé déclarent avoir accompli des études secondaires, 24% des études primaires, 19% avoir bénéficié d'une formation universitaire, et 6% d'une formation professionnelle. La formation universitaire est plus fréquente parmi les demandeurs d'asile (22%), et parmi les exilés originaires d'Europe de l'Est (25%) et d'Afrique centrale (21%). C'est parmi les ressortissants d'Afrique de l'Ouest (16%) et d'Afrique du Nord (11%) que les proportions de personnes sans formation initiale sont les plus élevées (8% au total).

S'agissant de la profession exercée dans le pays d'origine, 34% étaient sans profession, cette proportion incluant les étudiants. Les femmes étaient plus souvent concernées que les hommes (46% *versus* 27%). Les professions le plus souvent déclarées sont commerçants (18% du total, 25% parmi les personnes d'Asie du Sud, et 19% parmi celles d'Afrique de l'Ouest), employés (17% du total, 22% Afrique du Nord et 18% Afrique centrale), professions intermédiaires (8% du total, 13% Europe de l'Est et 10% Afrique centrale). ■

L'enfermement des étrangers en France

En 2012, 53 000 personnes de nationalité étrangère ont été détenues pour des raisons administratives, « à la frontière » (9 000 personnes maintenues dans les zones d'attente, voir Anafé page 128) et « en vue de leur éloignement » (44 000 personnes retenues dans les centres de rétention administrative, voir OEE page 129).

Outre ces mesures d'enfermement administratif qui leurs sont spécifiques, les étrangers sont aussi largement représentés dans la population carcérale. Au premier janvier 2014, ils représentent 19% des détenus alors qu'ils ne sont que 6% dans la population générale. Les détenus étrangers sont originaires d'Afrique (50%), d'Europe (37%), d'Amérique (8%) et d'Asie (5%).



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 et de l'asile, 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. Depuis 2012, le Comede a mis en place un recueil systématique d'indicateurs de vulnérabilité sociale pour les patients du Centre de santé et les usagers des Permanences téléphoniques, dont les résultats sont désormais analysés en même temps que les données d'épidémiologie médico-psychologique 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, victimes de violences 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 6 134 personnes soutenues par le Comede et dont la situation a pu être documentée en 2013 (voir page 94), parmi lesquelles 2 436 femmes, 2 008 demandeurs d'asile, 480 migrants âgés d'au moins 60 ans et 323 enfants.

Les conditions d'hébergement de ces personnes sont très précaires : 98% des patients du Centre de santé (CDS) et 87% des bénéficiaires des Permanences téléphoniques nationales (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 (65%) que chez les appelants des PT (40%). Au Centre de santé, 19% des personnes ont été sans-abri en 2013, ce qui est le cas de 6% des bénéficiaires des PT. Les conditions d'hébergement sont encore plus précaires pour les malades et les demandeurs d'asile, et la dépendance auprès de particuliers est plus forte pour les femmes, 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, 95% PT, voir tableaux pages suivantes). En raison d'un accueil prioritaire, 87% des patients du Centre de santé n'ont pas de protection maladie, ce qui est également le cas de 29% des bénéficiaires des PT. Ils se trouvent dans une situation de séjour précaire (93% des patients et 84% des appelants, voir détail tableau page suivante), doublée d'un grand isolement affectif et social : 17% des patients n'ont pas de proche (49% des appelants n'ont pas de membre de famille en France), 12% n'ont personne pour les accompagner dans leurs démarches, et 41% ne peuvent communiquer en français ou en anglais. Un patient sur quatre n'avait pas mangé à sa faim pour des raisons financières pendant les derniers jours. Combinaison de ces différents facteurs, la situation de détresse sociale (voir encadré page suivante) concerne un quart des patients du Centre de santé (25%). Les plus touchés sont les malades (35%), les femmes (29%), et les migrants âgés (26%). Par origine géographique, les ressortissants d'Europe de l'Est (45%), d'Afrique centrale (31%) et d'Afrique de l'Ouest (28%) se trouvent plus souvent en situation de détresse sociale que les autres patients.e.s.

Consultants du Centre de santé

VULNERABILITE SOCIALE EN DEBUT DE PRISE EN CHARGE

	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.	Détr. soc.
Total	2297	98%	99%	93%	87%	34%	17%	12%	41%	25%	25%
Groupes vulnérables											
Femmes	841	98%	99%	96%	90%	37%	22%	15%	32%	26%	29%
Dem. asile	1743	99%	>99%	100%	90%	30%	16%	12%	43%	28%	24%
Agés≥60	103	99%	99%	99%	94%	46%	7%	13%	64%	11%	14%
Mineurs<18	131	99%	100%	-	67%	nc	29%	12%	33%	16%	26%
Malades	976	97%	97%	86%	85%	100%	27%	19%	37%	32%	35%
Région d'origine											
Afrique C.	640	97%	98%	94%	91%	39%	23%	18%	16%	35%	31%
Afrique N.	58	96%	100%	89%	83%	33%	6%	4%	33%	8%	13%
Afrique O.	665	98%	98%	90%	83%	44%	23%	13%	19%	36%	28%
Asie du S.	608	>99%	>99%	98%	88%	19%	6%	6%	74%	10%	13%
Europe E.	138	97%	100%	93%	80%	36%	16%	16%	86%	25%	45%

Bénéficiaires des Permanences téléphoniques nationales

VULNERABILITE SOCIALE

Appels	n	pas de chez soi	ress. <650€	Séj. préc.	pas de PMal.	Mal- ade	pas de famille
Total	1505	87%	95%	84%	29%	47%	49%

Groupes vulnérables

Femmes	616	85%	95%	86%	41%	46%	66%
Dem. asile	265	94%	97%	93%	9%	51%	64%
Agés≥60	156	87%	95%	83%	42%	51%	26%
Mineurs<18	95	88%	97%	-	62%	47%	18%
Malades	709	89%	96%	90%	26%	100%	53%

Région d'origine

Afrique C.	211	87%	94%	86%	26%	63%	60%
Afrique N.	370	85%	93%	86%	43%	48%	34%
Afrique O.	312	90%	97%	87%	29%	56%	63%
Asie du S.	55	94%	96%	94%	22%	48%	49%
Europe E.	170	88%	96%	86%	24%	54%	40%
Europe O.	115	84%	91%	59%	29%	13%	45%

Région de résidence

Ile-de-Fra.	867	87%	95%	87%	35%	54%	49%
PACA	328	87%	95%	80%	20%	32%	55%
Rhône-Alp.	75	86%	93%	85%	26%	57%	50%

Détresse sociale

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 détresse sociale, et bénéficient d'un accueil prioritaire.

- Alimentation. Lors des derniers jours, avez-vous pu manger à votre faim ? Vous êtes-vous privé d'un repas pour des raisons financières ?
 - Langue. Pas de maîtrise orale suffisante du français ou de l'anglais pour demander son chemin, comprendre les résultats d'un bilan, effectuer une demande de droits.
 - Hébergement précaire. Y a-t-il des problèmes avec l'hébergement ? selon la personne
 - Isolement relationnel. N'avoir personne sur qui compter, avec qui partager mes émotions
 - 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).
- Les personnes en situation de détresse sociale et atteintes d'une maladie grave sont considérées comme en situation de grande vulnérabilité, et ont un accès prioritaire à la consultation médicale.

Conditions d'hébergement, détail

CENTRE DE SANTE

PERMANENCES TELEPHONIQUES NAT.

	n	Parti- culier	Héb. social	Cada	Samu social	Rue	Squat	Chez soi	n	c/o 1 tiers	préc. autre	sans	chez soi
Total	2297	65%	12%	2%	7%	7%	5%	2%	1505	40%	35%	6%	13%

Groupes vulnérables

Femmes	841	67%	13%	3%	8%	5%	3%	2%	616	45%	31%	4%	15%
Dem. asile	1743	66%	11%	3%	8%	7%	5%	1%	265	22%	49%	6%	6%
Agés≥60	103	82%	4%	-	6%	6%	1%	1%	156	63%	17%	4%	13%
Mineurs<18	131	23%	60%	-	8%	4%	3%	1%	95	39%	38%	7%	13%
Malades	976	55%	16%	2%	9%	10%	5%	3%	709	45%	33%	6%	11%

▪ **Les femmes** soutenues par le Comede vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (98% des patientes du Centre de santé et 85% des bénéficiaires des PT n'ont pas de « chez soi »), et disposent de ressources inférieures au plafond de la CMUc (99% CDS, 97% PT). Les patientes du CDS sont principalement hébergées chez un particulier (67%) et en hébergement social (13%), mais 16% sont sans abri (8% au Samu social, 5% dans un squat et 3% à la rue). Bien que plus fréquemment atteintes d'une maladie grave (voir infra épidémiologie), elles sont plus souvent que les hommes dépourvues de protection maladie (90% vs 85% des patients du CDS, 41% vs 21% des hommes bénéficiaires des PT), et se trouvent en situation de séjour précaire (96% des patientes et 86% des appelantes). Elles vivent encore davantage que les hommes dans une situation d'isolement affectif et social : 22% des patientes n'ont pas de proche (vs 14% des hommes), 29% n'ont personne pour les accompagner dans leurs démarches (vs 10%) ; et dans un grand dénuement (26% des patientes n'ont pas mangé à leur faim au cours des derniers jours, vs 24%). 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 94% des bénéficiaires des Permanences téléphoniques n'ont pas de « chez soi »), et disposent de ressources inférieures au plafond de la CMUc (près de 100% CDS et PT). Les patients du CDS sont principalement hébergés chez un particulier (66%), en hébergement social (11%) et en Cada (3%), mais 20% sont sans abri (8% au Samu social, 7% à la rue et 5% dans un squat). La plupart des patients du CDS n'ont pas de protection maladie (90%), ce qui est également le cas de 9% des bénéficiaires des PT. La précarité du séjour des demandeurs d'asile se double d'un grand isolement affectif et social pour une partie d'entre eux : 16% des patients n'ont pas de proche (64% des appelants n'ont pas de membre de famille en

France), 12% n'ont personne pour les accompagner dans leurs démarches, et 43% ne peuvent communiquer en français ou en anglais. Près d'un tiers des patients du Centre de santé sont atteints d'une maladie grave (30%), et plus d'un quart n'ont pas mangé à leur faim pendant les derniers jours (28%).

▪ **Les migrants âgés** soutenus par le Comede vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (99% des patients du CDS et 87% des bénéficiaires des PT n'ont pas de « chez soi »), et disposent de ressources inférieures au plafond de la CMUc (99% CDS, 95% PT). Les patients du CDS sont principalement hébergés chez un particulier (82%, principalement membre de famille), et en hébergement social (4%), alors que 13% sont sans abri (6% au Samu social, 6% dans un squat et 1% à la rue). La plupart des patients du CDS n'ont pas de protection maladie (94%), de même que près de la moitié des bénéficiaires des PT (42%). Ils se trouvent en situation de séjour précaire (99% des patients et 83% des appelants), doublée d'un certain

Conditions de séjour, détail

Sur les consultations et les appels documentés

	Centre de santé	PT. Nat.
Séjour stable	6%	16%
Carte de résident	1%	2%
Carte de séjour temporaire	2%	7%
Citoyen UE admis au séj.	-	3%
Visa long séjour	-	1%
Mineurs <18 ans	3%	3%
Séjour précaire	94%	84%
Demande d'asile en cours	65%	7%
Avant enregistrement préf.	4%	<1%
Convocation, RV préfecture	15%	1%
Convocation Dublin	2%	<1%
Procédure prioritaire	4%	<1%
Autorisation prov. de séjour	8%	<1%
Récépissé	32%	5%
Autre séjour régulier	3%	27%
Convoc., RV, récépissé	1%	10%
Autorisation prov. de séjour	1%	8%
Visa court séjour	1%	9%
Sans droit au séjour	26%	50%
Déboutés demande d'asile	11%	9%
Citoyen UE >3 mois	-	3%
Autres sans-papiers	15%	38%
Total	3133	1880

isolement social : 64% ne peuvent s'exprimer en français ou en anglais (vs 40% des moins de 60 ans), et 13% 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 (11%). Les migrants âgés sont plus souvent atteints d'une maladie grave que les autres patients du CDS (46% vs 33%).

- **Les enfants mineurs** soutenus par le Comede se trouvent souvent sans parent ni proche (29% des patients et 18% des appelants). Ils vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (99% des patients et 88% des bénéficiaires des PT n'ont pas de « chez soi »), étant principalement en hébergement social (60%, dont ASE) et chez un particulier (23%), alors que 15% sont sans abri (8% au Samu social, 4% à la rue et 3% dans un squat). Deux enfants sur trois parmi les patients du Centre de santé n'ont pas de protection maladie (67%), ce qui est également le cas de 62% des bénéficiaires des PT. Leur situation de vulnérabilité affective et sociale se double d'obstacles linguistiques fréquents lors des premiers mois en exil : 33% ne peuvent communiquer en français ou en anglais. Un enfant sur six n'a pas mangé à sa faim pendant les 3 jours précédant la consultation (16%). 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 86% patients du Centre de santé originaires d'Europe de l'Est et 74% d'Asie du Sud, alors que la part d'allophones chez les Africains n'est pas négligeable (33% Afrique du Nord, 19% Afrique de l'Ouest et 16% Afrique centrale). Les exilés d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest sont plus souvent isolés que les autres et en situation plus fréquemment

précaire (respectivement 36% et 35% d'entre eux n'ont pas mangé à leur faim lors des derniers jours).

- **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 (54% vs 32% PACA), celles résidant en région Provence-Alpes-Côte d'Azur sont plus fréquemment isolées (55% sans membre de famille vs 49% IDF), et les appels de la région Rhône-Alpes concernent une proportion plus importante de personnes atteintes d'une maladie grave (57% vs 54% IDF et 32% PACA).

VIOLENCE, TORTURE, RISQUES ET TROUBLES PSYCHIQUES

En 2013, et comme lors des années précédentes, les deux tiers des patients du Comede suivis en médecine déclaraient des antécédents de violence (68%, définition OMS), 17% des antécédents de torture (définition ONU), et 14% 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 96%, 43% et 39%. Les demandeurs d'asile sont 80% à déclarer des antécédents de violence, 21% de torture et 17% de violence liée au genre. Les antécédents de torture sont plus fréquents parmi les hommes (20% vs 12% des femmes), et les antécédents de violence liée au genre plus fréquents chez les femmes (32% vs 3%). La présence des syndromes psychotraumatiques graves (voir épidémiologie page 48) 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 cas d'antécédent de violence, de 2,6 en cas d'antécédent de torture et de 2,3 en cas d'antécédent de violence liée au genre ($p < 0,001$). Pour les hommes ce risque est également de 1,4 en cas d'antécédent de

Antécédents de violence et de torture

parmi les consultants du Centre de santé en 2013

PAR GROUPE VULNERABLE

File active	n	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD V. genre
Médecine	1473	68%	17%	14%
Femmes	570	68%	12%	32%
Hommes	903	68%	20%	3%
Dem. asile	1109	80%	21%	17%
Agés≥60	58	31%	7%	-
Mineurs<18	110	20%	1%	3%
Psychothér.	269	96%	43%	39%
Femmes	114	99%	31%	75%
Hommes	155	93%	52%	12%

SELON LE STATUT SOCIAL DANS LE PAYS D'ORIGINE

File active	n	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD VGenre
Médecine	1473	68%	17%	14%

Pays d'origine

Angola	41	46%	15%	20%
Bangladesh	411	74%	9%	3%
Congo	81	58%	7%	19%
Congo RD	644	72%	26%	17%
Côte d'Ivoire.	113	73%	4%	26%
Guinée C.	482	80%	30%	19%
Mauritanie	129	75%	18%	6%
Russie/Tch.	66	86%	15%	3%
Sri Lanka	242	89%	34%	14%

Profession

Prof. intell.	67	69%	21%	15%
Employé	234	78%	21%	13%
Prof. inter.	101	78%	20%	18%
Commerç	245	81%	20%	13%
Ouvrier	64	66%	23%	5%
Sans	444	62%	13%	20%

Formation

Primaire	343	68%	16%	13%
Secondaire	569	69%	17%	16%
Universitair.	247	78%	21%	13%
Profession.	75	80%	24%	21%
Aucune	109	72%	21%	16%

SELON LA SITUATION DE VULNERABILITE SOCIALE

File active	n	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD VGenre
Situations	3133	67%	18%	12%
Détr. sociale	791	74%	17%	16%
Isol. relat.	725	84%	25%	21%
Isol. social	519	75%	22%	16%
Défaut. alim.	856	77%	21%	15%
Héb préc.	1225	73%	20%	15%

violence et de 2,6 en cas de torture, il s'élève à 4 en cas de violence liée au genre.

Parmi les patients du Comede, la torture est plus fréquemment déclarée par les Sri-Lankais (34%), les Guinéens (30%), Congolais/RD (26%) et Mauritaniens (18%). Elle s'est davantage exercée à l'encontre de certains groupes professionnels, notamment les ouvriers (23%), employés (21%) et professions intellectuelles (21%). Les violences liées au genre sont plus souvent déclarées parmi les personnes originaires de Côte d'Ivoire (26%), d'Angola (20%), de Guinée (19%), du Congo (19%) et du Congo RD (17%). Elles ont touché en particulier les personnes sans profession (20%) et les professions intermédiaires (18%). A noter que pour un quart des femmes enceintes suivies au Comede en 2012-2013, la grossesse était consécutive à un viol (voir page 19). 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 détresse sociale. Les antécédents de torture et de violence liée au genre sont fortement corrélés à la précarité du quotidien et de l'hébergement, à l'isolement social et plus encore à l'isolement relationnel : les personnes concernées sont 84% à avoir subi des violences, 25% des tortures et 21% des violences liées au genre.

La moitié des patients suivis en psychothérapie en 2013 présentaient des troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire (50%, voir tableau page suivante). Ces troubles sont plus fréquents chez les femmes (54%), ainsi que parmi les personnes ayant subi des tortures (56%) et/ou des violences liées au genre (56%). Ils peuvent avoir un impact sur la capacité des patients à effectuer les démarches administratives nécessaires à leur insertion. Pour les demandeurs d'asile, cela peut entraver leur capacité à mettre en récit leur parcours d'exil (convocations à l'Ofpra et à la CNDA). En raison de ces troubles, les personnes non francophones rencontrent également davantage de difficultés concernant

Principaux troubles psychiques

Consultation de psychothérapie 2013

File active	n	Troubles CAM	Idées suicid.	ATCD TS
Total	269	50%	26%	6%

Groupes vulnérables

Femmes	114	54%	22%	8%
Hommes	155	48%	29%	4%
Dem asile	237	49%	27%	6%
Dét. sociale	185	49%	29%	9%

ATCD Violence

Violence	257	51%	26%	6%
Torture	117	56%	28%	5%
Genre	103	56%	24%	9%

Région d'origine

Afrique C..	79	52%	31%	3%
Congo RD	59	56%	36%	2%
Afrique O.	101	45%	16%	5%
Guinée	67	51%	14%	5%
Asie Sud	52	57%	30%	9%

Troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, Idées suicidaires au cours de la psychothérapie, Antécédent de tentative de suicide.

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.

Principaux syndromes et maladies

Consultation de psychothérapie et médecine 2013

File active	n	SPT	DEP	Trauma compl.
Total	190	57%	26%	11%

Groupes vulnérables

Femmes	81	60%	23%	11%
Hommes	109	54%	28%	12%
Dem asile	180	58%	27%	10%
Détr. sociale	150	46%	31%	18%

ATCD Violence

Violence	186	57%	26%	12%
Torture	96	60%	20%	18%
Genre	70	60%	26%	11%

Région d'origine

Afrique centr.	45	47%	29%	20%
Afrique Ouest	79	66%	25%	8%
Guinée	56	68%	21%	9%
Asie du Sud	38	58%	18%	11%

l'apprentissage de la langue. L'importance des idées suicidaires et des antécédents de tentative de suicide parmi les exilés suivis en psychothérapie au Comede illustre la gravité de leurs troubles psychiques. Plus d'un quart des patients (26%) ont présenté des idées suicidaires au cours de la psychothérapie, et 6% avaient effectué une tentative de suicide au cours de leur vie. Les idées suicidaires sont plus fréquentes chez les hommes (29%), chez les personnes en situation de détresse sociale (29%), ainsi que parmi les exilés ayant subi des tortures (28%). En 2013, 5% des consultations de psychothérapie ont conduit à une orientation vers un dispositif d'urgence psychiatrique.

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 en 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 190 patients pour lesquels ces données ont été documentées par les psychologues et les médecins (voir tableau ci-dessous), 57% présentaient un syndrome psychotraumatique (SPT, voir Tableau), 26% une dépression (DEP), 11% un trauma complexe, 4% des troubles anxieux et 1% des troubles psychotiques. Les femmes présentent plus souvent que les hommes un syndrome psychotraumatique (60% vs 54%), et moins souvent une dépression (23% vs 28%). Ces données doivent être confirmées avec un nombre plus important d'observations dans le prochain rapport ($p=0,3$), de même que le lien entre la détresse sociale et la fréquence accrue de dépression (31%) et de trauma complexe (18%). Les syndromes psychotraumatiques apparaissent plus fréquents chez les personnes ayant subi des tortures (60%) et des violences liées au genre (60%), alors que le trauma complexe est fortement corrélé aux antécédents de torture (18%, $p=0,003$). Selon la région d'origine enfin, on observe davantage de SPT chez les patients d'Afrique de l'Ouest (66%, et 68% des Guinéens), et chez ceux

d'Afrique centrale davantage de dépression (29%) et de trauma complexes (20%).

ÉPIDÉMIOLOGIE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE ET TAUX DE PRÉVALENCE

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. 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 réalisés par les laboratoires mis à disposition par la Dases (Ville de Paris), partenaire conventionnel du Comede depuis 1984 (voir Centre de santé page 101). En 2013, le bilan de santé a été pratiqué par 90% des patients, au Comede dans 89% des cas (11% par un autre service médical avant le recours au Comede).

L'analyse des taux de prévalence présentés dans les tableaux suivants doit tenir compte des facteurs de sur-estimation et de sous-estimation. Sur-estimation d'une part, une

Bilan de santé recommandé par le Comede et effectué au Centre de santé

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

partie des personnes concernées étant venues consulter au Centre de santé du Comede en connaissant au moins une de leurs maladie : 20% des maladies graves recensées étaient connues avant l'arrivée en France (3% pour la tuberculose, 71% pour l'asthme persistant, voir tableau ci-dessous), et 40% au total avaient été diagnostiquées avant le recours au Comede (schistosomose urinaire 4%, asthme 88%).

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

Taux pour 1000 personnes, parmi 13 684 patients accueillis en médecine au Centre de santé, 2007-2013

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

	Cas n	Sexe (F/H)	Age médian	Diagnostic *		Taux de prévalence par région d'origine (p. 1000)							
				pays	Fra.*	AFC 2939	AFE 281	AFN 345	AFO 3404	ASS 4922	CAR 177	EUE 1057	TOT 13684
Psycho-trauma	2 097	43%	31 ans	4%	12%	224	157	96	192	78	141	231	153
Infection à VHB	952	16%	31 ans	8%	28%	71	50	20	150	24	68	43	70
Mal. cardio-vas.	895	47%	46 ans	47%	70%	127	4	99	60	35	113	47	65
Diabète	636	31	43ans	51%	71%	48	7	119	32	59	79	16	46
Infection à VHC	258	36%	40 ans	13%	39%	38	4	20	8	8	-	44	19
Asthme persist.	228	24%	35 ans	71%	88%	11	14	29	27	14	23	8	17
Infection à VIH	159	65%	33 ans	18%	33%	24	11	3	21	-	6	5	12
Handicap	102	22%	33 ans	62%	82%	8	-	32	11	3	-	8	7
Cancer	75	55%	46 ans	37%	85%	7	-	38	4	2	11	9	5
Bilharziose Uri.	70	10%	27 ans	3%	4%	1	-	-	20	-	-	-	5
Tuberculose	70	26%	32 ans	3%	47%	11	-	-	5	3	11	2	5

* Diagnostic connu dans le pays d'origine, et total diagnostic connu en France avant le recours au CDS Comede. AFC Afrique centrale, AFE Afrique de l'Est, AFN Afrique du Nord, AFO Afrique de l'Ouest, ASE Asie de l'Est, ASS Asie du Sud, CAR Caraïbes, EUE Europe de l'Est.

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

Taux pour 1000 personnes, parmi 13 684 patients accueillis en médecine au Centre de santé, 2007-2013

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

Région & Pays <i>effectifs Femmes - Hommes</i>)	ANGUILL.		ASTHME		CANCER		DIABETE		HANDICAP		M. CARD.	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Taux global 3 780-9 904	5	21	14	18	11	3	52	44	6	8	112	48
Taux global France	*	*	67	67	nc	nc	38	38	nc	nc	nc	nc
Taux global Monde	*	*	43	43	nc	nc	30	30	nc	nc	nc	nc
Afrique australe 56-29	-	-	36	2 cas	36	-	125	6 cas	-	-	268	4 cas
Madagascar 27-13	-	-	2 cas	1 cas	2 cas	-	2 cas	4 cas	-	-	8 cas	3 cas
Afrique centrale 1 564-1 375	8	38	11	10	11	4	43	55	5	11	143	110
Angola/Cabinda 88-112	23	27	11	9	-	-	57	54	-	9	159	143
Cameroun 137-113	15	27	15	-	7	-	88	62	7	9	285	71
Congo 210-224	-	18	19	4	19	4	38	71	5	27	114	76
Congo RD 1 070-866	7	46	9	14	7	5	36	51	5	8	130	119
Rwanda 25-22	-	91	-	-	-	-	3 cas	1 cas	-	-	160	227
Afrique de l'Est 78-203	13	-	13	15	-	-	13	5	-	-	-	5
Erythrée 18-37	-	-	1 cas	54	-	-	1 cas	-	1 cas	-	-	-
Soudan 11-120	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique du Nord 109-236	*	*	9	38	73	21	183	89	18	38	202	51
Algérie 87-146	*	*	11	34	92	14	195	103	11	27	241	55
Maroc 16-40	*	*	-	50	-	50	3 cas	100	-	75	-	100
Tunisie 6-48	*	*	-	42	-	-	-	42	1 cas	42	-	-
Afrique de l'Ouest 935-2 469	5	12	16	31	3	4	49	26	4	14	90	49
Côte d'Ivoire 181-301	6	23	11	13	6	7	28	33	-	13	72	47
Guinée Conakry 379-734	5	16	8	3	3	1	37	22	5	8	63	35
Mali 101-455	-	2	40	62	-	4	109	9	-	15	198	53
Mauritanie 64-511	-	-	63	43	-	4	47	10	-	25	63	39
Nigeria 66-147	-	20	-	54	-	7	15	82	-	-	15	75
Sénégal 54-122	-	-	19	57	-	-	93	49	-	16	185	98
Sierra Leone 21-50	95	60	-	40	-	-	1 cas	-	-	-	3 cas	40
Togo 25-54	-	19	1 cas	19	1 cas	-	3 cas	56	-	-	5 cas	111
Asie centrale 30-133	*	*	33	8	-	8	-	-	-	8	133	15
Afghanistan 5-101	*	*	-	0	-	-	-	-	-	10	-	10
Mongolie 17-23	*	*	1 cas	1 cas	-	1 cas	-	1 cas	-	1 cas	1 cas	-
Asie de l'Est 39-59	-	17	-	-	51	-	26	51	-	-	51	34
Birmanie 8-43	-	23	-	-	-	-	-	47	-	-	-	23
Asie du Sud 535-4 387	2	28	17	14	6	1	77	57	6	3	58	32
Bangladesh 100-2 107	10	40	-	13	10	2	20	64	10	1	20	31
Inde 4-103	-	10	-	10	-	10	-	49	-	19	1 cas	87
Pakistan 12-230	-	-	-	35	-	-	-	109	-	13	-	43
Sri Lanka 417-1 938	-	20	22	12	5	1	91	43	5	3	67	29
Caraïbes 97-80	-	-	31	13	10	13	41	125	-	-	134	88
Haïti 96-76	-	-	31	13	10	13	42	118	-	-	135	79
Europe de l'Est 278-779	*	*	14	5	14	8	32	10	11	6	97	30
Arménie 39-43	*	*	26	-	-	23	26	-	26	23	128	47
Géorgie 24-46	*	*	2 cas	-	-	-	-	22	-	-	-	43
Russie/Tchétchén. 107-234	*	*	9	4	19	4	37	13	-	4	103	34
Turquie 64-387	*	*	-	8	16	5	16	8	-	8	47	10
Europe de l'Ouest 20-33	-	30	1 cas	30	-	-	-	-	-	-	2 cas	61
Moyen-Orient 23-100	-	-	-	-	-	-	-	10	-	10	-	50
Egypte 3-38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53

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

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

Taux pour 1000 personnes, parmi 13 684 patients accueillis en médecine au Centre de santé, 2007-2013

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

Région & Pays <i>effectifs Femmes - Hommes</i>)	PSY. TRA.		SCHIS. H		TUBERC.		INF. VHB		INF. VHC		INF. VIH	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Taux global 3 780-9 904	237	121	2	6	5	5	40	90	25	17	27	6
Taux global France	7	7	**	**	0,09	0,09	7	7	8	8	2	2
Taux global Monde	nc	nc	**	**	2,3	2,3	52	52	22	22	7	7
Afrique australe 56-29	143	1 cas	-	-	18	-	-	1 cas	-	3 cas	-	1 cas
Madagascar 27-13	6 cas	-	-	-	-	-	-	-	-	1 cas	-	-
Afrique centrale 1 564-1 375	231	215	1	-	8	14	38	108	42	33	33	15
Angola/Cabinda 88-112	125	196	-	-	11	27	68	143	102	80	34	45
Cameroun 137-113	95	177	-	-	7	9	58	177	95	44	51	18
Congo 210-224	276	192	-	-	5	9	14	112	19	-	33	18
Congo RD 1 070-866	250	232	1	-	8	14	37	94	33	36	27	10
Rwanda 25-22	7 cas	8 cas	1 cas	-	1 cas	-	1 cas	1 cas	2 cas	-	2 cas	-
Afrique de l'Est 78-203	295	103	-	-	-	-	26	59	13	-	38	-
Erythrée 18-37	2 cas	108	-	-	-	-	1 cas	-	-	-	-	-
Soudan 11-120	3 cas	75	-	-	-	-	1 cas	83	1 cas	-	-	-
Afrique du Nord 109-236	101	93	**	**	-	-	9	25	18	21	-	4
Algérie 87-146	103	110	**	**	-	-	-	14	11	14	-	7
Maroc 16-40	2 cas	50	**	**	-	-	-	25	-	-	-	-
Tunisie 6-48	-	63	**	**	-	-	1 cas	63	-	63	-	-
Afrique de l'Ouest 935-2 469	289	155	5	63	2	6	74	179	11	7	50	10
Côte d'Ivoire 181-301	282	146	-	2	-	7	39	159	28	20	99	27
Guinée Conakry 379-734	388	322	1	4	3	5	77	158	11	3	42	10
Mali 101-455	109	31	3	27	-	2	139	224	-	-	20	4
Mauritanie 64-511	266	70	-	25	-	2	94	196	-	8	31	8
Nigeria 66-147	273	163	-	-	-	20	15	102	-	-	30	7
Sénégal 54-122	167	8	-	4	-	16	74	189	-	8	-	8
Sierra Leone 21-50	8 cas	140	-	-	-	-	2 cas	220	1 cas	20	1 cas	-
Togo 25-54	7 cas	167	-	-	-	-	2 cas	93	-	19	-	19
Asie centrale 30-133	133	105	**	**	-	8	167	75	167	38	-	-
Afghanistan 5-101	3 cas	129	**	**	-	-	-	10	-	20	-	-
Mongolie 17-23	-	-	**	**	-	-	5 cas	9 cas	5 cas	3 cas	5 cas	3 cas
Asie de l'Est 39-59	154	119	**	**	-	-	77	136	51	-	-	-
Birmanie 8-43	4 cas	163	-	-	-	-	-	116	-	-	-	-
Asie du Sud 535-4 387	187	65	**	**	-	3	2	27	-	8	-	<1
Bangladesh 100-2 107	170	51	**	**	-	3	10	44	-	-	-	<1
Inde 4-103	1 cas	29	**	**	-	39	-	29	-	-	-	10
Pakistan 12-230	1 cas	96	**	**	-	4	-	61	-	148	-	-
Sri Lanka 417-1 938	197	78	**	**	-	2	-	4	-	1	-	-
Caraïbes 97-80	155	125	-	-	21	-	62	75	-	-	-	13
Haïti 96-76	156	132	-	-	21	-	63	79	-	-	-	13
Europe de l'Est 278-779	327	196	**	**	-	3	7	55	32	47	4	5
Arménie 39-43	282	116	**	**	-	-	-	-	26	23	-	-
Géorgie 24-46	11 cas	391	**	**	-	22	-	43	-	326	-	-
Russie/Tchétchén. 107-234	355	205	**	**	-	-	19	38	28	68	9	9
Turquie 64-387	391	189	**	**	-	3	-	65	-	3	-	-
Europe de l'Ouest 20-33	2 cas	30	**	**	-	-	-	61	-	121	-	-
Moyen-Orient 23-100	5 cas	90	-	-	-	-	-	20	-	90	-	10
Egypte 3-38	1 cas	26	-	-	-	-	-	53	-	237	-	-

Psycho-traumatisme sévère, ** Shistosomose à haematobium (bilharziose urinaire en Afrique et au Moyen-Orient), Tuberculose, Infection chronique à VHB, Infection chronique à VHC, Infection à VIH/sida

Taux de prévalence par classe d'âge

Taux pour 1000 personnes, parmi 13 684 patients accueillis en médecine au Centre de santé, 2007-2013

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

Affection (effectif)	n	<15 ans	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	≥65 ans	total
Psycho-trauma	2 097	41	128	216	181	156	148	131	127	98	125	29	14	153
Infection à VHB	952	34	65	94	86	76	67	56	41	29	32	23	18	70
Mal. cardio-vas	895	7	2	9	15	28	57	108	159	186	363	416	465	65
Diabète	636	-	4	5	13	29	57	84	112	124	164	231	175	46
Infection VHC	258	-	9	7	13	14	17	28	36	37	43	87	92	19
Asthme persist.	228	11	5	13	16	16	17	20	25	27	11	23	37	17
Infection à VIH	159	-	11	10	10	12	14	15	13	10	11	12	9	12
Handicap	102	19	2	5	7	8	9	12	4	4	4	6	5	7
Cancer	75	-	-	1	2	3	3	8	15	24	18	52	14	5
Bilharziose Uri.	70	-	23	6	7	5	3	2	3	-	-	-	-	5
Tuberculose	70	7	5	3	6	5	6	6	4	8	7	-	-	5

Sous-estimation d'autre part, entre 10% et 20% des patients sur la période n'ayant pas bénéficié d'un bilan de santé, en particulier lorsque les conditions sociales et de communication n'étaient pas réunies (absence d'interprète). En dépit de ces biais de représentativité, l'analyse comparative des données suivantes est instructive pour les actions de dépistage et plus largement de prévention à mettre en oeuvre.

Parmi les maladies graves ainsi dépistées et diagnostiquées par les médecins et psychologues, les psycho-traumatismes représentent près d'un tiers des cas (31% entre 2007 et 2013) et les maladies infectieuses plus d'un quart (27%), les autres maladies chroniques, handicaps et risques médicaux graves représentant 42% des situations. Les principaux motifs de suivi sont caractérisés dans la suite de ce chapitre par nombre décroissant de malades, les données de prévalence ayant été calculées sur les 13 684 patients accueillis en médecine au cours des 7 dernières années.

■ **Psychotraumatismes** : 2 097 patients, 4% des diagnostics étaient connus au pays. Taux global de 153 pour 1000 (femmes 237, hommes 121). Plus fréquent parmi les exilés

d'Europe de l'Est (ensemble 231, femmes 327, hommes 196), d'Afrique centrale (ensemble 224, femmes 231, hommes 215), et d'Afrique de l'Ouest (ensemble 192, femmes 289, hommes 155). Taux plus élevés entre 20 et 35 ans (max. 216 entre 20 et 25 ans).

■ **Infection à VHB** : 952 patients, 8% des diagnostics connus au pays. Taux global de 70 pour 1000 (femmes 40, hommes 90). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (ensemble 150, femmes 74, hommes 179), d'Asie centrale (ensemble 92, femmes 167), et d'Afrique centrale (ensemble 71, hommes 108). Taux plus élevés entre 20 et 35 ans (max. 94 entre 20 et 25 ans).

■ **Maladies cardio-vasculaires** : 895 patients, 47% des diagnostics connus au pays. Taux global de 65 pour 1000 (femmes 110, hommes 48). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (ensemble 127, femmes 143, hommes 110), des Caraïbes (ensemble 895, femmes 134, hommes 88), et d'Afrique du Nord (ensemble 99, femmes 202, hommes 51). Augmentation progressive des taux avec l'âge (max. 465 pour les ≥ 65 ans).

■ **Diabète** : 636 patients, 51% des diagnostics connus au pays. Taux global de 46 pour 1000

(femmes 52, hommes 44). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (ensemble 119, femmes 183, hommes 89), des Caraïbes (ensemble 79, hommes 125), et d'Asie du Sud (ensemble 59, femmes 77, hommes 57). Fréquence progressive avec l'âge (max. 231 entre 60 et 65 ans).

- **Infection à VHC** : 258 patients, 13% des diagnostics connus au pays. Taux global de 19 pour 1000 (femmes 25, hommes 17). Plus fréquent parmi les exilés d'Asie centrale (ensemble 61, femmes 167, hommes 38), d'Europe de l'Est (ensemble 44, femmes 32, hommes 47), et d'Afrique centrale (ensemble 38, femmes 42, hommes 33). Fréquence progressive avec l'âge (max. 92 pour les ≥ 65 ans).

- **Asthme persistant** : 228 patients, 71% des diagnostics connus au pays. Taux global de 17 pour 1000 (femmes 14, hommes 18). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (ensemble 29, hommes 38), d'Afrique de l'Ouest (ensemble 27, femmes 16, hommes 31), et des Caraïbes (ensemble 23, femmes 31). Fréquence progressive avec l'âge (max. 37 pour les ≥ 65 ans).

- **Infection à VIH-sida** : 159 patients, 18% des diagnostics connus au pays. Taux global de 12 pour 1000 (femmes 27, hommes 6). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (ensemble 24, femmes 33, hommes 15), et d'Afrique de l'Ouest (ensemble 21, femmes 50, hommes 10). Taux plus élevés entre 35 et 50 ans (max. 15 pour les 40-45 ans).

- **Handicap** : 102 patients, 62% des diagnostics connus au pays. Taux global de 7 pour 1000 (femmes 6, hommes 8). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (ensemble 32, femmes 18, hommes 38), et d'Afrique de l'Ouest (ensemble 11, hommes 14). Taux plus élevés avant 15 ans (19) et entre 30 et 45 ans (max. 12 pour les 40-45 ans).

- **Cancer** : 75 patients, 62% des diagnostics connus au pays. Taux global de 5 pour 1000 (femmes 11, hommes 3). Plus fréquent parmi

les exilés d'Afrique du Nord (ensemble 38, femmes 73, hommes 21), des Caraïbes (ensemble 11, hommes 13), et d'Europe de l'Est (ensemble 9, femmes 14, hommes 8). Taux plus élevés après 40 ans (max. 52 entre 60 et 65 ans).

- **Tuberculose** : 70 patients, 3% des diagnostics connus au pays. Taux global de 5 pour 1000 (femmes 5, hommes 5). Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (ensemble 11, femmes 8, hommes 14), et des Caraïbes (ensemble 11, femmes 21). Peu de variations des taux selon l'âge.

- **Principales parasitoses** : on observe une prévalence non négligeable des schistosomoses (bilharziose), notamment infection à *Schistosoma haematobium* (atteinte de l'appareil urinaire) parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (ensemble 20, femmes 5, hommes 63), ainsi que de l'anguillulose intestinale (risque de forme maligne en cas d'immunodépression) notamment chez les exilés d'Afrique centrale (femmes 8, hommes 38), et d'Asie du Sud (hommes 28). Les schistosomoses urinaires sont plus fréquentes entre 15 et 30 ans (max. 23 entre 15 et 20 ans).

ÉPIDÉMIOLOGIE PAR GROUPE VULNÉRABLE ET PAR DISPOSITIF DE SOUTIEN

Les **femmes exilées** (voir taux de prévalence pages 51 et suiv.) sont plus souvent atteintes que les hommes de cancer, infection à VIH (4 fois plus), psychotraumatismes graves et maladies cardiovasculaires (2 fois plus). Par taux de prévalence décroissant, elles sont principalement atteintes de psychotraumatisme (taux global 237 pour 1000, plus élevé parmi les femmes originaires d'Europe de l'Est et d'Afrique de l'Ouest), de maladies cardiovasculaires (112, plus élevé pour l'Afrique du Nord et l'Afrique centrale), de diabète (52, plus élevé pour l'Afrique du Nord et le Sri Lanka), d'infection chronique par le VHB (40, plus élevé pour l'Asie de l'Est, l'Afrique de l'Ouest et Haïti), d'infection par le VIH (27, plus élevé pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique

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

Taux pour 1000 personnes, parmi 390 patients ≥60 ans accueillis en médecine au Centre de santé, 2007-2013

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

taux global		AST	CAN	DIA	HAN	IRC	MCV	PSY	VHB	VHC	VIH
		31	31	200	5	21	444	21	21	90	10
Afrique centrale	156	38	45	135	6	26	545	19	32	199	6
Congo RD	91	22	55	143	-	44	516	33	44	220	11
Afrique du Nord	38	-	53	184	26	26	421	-	-	-	-
Algérie	36	-	56	194	28	28	444	-	-	-	-
Afrique de l'Ouest	44	-	-	250	-	23	455	23	45	45	45
Asie du Sud	84	60	12	333	-	24	274	12	12	-	-
Sri Lanka	73	68	14	329	-	14	260	14	-	-	-
Europe de l'Est	30	-	33	133	-	-	367	33	-	33	-

AST Asthme persistant, CAN Cancer, DIA Diabète, HAN Handicap, IRC Insuffisance rénale chronique, MCV Maladies cardio-vasculaires dont hypertension artérielle, PSY Psycho-traumatisme sévère

centrale), et d'infection chronique par le VHC (25, plus élevé pour l'Asie de l'Est et l'Afrique centrale).

Les **demandeurs d'asile** soignés au Centre de santé pour une affection grave sont plus souvent atteints de troubles psychiques (45%, vs 36% pour l'ensemble des malades, voir tableau page 56). Parmi ceux qui demandent un soutien dans le cadre des permanences téléphoniques, on observe une sur-représentation de l'infection chronique par le VHC (7% vs 1% au CDS), des handicaps (6% vs 1%), des cancers (3% vs <1%) et de l'infection à VIH (4% vs 3%).

Les **migrants âgés ≥ 60 ans** (voir tableau ci-dessus) sont principalement atteints de maladies cardio-vasculaires (taux global 444 pour 1000, plus élevé parmi les exilés d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest), de diabète (200, plus élevé pour l'Asie du Sud et l'Afrique de l'Ouest), d'infection chronique par le VHC (90, plus élevé pour l'Afrique centrale), de cancer (31, plus élevé pour l'Afrique du Nord et l'Afrique centrale) et d'asthme (31). L'insuffisance rénale chronique (taux global 21 pour 1000) est plus fréquente parmi les personnes âgées originaires d'Afrique et d'Asie du Sud.

Les **enfants mineurs <18 ans** (voir tableau ci-dessous) sont principalement atteints de psychotraumatismes (taux global 59 pour 1000,

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

Taux pour 1000 personnes, parmi 523 patients <18 ans accueillis en médecine au Centre de santé, 2007-2013

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

taux global		AST	DRE	HAN	PSY	S.H.	S.M.	TUB	VHB	VHC	VIH
		8	10	11	59	25	11	8	59	6	6
Afrique centrale	135	-	22	7	74	-	7	22	37	-	7
Congo RD	95	-	11	-	53	-	-	21	-	-	-
Afrique du Nord	30	-	-	67	33	-	-	-	33	-	-
Afrique de l'Ouest	180	6	11	11	44	72	22	6	122	-	11
Guinée	58	17	17	-	69	-	17	-	86	-	-
Mali	71	-	-	-	-	155	14	-	169	-	-
Asie du Sud	83	12	-	-	24	-	-	-	-	12	-
Bangladesh	36	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Est	35	-	-	-	171	-	-	-	29	-	-

AST Asthme persistant, DRE Drépanocytose homozygote, HAN Handicap, PSY Psycho-traumatisme sévère, S.H. Schistosomose à haematobium (bilharziose urinaire), S.M. Schistosomose à mansoni (bilharziose intestinale)

plus élevé parmi les exilés d'Europe de l'Est, d'Afrique centrale et de Guinée), et d'infection chronique par le VHB (59, plus élevé pour l'Afrique de l'Ouest). Les schistosomoses sont fréquentes parmi les jeunes originaires d'Afrique de l'Ouest (bilharziose urinaire 72, bilharziose intestinale 22).

Enfin, si l'on considère l'origine géographique, les exilés originaires d'**Afrique** cumulent les risques de maladie grave (voir tableaux pages 51 et suiv.). Parmi ceux d'Afrique centrale, les psycho-traumatismes graves (224 pour mille), les maladies cardiovasculaires (127), l'infection à VHB (71), l'infection à VHC (38) et l'infection à VIH (24) sont particulièrement fréquents. Parmi ceux d'Afrique de l'Ouest, c'est le cas des psychotraumatismes (192), de l'infection à VHB (150), et de l'infection à VIH (21). Parmi ceux d'Afrique du Nord, c'est le cas du diabète (119), des maladies cardiovasculaires (99) et des cancers (38). 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 (231) et de l'infection par le VHC (44) ; pour les Caraïbes des maladies cardiovasculaires (113) et du diabète (79) ; et enfin pour l'Asie du Sud du diabète (59).

Contrairement aux données d'observation du Centre de santé, celles des autres dispositifs d'observation du Comede ne permettent pas d'évaluer des taux de prévalence. Dans les permanences téléphoniques (voir Centre-ressources page 85), 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 contre l'éloignement des étrangers malades. Et comme à l'Espace santé droit (voir page 111), 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 2726 étrangers atteints d'une maladie grave soutenus par le Comede en 2013 (voir tableau page 56), 52% étaient atteints d'une maladie chronique (64% dans les PT et à l'ESD), 25% de troubles psychiques (36% au CDS) et 23% d'une maladie infectieuse (27% à l'ESD). Certaines maladies sont sur-représentées parmi les personnes soutenues par les permanences téléphoniques. Il s'agit en premier lieu du cancer (1% « seulement » parmi les patients du Centre de santé, mais 16% dans les PT et 6% à l'ESD), en rapport avec les restrictions d'accès aux soins observées à l'égard de ces malades en 2013 (voir chapitres suivants). On observe également la sur-représentation dans les PT et à l'ESD des personnes handicapées (6% et 7%, vs 1% CDS) ou vivant avec le VIH (7% et 8% vs 3%), et la sous-représentation des personnes atteintes de troubles psychiques (16% et 9% vs 36%) et d'hépatite B chronique (6% et 10% vs 13%).

Répartition des pathologies graves

AU SEIN DES DIFFERENTS DISPOSITIFS DU COMEDE EN 2013

	n	CDS	PT	ESD
nb. malades	2726	1302	1139	285
Maladies chr.	1430	40%	64%	64%
Asthme	58	3%	1%	1%
Cancer	203	1%	16%	6%
Diabète	232	9%	7%	12%
Handicap	110	1%	6%	7%
Insuf. rénale	46	1%	2%	4%
M. Cardio-va.	345	15%	9%	17%
Malad Inf. P.	617	24%	20%	27%
Inf. à VHB	260	13%	6%	10%
Inf. à VHC	111	4%	5%	4%
Inf. à VIH	144	3%	7%	8%
Tuberculose	29	1%	1%	3%
Troubles psy.	679	36%	16%	9%
Total	2726	100%	100%	100%

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 oeuvre 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 de trois types : des difficultés d'accès aux droits (protection maladie), des restrictions ou refus de soins par l'hôpital pour les personnes démunies et sans protection maladie, et des difficultés de communication linguistique. La complexité des solutions à apporter tient à la complexité du système lui-même (voir Guide Comede, Conditions de l'accès aux soins), complexité du système de protection maladie d'une part, et dysfonctionnements de l'hôpital pour fournir « gratuitement » des soins pendant les périodes d'absence ou de rupture de droits d'autre part.

Les situations légales d'absence de droit se sont accrues avec le durcissement des conditions d'accès à l'Aide médicale d'Etat. Exclues par le législateur de la sécurité sociale en 1993, de la Couverture maladie « universelle » en 1999 et enfin de l'Aide médicale Etat (AME) pendant les trois premiers mois de résidence en 2003, les personnes sans droit au séjour peuvent se trouver exclues des soins médicaux nécessaires à prévenir l'aggravation des maladies, au risque d'une hospitalisation tardive et en urgence. Il en est de même pour les travailleurs étrangers, ayant un emploi bien que n'ayant pas de titre de séjour. Exclus de l'Assurance maladie malgré le versement de cotisations, ils sont exclus de l'Aide médicale Etat en raison de ressources supérieures au plafond. En mai 2014, les réformes restrictives de l'AME de 2003 (instauration du délai d'ancienneté de présence de 3 mois) et de décembre 2010 (restriction du panier de soins) sont toujours en vigueur.

Au delà des sans-papiers directement visés par ces réformes, les étrangers démunis en séjour régulier ont vu leurs conditions d'accès à la protection maladie 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 (voir infra). Pour les personnes démunies et dépourvues de protection maladie, le recours aux soins

En 2013, le Comede a consacré **2 725 consultations** à des difficultés d'accès aux soins et à la protection maladie (1 440 au Centre de santé, 1 090 dans les Permanences téléphoniques et 195 à l'Espace santé droit).

« gratuits » est à la fois difficile et inadapté aux enjeux de la continuité des soins. En effet, si la délivrance « gratuite » des soins 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 démunies sur le plan financier, la répétition des soins ou la nécessité de soins spécialisés débordent les possibilités de ces dispositifs : hospitalisations non urgentes, thérapeutiques coûteuses, bilans réguliers et traitements quotidiens pour les maladies chroniques. Cette situation est d'autant plus préoccupante pour les hôpitaux qu'elle se produit en dépit de leurs missions théoriques de Permanences d'accès aux soins de santé (voir infra page 67) fixées par le législateur en 1998. 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.

Par ailleurs, les difficultés linguistiques, la vulnérabilité multiple des exilés (voir page 45) et l'enjeu important sur la levée des obstacles à l'accès aux droits appelle un renforcement des moyens des dispositifs de prévention et de soins en vue de développer l'interprétariat professionnel et le soutien psychothérapeutique et juridique. De plus, l'interdiction légale faite aux Sans-papiers de bénéficier de l'aide juridictionnelle pour se défendre en cas de refus d'AME doit être abrogée.

Interventions et obstacles à l'accès aux soins pour les bénéficiaires du Comede en 2013

	CDS	ESD	PT
Total	16%	29%	27%
<i>Consultations et appels</i>	9009	674	4036

Par service

Socio-juridique	37%	36%	29%
Infirmier	25%		
Education thérap.	14%		
Médecine	12%		

Par public vulnérable

Demandeurs d'asile	18%	-	21%
Femmes	13%	34%	32%
Migrants ≥60 ans	23%	48%	49%
Mineurs <18 ans	15%	1/1	55%

CDS Centre de santé, ESD Espace santé droit, PT Permanences téléphoniques

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-Essonnes	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)

Obstacles à l'accès aux soins recensés dans les permanences téléphoniques en 2013

	PT NAT	PT ESD	PT CDS
Total appels traités	1 880	1 716	440
Total obstacles	256	47	160
% obstacles	14%	3%	37%
<i>Part protect. maladie</i>	73%	66%	85%
<i>Part Langue</i>	11%	2%	1%
<i>Part refus de soins</i>	5%	4%	2%

DONNEES QUANTITATIVES EN 2013

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 ci-contre). 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 ci-contre). 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 demandeurs d'asile (68%), femmes (71%), migrants âgés ≥ 60 ans (75%) et enfants mineurs (80%) sont restés plus souvent dépourvus de protection complémentaire que les autres (total de 67%).

En 2013, plus des trois quarts des obstacles recensés dans le cadre des permanences téléphoniques étaient des difficultés d'accès à la protection maladie (voir tableau ci-contre). 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 109). Un échantillon tiré au sort de 285 consultations mentionnant un « obstacle » a été constitué à partir des 703 obstacles signalés. 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 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).

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.

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

Récemment arrivés en France ou en situation de rupture de droits, les exilés sont des « entrants dans le système » de protection maladie, que ce soit en première demande ou pour le renouvellement annuel. 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 se répartissent en quatre groupes :

- difficultés structurelles liées au maintien du double-système Assurance maladie / AME ;
- difficultés liées au manque de transparence réglementaire des caisses et à l'impossibilité d'accès à la réglementation interne ;
- difficultés liées à une organisation interne des caisses inadaptée aux problématiques d'accès aux droits des personnes précaires (accueil du public, aide à la constitution des dossiers et traçabilité des demandes) ;
- difficultés liées à des erreurs de droits dans l'application de la réglementation.

Le maintien du double-système Assurance maladie / AME est source de complexités juridiques et pratiques dont découle l'essentiel des difficultés. En effet, le tri entre les étrangers en règle relevant de l'Assurance maladie et ceux en séjour irrégulier relevant de l'AME entraîne des pratiques administratives qui conduisent à des décisions erronées (retard dans le traitement des demandes, refus de droit pur et simple, octroi d'AME pour des étrangers en règle...) et produit du non-recours par découragement. Les étrangers sont pris dans un effet ciseau très défavorable. Du côté des préfectures, on note une précarisation du séjour qui se manifeste sous deux formes. D'une part, la multiplication des titres de séjour précaires (refus de récépissés de première demande remplacés par de simples attestations, multiplication des Autorisations provisoires de séjour en lieu et place des Cartes de séjour, maintien sous carte de séjour temporaire sans passage en carte de résident). Ensuite, les alternances rapides de périodes de séjour régulier et irrégulier pour une même personne,

comme c'est le cas pour les demandeurs d'asile. Du côté des Caisses de sécurité sociale, on note deux phénomènes. D'une part, une complexité indescriptible de la réglementation (voir Guide Comede 2013) qui impose notamment trois définitions différentes de la régularité du séjour (selon le type d'affiliation), des règles de maintien des droits inéquitables (selon le type d'affiliation) et des exceptions légales renvoyant vers l'AME des personnes pourtant en règle (mineurs, demandeurs d'asile en procédure Dublin). D'autre part, une augmentation significative des exigences de preuve (état civil, résidence, ressources) dans le cadre des programmes de lutte contre la fraude (renforcés depuis 2007).

Globalement, la complexité du concept de régularité du séjour des étrangers est génératrice de « refus de droit », les caisses ne sachant ni analyser le statut des personnes, ni déterminer la protection maladie correspondante. Ce point est particulièrement sensible pour les étrangers non-astreints à la détention d'un titre de séjour (ressortissants de l'Union européenne et mineurs). La Direction de la Sécurité sociale (ministères Santé, Finances et Intérieur) entretient elle-même les ambiguïtés quand elle indique à tort par voie de circulaire « *S'agissant des mineurs étrangers originaires d'Etats tiers, ils ne sont pas tenus de disposer d'un titre de séjour durant leur séjour en France et leur situation au regard du séjour ne peut donc véritablement être évaluée* ».

Ce phénomène se traduit par des ouvertures de droits retardées de plusieurs mois et parfois rendues impossibles. A titre d'illustration, un demandeur d'asile (DA) peut se trouver dans huit situations différentes : 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 avant arrêté de réadmission ; DA en procédure Dublin après arrêté de réadmission.

Le manque de transparence réglementaire des caisses et l'impossibilité d'accès à la réglementation interne perdurent au fil des années. L'accès des citoyens à la *Lettre au Réseau* de la CNAMTS et aux publications internes des CPAM/CGSS n'est généralement pas possible en méconnaissance de la loi du 12 avril 2000 sur le droit d'accès des citoyens à la réglementation opposable. De même, le ministère de la Santé (Direction de la sécurité sociale) a mis un an et demi pour rendre public le *Guide de l'immatriculation* malgré la demande formelle et l'avis favorable de la Commission d'accès aux documents administratifs.

L'organisation interne de certaines caisses est inadaptée aux problématiques d'accès aux droits des personnes précaires. On note :

- une tendance lourde vers la diminution des lieux dédiés à l'accueil du public (précaire), un désengagement dans l'aide au remplissage des dossiers et l'accompagnement des demandes. Les tentatives des caisses pour externaliser vers les partenaires du médico-social la constitution des dossiers sont significatives ;
- une segmentation du traitement interne des dossiers et l'impossibilité d'avoir un correspondant ayant une vision globale d'une demande (séparation entre Front-office et Back-Office) ou en capacité d'assurer la traçabilité d'un dossier avec une vision globale décloisonnée (absence d'agent en charge d'un dossier du début à la fin / segmentation des services : Immatriculation, puis couverture de base puis complémentaire) ;
- l'absence d'organigramme dans la plupart des caisses rencontrées ;
- des plateformes téléphoniques incapables de répondre aux questions techniques sur le droit des étrangers ;
- des pertes de dossiers ou le traitement simultané du même dossier par deux agents différents ;
- des 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, 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, mais cette situation les place pourtant en première ligne face à l'exclusion des soins pour les étrangers en situation précaire.

Les principales erreurs de droits relevées par le Comede dans l'application de la réglementation sont les suivantes :

- Un durcissement des règles d'immatriculation des assurés (2012-2014) est apparu suite à la mise à jour du « Guide de la procédure d'identification » (Insee, Cnav, Dss) diffusé par la Lettre ministérielle DSS/DNLF du 17/01/2012. Ce phénomène 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 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 des 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

Observation des pratiques des Caisses de sécurité sociale au niveau national

▪ **Les Européens sans emploi privés d'AME par une procédure nationale ubuesque** : à l'été 2013, le Ministère de la Santé et la Cnamts ont organisé une procédure de contrôle de la « régularité du séjour » des Européens pour déterminer leur droit, soit à l'assurance maladie, soit à l'AME. En pratique, toute demande d'AME d'un résident sans emploi et démuné se traduit donc par une demande préalable d'Assurance maladie au titre de la CMU de base dont l'examen est centralisé sur une Cnam spécialisée (celle du Gard en 2013-2014). En pratique, les potentiels bénéficiaires de l'AME se sont vu retourner leur dossier (après parfois des mois d'attente), puis ont dû remplir les 3 formulaires CMU de base et Complémentaire-CMU pour se voir finalement retourner un refus (logique du fait du séjour irrégulier) avec invitation à re-déposer une demande d'AME... Cette procédure, toujours en cours en mai 2014,

fait l'objet de pratiques particulières dans chaque département, certaines Cnam ayant fait le choix de ne pas l'appliquer ou de l'aménager.

▪ **Assurance maladie : des attestations-papier valables 6 ou 3 mois alors que les droits sont pourtant ouverts pour 12 mois.** Cette validité restreinte induit une confusion avec la validité des droits ouverts et conduit à des refus de soins chez certains professionnels de santé (« vous n'avez plus de droits »). Lorsque le bénéficiaire demande l'attestation suivante, la Caisse réclame à nouveau - à tort - des justificatifs pour vérifier si la personne répond toujours à l'exigence de la régularité de séjour alors que l'ouverture de droits est d'un an incompressible.

Observation des pratiques des Caisses de sécurité sociale en ILE-DE-FRANCE

▪ **CPAM 75-Paris** : la CPAM de Paris poursuit des 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, elle persiste dans son refus de communiquer les textes réglementaires applicables, il a fallu un an et demi et un avis favorable de la Commission d'accès aux documents administratifs (01/12/2011), pour que la Caisse fournisse en 2013 sa dernière note AME.

Les conditions d'accueil ne se sont améliorées qu'en apparence, la disparition des files d'attente aux deux uniques guichets AME correspondant à 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 boîte email créée en 2012, permettant, aux assistants sociaux hospitaliers et à certaines associations d'échanger avec un conseiller technique pour solutionner les situations de blocage permet de « pister » un dossier assez rapidement (le délai de réponse dans la journée/ 48h est généralement tenu). Cette initiative n'a cependant que très

partiellement compensé le désengagement de la Caisse de ses missions de lutte contre l'exclusion. Sur un plan technique, la Caisse refuse de considérer des ordonnances médicales comme preuve de présence en France (idem en cas de procès-verbal pourtant rédigé par un policier ou un agent des entreprises de transport) ; elle ajoute - sans base légale - un contrôle des dépenses au contrôle des ressources et prononce des rejets expéditifs des demandes au motif d'une « discordance entre ressources et dépenses ». La Caisse continue d'exiger des justificatifs de domicile là où la réglementation n'en réclame pas, et de confondre les notions d'ancienneté de présence en France et de résidence habituelle ; sont également exigés de manière abusive un RIB, le passeport (notamment pour les demandeurs d'asile) et l'extrait d'acte de naissance. Ces demandes imposent des allers-retours de dossiers et des délais d'instruction longs. Le rattachement des mineurs sur l'Assurance maladie d'un adulte témoigne également d'une application très restrictive du droit. Sans base légale, la Caisse maintient 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** : la Caisse est injoignable : il n'y a pas d'identification d'interlocuteur au sein de la Caisse avec refus de renseigner les professionnels du médico-social. La plate-forme 3646 reste dans l'incapacité de traiter les demandes de renseignements techniques et d'assurer la traçabilité d'une demande.

Observation des pratiques des Caisses de sécurité sociale en ILE-DE-FRANCE, suite

▪ **CPAM 92-Hauts-de-Seine** : la caisse ne propose qu'un seul point d'accueil dans tout le département pour déposer une demande d'AME. Prendre un premier RV n'est possible que par téléphone, ce qui est difficile pour des personnes parlant mal français. Ce délai de RV d'environ 3 semaines se rajoute au délai de traitement de 2 mois. Le Comede a été contraint de saisir la CADA pour obtenir communication des textes réglementaires internes à la caisse sur l'immatriculation, la CMU-C et l'AME.

▪ **CPAM 93-Seine-Saint-Denis** : les services de la Caisse restent parmi les plus accessibles par téléphone en cas de difficulté dans un dossier, malgré la disparition du « groupe d'assistance CMU » (un service transversal d'assistance qui pouvait intervenir auprès des différents services pour lever des obstacles liés à la complexité de certaines situations). Comme dans les autres caisses, le cloisonnement reste cependant délétère quand l'utilisateur dispose de droits supposément importables depuis un autre pays. Ce cloisonnement a aussi pour conséquence la perte des dossiers CMUC pourtant adressés conjointement à la demande d'affiliation à l'assurance maladie.

Le service centralisé AME est joignable, réactif et efficace. Le dépôt des demandes d'AME est possible dans les 33 points d'accueil du public et 8 sites permettent la remise de la carte AME, nombre important en comparaison d'autres caisses. 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.

La crise d'octobre-novembre 2013 en AME a été significative des répercussions sur les usagers des difficultés de gestion du service public. Face à l'augmentation de la demande d'AME (+26,5%) et au manque de moyens, la CPAM a décidé de « ne pas traiter deux mois de stock de demandes » (approximativement 12 000 dossiers). Après plusieurs mois d'attente, les usagers se voyaient conseiller oralement de recommencer à zéro. Certains agents se permettaient

même d'arguer de la légalité de cette pratique dans la mesure où le silence de l'administration vaut décision implicite de rejet. Face à la mobilisation associative de l'ODSE début 2014, la direction de la Caisse a réagi favorablement pour augmenter les moyens dédiés au traitement des dossiers et assurer que l'ensemble des demandes seraient traitées. Comme dans les autres caisses, les personnes en provenance de pays ayant un dispositif de coordination avec la France (UE, Algérie, Maroc essentiellement) se voient refuser les prestations de droit français au motif de l'existence supposée de droits acquis au pays d'origine. Le cloisonnement entre le service AME notamment et le service relation internationale conduit à des situations contestables d'exclusion de droit. On note également une méconnaissance de la réglementation applicable aux ressortissants communautaires sans emploi 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 sur les crédits AME.

▪ **CPAM 94-Val-de-Marne** : il existe des grandes difficultés de traçabilité des dossiers et de mise en oeuvre des procédures d'instruction rapide (admission immédiate à la CMU-C et instruction prioritaire de l'AME). Sur le changement de situation régulier/irrégulier, il reste difficile de faire valoir le maintien de droits ; et d'obtenir l'AME partielle pour la part complémentaire uniquement.

▪ **CPAM 95-Val-d'Oise** : la caisse persiste à exiger le RIB lors du dépôt de dossier AME ou CMU-C et se signale par de nombreux retours de dossiers manifestement du fait d'un manque de coordination entre agents de front-office et de back-office. La situation des demandeurs d'asile ne semble pas maîtrisée.

Observation des pratiques de la Caisse de sécurité sociale de l'Hérault, en LANGUEDOC-ROUSSILLON

▪ **CPAM 34-Hérault** : En dépit de la réglementation applicable rappelée dans la lettre ministérielle DSS/SD2A du 28 juillet 2006 et malgré les demandes et recours adressés par plusieurs associations (Cimade, MDM, Comede, etc.) et établissements de santé, la Caisse persiste début 2014 à refuser toute couverture maladie aux étrangers titulaires d'une autorisation provisoire de séjour

pour raison médicale. Cette pratique remet en cause la continuité des soins de patients qui résident souvent en France depuis plusieurs années et qui ont besoin d'une prise en charge médicale dont le défaut est de nature à entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité.

Observation des pratiques de la Caisse générale de sécurité sociale en GUYANE

▪ **CGSS-Guyane** : depuis 2012, la Direction générale de la CGSS a cherché à améliorer la qualité du service rendu à destination 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. La Caisse a organisé deux cycles de formation (2013-2014) en droit des étrangers pour une dizaine d'agents, grâce au soutien de Guyane promo santé et de l'ARS de Guyane (voir Formations page 97).

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.

Mais c'est du côté du « Service immatriculation » que de graves irrégularités perdurent et mettent en échec l'ensemble de la chaîne d'accès aux droits. Le refus persistant de recourir à la procédure d'immatriculation provisoire conduit le service à refuser toute ouverture de droit aux personnes ne présentant pas de pièces d'état

civil jugées conformes. 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 et haïtiens.

Le rattachement des enfants pose des problèmes similaires, certains agents de la caisse continuant à exiger 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.

réforme CMU pour toute personne résidente de façon stable et régulière en France (article L161-2-1 CSS) ;

▪ l'appréciation des conditions de « régularité du séjour » est mal maîtrisée par les Caisses (renvoi vers l'AME d'étrangers « en règle » sous statut précaire ; limitation de la durée du droit à la durée du titre de séjour, renvoi vers l'AME des étrangers avec des titres de séjour de faible durée, absence de maintien de droits,...) ;

▪ dysfonctionnements généralisés dans l'application 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, mais ayant pour effet de priver de nombreux entrants en France de toute protection maladie pendant de longs mois, alors même qu'ils y ont transféré leur résidence ;

▪ des pratiques restrictives pour le rattachement des ayants droit mineurs (exigence d'un lien juridique entre mineur et assuré) ;

▪ une confusion entre « condition d'ancienneté de présence en France », « condition de résidence habituelle en France », domiciliation, se traduisant par des exigences abusives en

matière de domiciliation, de contrôle de toutes les pages du passeport pour les renouvellements ;

▪ 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, du fait de la confusion avec le contrôle de la notion de « résidence en France » ;

▪ l'exigence de relevé d'identité bancaire se traduisant par des refus 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 ainsi ipso facto l'accès aux soins de 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) ;

▪ le contrôle sans discernement (et sans base légale) des dépenses en AME (Cpam 75 et 94

notamment) conduisant à des rejets expéditifs. Refus abusifs des caisses de communiquer par la suite les pièces du dossier ;

- le sur-recours au Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV) pour des personnes éligibles à l'AME de droit commun (voire à l'Assurance maladie / Guyane) mais peinant à fournir tous les justificatifs.

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

Permanence téléphonique Santé mentale, voir page 88

Le Comede a mis en place fin 2012 une permanence téléphonique dédiée aux questions de santé mentale. Parmi 197 appels documentés début 2014, **64% des sollicitations sont dues à des difficultés d'accès aux soins de santé mentale**, 19% à des questions relatives au droit au séjour pour raison médicale, et 10% à des informations d'ordre psychopathologique. En matière d'accès aux soins, les obstacles caractérisés le plus fréquemment sont la barrière de la langue et l'absence d'interprète professionnel (58%), les refus de soins (10%), et les difficultés liées à la sectorisation (10%). 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 ou la gravité des troubles psychiques des exilés, sans évaluation clinique préalable, parfois soupçonnés d'utiliser le système de soins pour « accéder à des droits sociaux ». Les difficultés de sectorisation sont liées aux situations d'errance et de grande précarité sociale concernant l'hébergement de certains patients.

Lorsque les appelants témoignent de tels obstacles à l'accès aux soins, les répondants peuvent proposer de se mettre en contact avec la structure de soins choisie en première intention pour favoriser l'accueil du patient demandeur. En cas d'échec ou si cette démarche paraît inadéquate, les personnes sont orientées vers des consultations publiques déssectorisées ou des associations spécialisées dans la santé mentale des exilés, la prise en charge du psychotraumatisme, ou le soin pour les personnes précaires (voir Centre-ressources, permanences téléphoniques page 87).

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

L'observation effectuée à partir des sollicitations des permanences téléphoniques, du Centre de santé et de l'Espace santé droit a mis en évidence depuis 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 en analyser les motifs et modalités. En 2013-2014, les pratiques de refus de soins à l'encontre d'étrangers financièrement démunis et dépourvus de protection maladie se sont poursuivies et amplifiées. Une part importante de ces refus prennent désormais la forme d'ajournement des soins pourtant nécessaires « dans l'attente de l'ouverture des droits ».

Cette multiplication de ces refus et restrictions de soins témoigne d'une dangereuse évolution des pratiques hospitalières au regard de leur mission d'accès aux soins pour les plus démunis, fixée par la loi contre les exclusions de 1998 et les missions des dispositifs PASS (voir page 67). La délivrance des soins apparaît de plus en plus souvent conditionnée à la détention préalable d'une protection maladie. Cette évolution s'inscrit dans un contexte où la part des dotations globales dans le budget des hôpitaux n'a cessé de se réduire au profit du financement à l'acte. Soucieux de ne pas mettre leurs établissements en déficit, des directions et services financiers des hôpitaux exercent des pressions sur les équipes médicales et sociales afin de détecter les patients dont les factures pourraient se révéler irrécouvrables. L'incursion des préoccupations financières dans l'accueil social et la décision médicale constitue 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 rapport de la CNCDH page 11) contribuent à entretenir au sein du système de santé et des établissements hospitaliers une atmosphère de méfiance envers les personnes étrangères.

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

Situation 2, avril 2013

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 en 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 vue 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 déclare « 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.

Situation 5, octobre 2013

Monsieur M. est algérien et est âgé de 70 ans. Il est auprès de sa famille en France et son visa est toujours valable quand il a besoin d'une dialyse. Il s'adresse à la PASS d'un hôpital du Val-de-Marne qui le réoriente vers les urgences. L'intervention du Comede sera nécessaire pour que le service de néphrologie s'engage à prodiguer les soins.

Situation 4, janvier 2014

Monsieur I. est sri-lankais et souffre d'une maladie chronique qui nécessite un traitement médicamenteux suivi. Il a fréquenté la PASS d'un hôpital de Seine-Saint-Denis après son arrivée en France en octobre 2013. Trois mois plus tard, avec l'aide de l'assistante sociale de l'hôpital, une demande d'AME est déposée à la caisse qui tarde à répondre. L'accès à la PASS est refusé à M.I en l'absence de réponse de la caisse et il se retrouve rapidement sans médicament.

En dépit de la situation de précarité financière dans laquelle se trouvent certaines personnes, l'exigence du paiement préalable des soins apparaît comme une pratique de plus en plus courante. Les conséquences pour la santé peuvent s'avérer dramatiques. Ainsi, dans le cas de l'accès à l'Interruption volontaire de grossesse (IVG), on peut légitimement craindre que ces refus conduisent des femmes à se tourner vers des pratiques d'avortements clandestins.

Situation 8, janvier 2014

Madame F. est algérienne, conjointe de ressortissant français venu en France pour s'installer avec un visa long séjour. Elle demande une IVG dans un hôpital public de Marseille. Elle n'a aucun moyen financier. La démonstration de sa protection maladie est délicate car son visa est en cours de validité. La direction financière exige le paiement préalable de l'opération, soit 586 euros. Madame F. ne peut avancer une telle somme. C'est finalement une association qui accepte de prendre en charge les frais alors que les délais légaux étaient en passe d'être dépassés.

Situation 9, février 2014

Une situation similaire a été documentée quelques semaines plus tard dans le même hôpital pour une femme hongroise. Bien que communautaire, sa protection maladie ne semblait pas possible à démontrer pour l'hôpital et la direction financière a également exigé l'avance des frais. La personne n'est pas revenue à l'hôpital et aucun suivi n'a pu être effectué.

Certains refus de soins sont assortis d'une analyse erronée des conditions d'accès à la protection maladie, les services hospitaliers ayant tendance à considérer les pratiques restrictives des Caisses de sécurité sociale (voir page 62) comme « le droit », et à considérer des étrangers en séjour précaire et démunis financièrement comme « insolubles ». Une part

importante des situations concerne des personnes en situation irrégulière en France depuis moins de trois mois. Exclues de l'AME depuis la réforme de 2003 (voir page 59), elles ne relèvent d'aucune protection maladie en France. Cependant, dans certaines situations médicales, 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.

Situation 1, avril 2013

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 des médicaments qui s'élève à 1000 euros par mois. En avril 2013, 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.

Les dispositifs PASS ne jouent pas toujours leur rôle de passerelle vers le soin et la protection maladie. Au contraire, il arrive que ces dispositifs soient utilisés pour repérer les situations complexes et les écarter de l'hôpital pour parer tout risque d'impayé. Le manque d'engagement des institutions de santé régionales ou nationales pour rappeler aux hôpitaux leur mission d'accueil inconditionnel n'apporte pas aux praticiens les appuis nécessaires pour résister aux pressions administratives et financières.

Ces difficultés d'accès à l'hôpital touchent un spectre de personnes de plus en plus large. Les pratiques de discriminations qui se concentraient sur les personnes récemment arrivées essaient auprès de l'ensemble des personnes pauvres. Ainsi les personnes en attente de réponse de la CPAM voient leurs soins ajourner, parfois au mépris de leur santé. La proportion de personnes en situation de précarité risquant de faire face à ce type de pratiques est d'autant plus grande que les délais de traitement des demandes d'AME et de CMU-C par les CPAM peuvent être particulièrement longs dans certains départements.

Situation 10, février 2014

M.G est demandeur d'asile et en attente d'ouverture de droits pour la CMU et la CMU-C. Il est atteint d'une leucémie à évolution rapide qui nécessite une chimiothérapie lourde. Il est orienté par le Comede vers un hôpital parisien. Le médecin écrit dans un courrier : "dès que le patient aura obtenu sa CMU, nous pourrions débuter un traitement par ITK de deuxième génération [anticancéreux coûteux]". L'intervention du Comede permettra un démarrage du traitement. Malgré les assurances données que le retard n'a occasionné aucune perte de chance pour le patient, la prise en considération d'éléments administratifs et financiers dans le calendrier d'un traitement médical d'une maladie grave suscite la plus grande inquiétude.

Dans certains cas, la suspicion envers les personnes en situation irrégulière, réputées "mauvais payeurs", peut amener à des refus de soins alors même que la protection maladie est démontrée et établie.

Situation 7, décembre 2013

Madame S. vient d'être déboutée de sa demande d'asile et a entamé des démarches de recours contre cette décision. Elle a ouvert des droits à la CMU et la CMU-C, qu'elle peut prouver grâce à une attestation de la CPAM et sa carte vitale. Elle a besoin d'une opération gynécologique lourde. La clinique vers laquelle elle est orientée dans les Yvelines refuse de programmer l'opération. Interpellée par le Comede, la direction argumente son refus par le fait que bien que détentrice d'une CMU et d'une CMU-C, la personne est en situation irrégulière. Le refus est confirmé à de multiples reprises. Une intervention du Défenseur des Droits sera nécessaire pour obtenir la programmation de l'opération.

Obligation au paiement préalable des soins et soins retardés dans l'attente de la réponse de la

caisse, ces pratiques discriminatoires s'étendent à une part de plus en plus importante des populations démunies. Les préoccupations financières et la recherche pour l'hôpital de l'assurance absolue d'être payée conduisent à un dangereux mélange des genres : les considérations administratives portées par les instances financières et de direction de l'hôpital prennent de plus en plus le pas sur les décisions médicales. Dans un tel contexte, le dispositif réglementaire et législatif national s'avère insuffisant pour que médecins, travailleurs sociaux et administrations hospitalières puissent sereinement faire valoir le caractère universel de leur mission de soins sans rentrer en conflit avec leur hiérarchie. ■

RECOMMANDATIONS

■ **Mise en place d'une couverture maladie véritablement universelle pour toutes les personnes résidant en France**

- 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 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 ». L'accès à la Carte Vitale doit également être institué en AME.

■ **Transparence et simplification réglementaires**

- La Cnamts et les Cnam/CGSS doivent diffuser spontanément les textes de réglementation interne opposable aux usagers, et répondre aux demandes ponctuelles de communication par les citoyens.
- La DSS doit prendre une Instruction ministérielle claire sur l'usage simplifié de l'immatriculation provisoire.

■ **Organisation des caisses**

- Les caisses doivent être dotées de moyens suffisants en front-office, mettre fin à la segmentation du traitement des dossiers, et proposer des interlocuteurs ayant une vision transversale d'un dossier.
- Les procédures d'ouverture et de renouvellement des droits doivent être adaptées à la situation de précarité des intéressés, incluant l'application du principe déclaratif et des délais d'instruction courts, gages de l'accès effectif aux droits.
- Les caisses doivent développer les formations spécifiques de leurs agents sur les spécificités du droit des étrangers (règles de police de l'immigration) et sur les spécificités du droit de l'Assurance maladie et de l'AME selon les statuts.

■ **Missions de l'hôpital public et dispositifs PASS : voir rappels et recommandations ODSE (www.odse.eu.org)**

Chaque hôpital public a l'obligation de proposer un accès aux soins pour toute personne démunie. Le dispositif PASS doit être doté des moyens nécessaires pour répondre à cette mission au sein de l'ensemble des services et prestations de l'hôpital. Les décisions d'hospitalisation, de choix de stratégies diagnostiques et thérapeutiques, doivent se fonder sur des critères médicaux et non socio-administratifs ou économiques. Les soins délivrés, pour l'utilisateur démunie financièrement, au titre de la PASS, incluant les hospitalisations, doivent être gratuits (c'est à dire sans facturation à l'utilisateur) et doivent être dispensés de l'avance des frais, avec ou sans ouverture de droit effective au jour des soins.

■ **Autres prestations pour l'accès aux soins**

- Pour les étrangers démunies 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 soutiens juridique et psychothérapeutique chaque fois que nécessaire.
- Suppression de l'obligation de séjour régulier pour l'accès à l'aide juridictionnelle dans les contentieux de l'AME.



Accès aux droits

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

Les exilés sont confrontés à de nombreux **obstacles à l'accès aux droits fondamentaux**. Ces obstacles ont des conséquences sur la fragilisation de leur état de santé (voir page 45), et, de façon plus directe encore lorsqu'il s'agit de droits liés à l'accès aux prestations de soins et de santé : protection maladie (voir chapitre Accès aux soins page 59), droit au séjour pour les personnes atteintes d'une maladie grave et ne pouvant être soignées dans leur pays d'origine (« étrangers malades », voir infra), et plus largement accès aux prestations sociales liées à l'état de santé (allocations, hébergement, aides à la vie quotidienne).

Entreprise depuis le milieu des années 1980 et 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

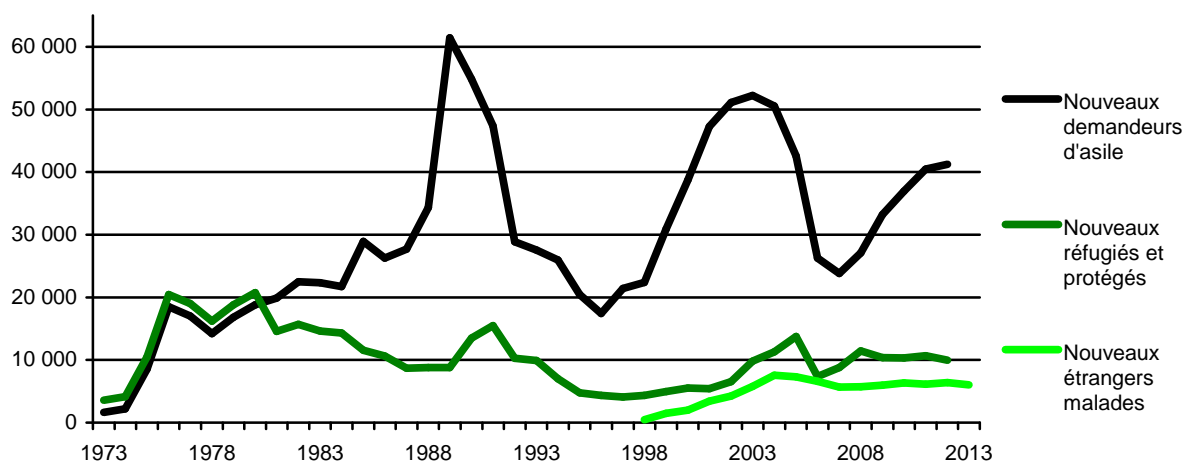
mis en place par d'autres gouvernements (Joxe 1991, Chevènement 1998, Valls 2012 sur la retenue administrative) en ont supprimé certains aspects particulièrement répressifs, tout en maintenant d'autres très restrictifs (voir notamment maintien de la réforme de l'Aide médicale Etat de 2003, page 59). 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.

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 (voir graphique ci-dessous). Un tel mode de gestion - dont les multiples acteurs sont plus ou moins conscients - de régimes de protection théoriquement fondés sur les droits fondamentaux des personnes fait peser un risque majeur de violation de ces droits.

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

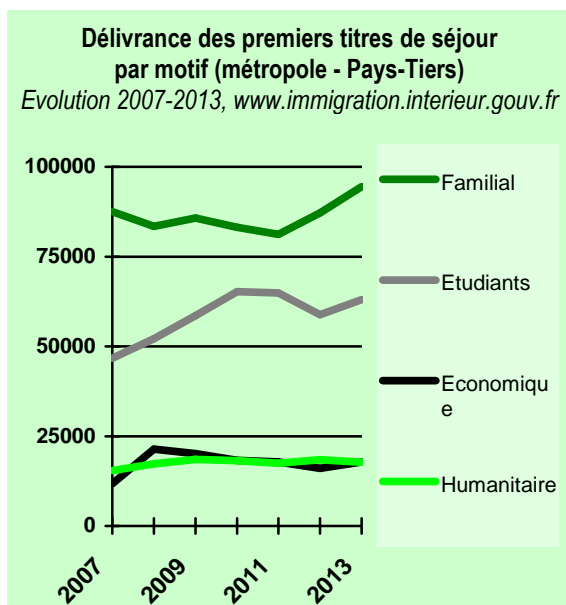
Sources : Ofpra 2012, Cici et rapport IGA IGAS 2013 sur l'admission au séjour des étrangers malades

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



Présentée par ses auteurs comme « humanitaire » (voir encadré ci-dessous), 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 80). 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 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.



Depuis le transfert des compétences relatives aux migrants et aux demandeurs d'asile vers le « Ministère de l'Intérieur, de l'Immigration et de l'Identité nationale » en 2007, le ministère de l'Intérieur publie l'évolution de la délivrance de premiers titres par catégorie de motif. La catégorie dénommée « humanitaire » (estimation 17 754 personnes en 2013) regroupe les personnes reconnues réfugiées ou apatrides (9755), les personnes ayant obtenu la protection subsidiaire également auprès de l'Ofpra/la CNDA (1953), les étrangers malades (6006) et les victimes de la traite des êtres humains (40). En 2013, et suite à la circulaire de novembre 2012 sur la régularisation, la délivrance des premiers titres de séjour a augmenté pour toutes les catégories (+11% économique) à l'exception des motifs « humanitaires » (-4%).

Le « stock » de titres de séjour détenus par des ressortissants de pays tiers au 31 décembre 2013 est de 2,7 millions, dont 50% de cartes de résident de longue durée, 22% de cartes de résident algérien, 18% de cartes de séjour temporaire (CST) et 7% de documents provisoires. Les motifs « humanitaires » correspondent à 40% des récépissés de carte de séjour, 25% des APS et convocations, 6% des CST et 7% des documents > 10 ans.

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 à accorder, le respect du secret médical leur interdit réglementairement toute intervention pour l'appréciation des conditions médicales. Le cadre juridique du dispositif d'évaluation médicale est celui de la protection de la santé, les médecins sollicités aux différentes étapes de l'évaluation médicale intervenant dans le respect du Code de la santé publique et particulièrement de sa section Code de la déontologie médicale. 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 de

refus de séjour, de rétention administrative et parfois d'expulsions de malades qui remplissaient pourtant les conditions médicales précisées par l'instruction du ministère de la Santé de novembre 2011 (voir communiqués ODSE 2012, 2013 et 2014). Plus globalement, le nombre des premières délivrances de titres de séjour pour raison médicale a chuté de 18% entre les 14 mois précédant la réforme législative et les 14 mois suivants (rapport IGA IGAS 2013 page 30).

Toujours en vigueur en 2014, 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.

Des demandes largement fondées

A la demande des étrangers malades, de leurs proches et/ou des professionnels et associations intervenant auprès d'eux, les médecins du Comede apprécient les conditions médicales des demandes de titre de séjour. En 2013, les critères médicaux étaient remplis dans :

- 83% des cas dans les permanences téléphoniques nationales (sur 862 appels documentés) ;
- 80% des cas au Centre de santé (60 personnes),
- 63% des cas à l'Espace santé droit (149 personnes).

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 titres 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

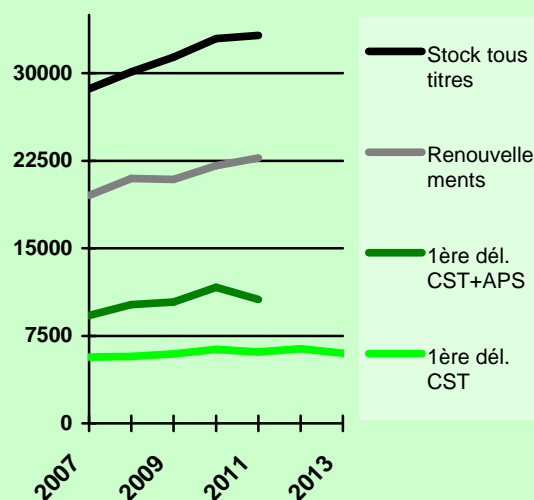
Contrairement au droit d'asile, il n'existe aucun document public permettant de mesurer l'application du droit au séjour pour raison médicale par nationalité, par département et par procédure. Entre 2005 et 2011, les rapports au Parlement effectués par le Comité interministériel de contrôle de l'immigration (Cici) ne mentionnaient que les premières délivrances de cartes de séjour temporaires pour les étrangers malades, et ceci seulement pour le territoire hexagonal (voir tableau). Depuis 2013, le ministère de l'intérieur publie sur son site internet des statistiques relatives aux premières délivrances de titre et au « stock » de titres de séjour en fin d'année. Ces documents ne fournissent aucune information ni sur la délivrance des Autorisations provisoires de séjour (APS) ou récépissés, ni sur les renouvellements de titres ; et sont souvent imprécis sur le décompte des Algériens, à qui sont réservés certains titres de séjour.

On dispose également de peu d'informations sur les avis médicaux des MISP et des MARS, même si les rapports sur ces avis médicaux sont enfin publiés par le ministère de la Santé depuis 2013. Selon le rapport relatif aux avis médicaux rendus en 2011, ils concernaient principalement les régions Ile-de-France (40% sans le Val-de-Marne dont les données n'ont pas été transmises), Rhône-Alpes (8%), DOM (8% incluant Mayotte), PACA (5%), Alsace (4%), Centre (4%), et Picardie (4%). 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 2011, le nombre total d'étrangers régularisés pour raison médicale était donc de 33 242 personnes, soit 0,9% des étrangers en France. Enfin, le rapport sur les avis médicaux délivrés en 2011 apporte des informations supplémentaires sur la délivrance des récépissés et des APS.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total avis médicaux rendus	40 129	39 295	40 220	?	38 751	?	?
Taux d'avis médicaux favorables	69%	74%	73%	?	75%	?	?
Total 1ère délivrance titres (CST/CRA 1 an)	5 672	5 733	5 965	6 325	6 122	6 396	6 006
Total 1ère délivrance dont APS	9 231	10 171	10 393	11 664	10 607	?	?
Total renouvellements de titres	19 536	20 992	20 893	22 074	22 751	?	?
Données de stock au 31 décembre, SGII	28 667	30 129	31 377	32 980	33 242	?	?

Selon ces données, le nombre de premières délivrances de CST pour raison médicale serait en baisse de 6% en 2013, pour rejoindre la moyenne annuelle observée de 6000 nouveaux titres délivrés par an. L'ensemble des titres de séjour est approché par les données de « stock » au 31 décembre de l'année, correspondant théoriquement à l'ensemble des étrangers malades bénéficiant de cette protection destinée à permettre la continuité des soins. Ce total inclut donc les 1ères demandes et renouvellements de titre. L'évolution entre 2007 et 2011 (données non publiées pour 2012 et 2013) semble également indiquer un plafonnement en dessous de 35 000 titres, au moyen d'une gestion où les « entrées » (premières délivrances de titres) sont « compensées » par les « sorties » du dispositif (refus de renouvellements).



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 la Case de santé à Toulouse, Médecins du monde à Marseille et Arcat à 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 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 2004-2013 et concernent, d'une part, 1 398 réponses préfectorales aux demandes de première délivrance et de renouvellement de titre de séjour, et d'autre part 395 recours auprès des tribunaux administratifs. Les 1 793 procédures ainsi caractérisées concernent majoritairement des hommes (72%), jeunes (âge moyen 40 ans), principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (45%), d'Afrique centrale (26%), d'Afrique du Nord (9%), d'Asie du Sud (7%) et d'Europe de l'Est (6%). Les demandeurs résident en France depuis 5,5 ans en moyenne au moment de la réponse et 76% d'entre eux ont découvert leur maladie après l'arrivée en France (92% des personnes infectées par le VIH, le VHB ou le VHC). Ils bénéficient d'une prise en charge médicale pour une ou plusieurs affections graves (2 491 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 (14%), le diabète (10%), l'hépatite C chronique (5%), l'infection par le VIH (3%), et les cancers (3%). Les 1398 réponses préfectorales (52% premières délivrances et 48% renouvellements) ont été caractérisées dans 17 départements, principalement Paris (27%), le Val-de-Marne (15%), la Haute-Garonne (14%), la Seine-Saint-Denis (11%), les Bouches-du-Rhône (7%), le Val d'Oise (7%), l'Essonne (7%), et les Hauts-de-Seine (5%).

Dans la mesure où la protection des malades repose sur des critères médicaux, l'évolution des taux d'accord préfectoraux correspond à celle des taux d'avis favorable des médecins

¹ Voir Guide Comede 2008 et 2013, 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

COMPOSITION DU DISPOSITIF D'OBSERVATION

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	197	11%	41%	42 ans	2%	24%	26%	32%		3%	8%	5,5 ans
Comede CDS	1162	65%	22%	39 ans	1%	31%	3%	49%	<1%	10%	3%	5,4 ans
ESD Cimade Comede	302	17%	27%	42 ans	1%	17%	22%	48%	<1%	5%	1%	6,7 ans
MDM-Comede 13	106	6%	44%	39 ans	5%	2%	19%	17%	8%	2%	46%	3,5 ans
Total	1793	100%	28%	40 ans	1%	26%	9%	45%	1%	7%	6%	5,5 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)

total 2491 maladies	n	/dem	AST	CAN	DIA	HAN	IRC	MCV	PSY	VHB	VHC	VIH
Arcat	32	1,2			3%		3%		3%	19%	3%	50%
Case de santé	250	1,3	<1%	4%	7%	5%	3%	19%	26%	9%	2%	4%
Comede CDS	1674	1,4	9%	1%	10%	2%	1%	3%	9%	30%	6%	3%
ESD Cimade-Comede	383	1,3	4%	9%	12%	3%	2%	19%	13%	11%	4%	4%
MDM-Comede 13	152	1,4	1%	9%	1%	1%	2%	6%	49%	4%	7%	
Total	2491	1,4	7%	3%	10%	3%	1%	17%	14%	23%	5%	3%

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

Taux d'accord des préfectures et des tribunaux

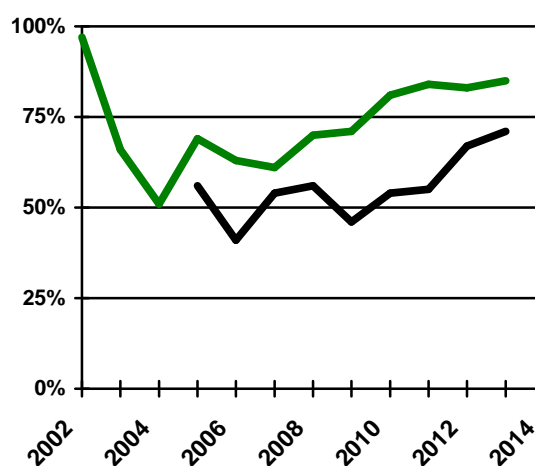
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total préf/MARS	51%	69%	63%	61%	70%	71%	81%	84%	83%	85%
1398 demandes	102	119	129	126	134	187	108	136	207	150
Arcat								13/15	6/8	
23								15	8	
Case de santé								8/10	93%	90%
195								10	97	88
CDS Comede	51%	69%	63%	62%	72%	70%	80%	83%	70%	10/16
915	102	119	129	123	108	123	81	71	44	16
ESD Cimade-Comede				1/3	16/26	73%	23/27	10/13	13/16	12/16
166				3	26	64	27	13	16	16
MDM-Comede 13								24/27	74%	90%
99								27	42	30
Total tribunaux	4/5	56%	41%	54%	56%	46%	54%	55%	12/18	10/14
395 demandes	5	39	46	56	91	65	39	33	18	14
Arcat								1/3		
3								3		
Case de santé									2/2	
2									2	
CDS Comede	4/5	56%	41%	53%	54%	50%	7/17	6/12	1/2	4/5
246	5	39	46	55	39	30	17	12	2	5
ESD Cimade-Comede				1/1	58%	43%	14	11/17	7/9	5/8
136				1	52	35	22	17	9	8
MDM-Comede 13								0/1	2/5	1/1
6								1	5	1

de l'Administration. Jusqu'en 2012, les décisions préfectorales respectaient quasi-systématiquement ces avis médicaux, avant l'apparition depuis 2 ans de décisions préfectorales de refus en dépit d'un avis médical favorable (voir page 72). Proches de 100% jusqu'en 2002, les taux d'accord ont d'abord chuté de moitié en 2004 (voir ci-contre) 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 MISP de protéger les étrangers vivant avec le VIH contre le renvoi vers un pays où l'accès aux soins ne peut être garanti (2005, 2006, 2007).

Les tentatives de ministères de l'Intérieur de s'affranchir et/ou de contrôler les avis médicaux se sont poursuivies sur toute la période. En 2006, un projet de circulaire visait à substituer les préfets aux médecins de l'Administration dans l'appréciation des risques médicaux encourus en cas d'éloignement du malade ; il avait été 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 MISP de ne pas tenir compte de l'accessibilité effective

Taux d'accords des préfectures et des tribunaux administratifs

Evolution 2002-2013



aux soins. En contradiction avec la loi jusqu'en 2011, ces recommandations seront pourtant maintenues par le ministère de l'Intérieur selon le rapport IGA IGAS 2013. Les décisions judiciaires favorables aux étrangers malades renforcées par les arrêts du Conseil d'Etat du 7 avril 2010, ont contribué à la normalisation des taux d'accords préfectoraux observée depuis 2010. Mais en remplaçant la notion « d'accessibilité effective » par celle « d'absence de traitement approprié », la réforme du 16 juin 2011 a ouvert la voie à des décisions préfectorales de refus sommaire fondée sur la seule « existence du traitement » dans le pays d'origine. La majorité de ces nouveaux refus sont consécutifs à des avis défavorables de certains Médecins des Agences régionales de santé (MARS) qui ne respectent pas l'instruction du ministère de la Santé du 10 novembre 2011 rappelant que l'appréciation de ce dernier critère devait prendre en compte l'ensemble des ressources

Taux d'accord préfectures par département et par pathologie

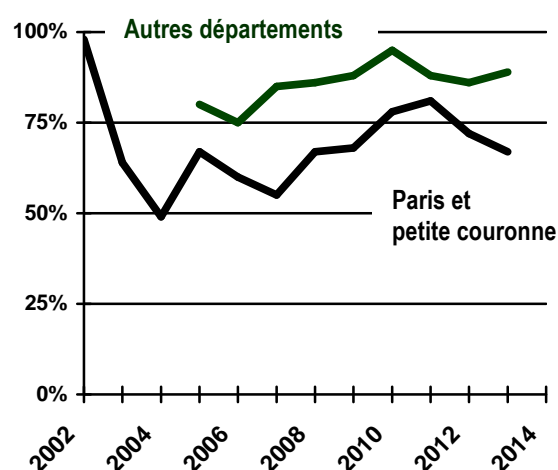
données 2004-2013 pour 1398 demandes dans 17 préfectures

% si n>10	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	51%	69%	63%	61%	70%	71%	81%	84%	83%	85%
<i>effectif demandes</i>	102	119	129	126	134	187	108	136	207	150
Paris PC	49%	67%	60%	55%	67%	68%	78%	81%	72%	18/27
<i>75, 92, 93, 94</i>	92	104	105	100	112	154	86	72	47	27
Autres	7/10	12/15	18/24	22/26	19/22	88%	21/22	88%	86%	89%
	10	15	24	26	22	33	22	64	160	123

du système de santé, et se faire de manière individuelle (traitement « approprié » à chaque situation). Depuis 2012, une partie des refus procède de décisions préfectorales prises contre un avis favorable du MARS, à 3 reprises dans notre observation en 2012-2013.

La relative stabilité des taux globaux d'accords observés depuis 2011 résulte pour partie de l'évolution du dispositif d'observation (voir tableaux page 77). La part croissante des contributions de la Case de santé Toulouse et de MDM Marseille conduit à maintenir le taux global aux alentours de 85%. L'analyse par préfecture indique en effet une différence significative des pratiques de Paris et des départements de la petite couronne (92, 93 et 94), plus restrictives sur l'ensemble de la période et particulièrement depuis 2012 (70% vs 87%, $p < 0,001$). Il existe également des différences importantes selon la maladie en cause (voir tableau ci-contre), alors même que les critères médicaux étaient présents pour l'ensemble des malades (voir méthodologie page 75). Les taux d'accord les plus élevés sont réservés aux personnes vivant avec le VIH (94%, 4 refus étant survenus depuis 2012) et aux personnes atteintes d'un cancer (88%), et les plus bas touchent les personnes atteintes de diabète (73%) et surtout d'infection chronique par le VHB (63%), en dépit des instructions du ministère de la Santé. On observe enfin des différences selon la nationalité (voir tableau ci-contre), qui ne correspondent pas au rang des pays concernés en matière d'indice de développement humain, pourtant décisif pour apprécier les ressources des systèmes de santé. Face aux pratiques restrictives des préfectures, les recours contentieux auprès du Tribunal administratif se sont multipliés depuis le 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 plus de la moitié des décisions de refus des préfectures (voir page 77), elles permettent de corriger dans une certaine mesure ces différences de traitements.

Evolution par département



Taux d'accord préfecture par maladie

1976 maladies recensées pour 1398 demandes
2004-2013 dans 17 préfectures

Maladie	demandes	taux
Infection à VIH	82	94%
Cancer	58	88%
Infection à VHC	107	79%
Maladie cardio-vasc.	341	79%
Handicap	55	78%
Psychiatrie	289	76%
total / moyenne	1976	74%
Diabète	185	73%
Asthme persistant	131	71%
Infection à VHB	437	63%

Taux d'accord préfecture par nationalité

1398 demandes 2004-2013 dans 17 préfectures

Nationalité rang IDH*	demandes	taux
Nigeria 153 ^{ème}	50	86%
Angola 148 ^{ème}	62	82%
Congo 142 ^{ème}	41	78%
Congo RD 186 ^{ème}	232	78%
total / moyenne	1398	73%
Guinée Con. 178 ^{ème}	67	72%
Algérie 93 ^{ème}	96	71%
Bangladesh 146 ^{ème}	51	69%
Mali 182 ^{ème}	181	69%
Cameroun 150 ^{ème}	44	68%
Mauritanie 155 ^{ème}	96	63%
Sénégal 154 ^{ème}	45	60%
Côte d'Ivoire 168 ^{ème}	50	50%

Classement 2012 des pays par l'Indice de développement humain (IDH) élaboré par le PNUD (Programme des Nations-Unies pour le développement). En 2012, la France est classée au 20ème rang sur 187 pays.

Analyse qualitative à l'Espace santé droit : obstacles pour le droit au séjour des étrangers malades en Ile-de-France

Au cours de l'année écoulée, l'équipe de l'ESD (voir page 111) a constaté un net durcissement dans l'appréciation des critères médicaux pour le droit au séjour des étrangers malades par les médecins de l'ARS Ile-de-France (ou à Paris par le médecin de la préfecture de Police), en contradiction avec l'instruction ministérielle de la DGS du 10 novembre 2011. Cette évolution s'accompagne également d'un durcissement des pratiques administratives des préfectures.

En contradiction avec la réglementation, la préfecture de Paris et la préfecture des Hauts de Seine exigent, pour l'enregistrement d'une première demande de titre de séjour pour raison médicale, la preuve d'un an de présence en France. Parfois même, ces préfectures refusent d'enregistrer la demande tant que le demandeur n'apporte pas une preuve par mois de présence en France. Certaines préfectures exigent la présentation d'un passeport pour l'enregistrement d'une demande de titre de séjour pour soins ou la délivrance de la carte de séjour.

De manière générale, les préfectures d'Ile de France ne délivrent pas de récépissé lorsqu'elles enregistrent une première demande de titre de séjour. La plupart remettent à la place une attestation de dépôt de demande de titre de séjour, mais certaines ne remettent rien du tout, ce qui empêche les personnes de prouver leurs démarches en cas de contrôle de police. Plusieurs préfectures, en particulier Paris et la Seine Saint Denis, délivrent deux Autorisations Provisoires de Séjour de 6 mois sans droit au travail alors même que la loi prévoit expressément la délivrance d'une carte de séjour temporaire (valable un an avec autorisation de travail automatique) à toute personne qui demande un titre de séjour pour raison médicale, quand bien même cette personne réside en France depuis plus d'un an.

Dans certaines situations, alors que le médecin ARS (ou médecin PP) n'avait pas rendu d'avis médical, la préfecture a refusé la délivrance d'une première carte de séjour pour soins ou son renouvellement, ce refus étant parfois même accompagné d'une obligation de quitter le territoire français. Parfois, la préfecture n'a pas jugé nécessaire de saisir pour avis le médecin de l'ARS. D'autres fois, c'est le médecin saisi qui a refusé de rendre son avis au motif que le rapport médical transmis par l'intéressé ou son médecin serait incomplet, inapproprié ou rédigé par un médecin « non agréé ». De manière quasi systématique, les préfectures d'Ile de France refusent de délivrer une carte de résident aux titulaires de carte de séjour fondée sur leur état de santé. Cette pratique perdure en dépit du fait qu'elle ait été qualifiée de discriminatoire par le Défenseur des Droits.

Concernant le droit au séjour du parent d'un enfant malade ne pouvant être soigné dans son pays d'origine, les préfectures délivrent des Autorisations provisoires de séjour (APS) la plupart du temps sans autorisation de travail et sur des durées parfois inférieures à six mois, même si l'avis du médecin ARS préconise la poursuite des soins en France pour au moins 12 mois. Pourtant, compte tenu des dispositions du Ceseda, ces personnes pourraient prétendre à la délivrance d'une carte de séjour temporaire, titre de séjour plus protecteur que l'APS. Il arrive que, lorsque les deux parents sont en France, la préfecture refuse d'enregistrer la demande de titre de séjour de l'un des deux parents au motif que l'autre bénéficie déjà d'une APS. Plus généralement, il arrive régulièrement que les préfectures d'Ile de France refusent d'enregistrer le dépôt d'une demande de titre de séjour pour soins ou en tant qu'accompagnant d'une personne malade aux ressortissants de l'Union européenne ou aux titulaires d'un titre de séjour d'un autre Etat membre de l'Union européenne au motif erroné que ces personnes ne pourraient prétendre à la délivrance de tels titres de séjour.

Selon un arrêté ministériel, la saisine du médecin ARS ne peut être assurée que « par un praticien hospitalier ou un médecin agréé ». Or il existe d'importants dysfonctionnements dans les pratiques des médecins agréés. La plupart d'entre eux confondent le rapport médical requis dans la procédure « étrangers malades » avec un certificat médical destiné à l'administration. Ils demandent alors le paiement (jusqu'à 120 euros) à des personnes pourtant couvertes par l'AME ou la CMU-Complémentaire, ceci en contradiction avec l'instruction DGS du 10 novembre 2011. En outre, de nombreux médecins agréés refusent de remettre à la personne concernée une copie du rapport médical qu'ils transmettent au médecin ARS, et il est arrivé à plusieurs reprises que le médecin ARS ait refusé de rendre un avis au motif que la saisine n'était « pas régulière ». Ces dysfonctionnements concernent toute l'Ile de France, mais sont généralisés en Seine-Saint-Denis.

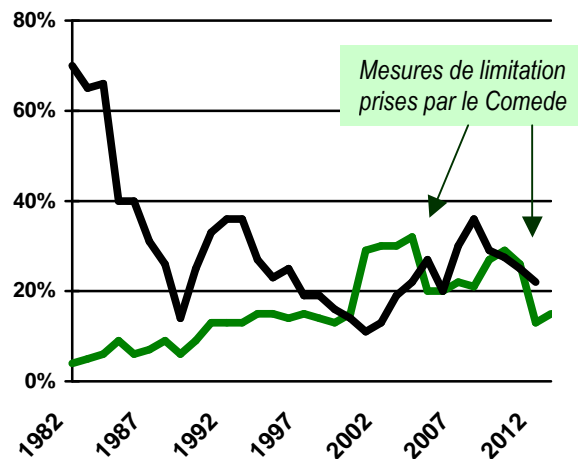
Au cours de l'année écoulée, le département du Val-de-Marne a connu de graves dysfonctionnements au niveau de la délégation territoriale de l'ARS. La procédure impose au préfet de prendre sa décision d'octroi ou de refus du titre de séjour sur la base d'un avis médical rendu par le médecin ARS. Or, l'ARS 94 a pris énormément de retard dans le traitement des dossiers ainsi certaines personnes attendent depuis plus d'un an voire parfois depuis plus de deux ans une réponse à leur demande de titre de séjour pour soins ou le renouvellement de leur carte de séjour. Dans certaines situations, après plus d'un an d'attente, la personne a reçu un refus de séjour de la part de la préfecture fondé sur le fait que le médecin ARS avait refusé de rendre un avis médical considérant que les éléments portés à sa connaissance étaient trop anciens. Par ailleurs, suite à des avis médicaux contraires aux instructions du ministère de la Santé, des personnes malades placées au centre de rétention du Mesnil-Amelot ont été expulsées alors même qu'elles ne pourront accéder à un traitement approprié à leur état de santé dans leur pays d'origine.

DROIT D'ASILE ET CERTIFICATION MEDICALE

Fondé sur des craintes de persécutions et non sur des persécutions avérées, le droit d'asile n'est théoriquement pas corrélé aux éventuelles séquelles médico-psychologiques laissées par la torture ou les mauvais traitements (voir épidémiologie page 48). Mais dans un contexte où les demandeurs d'asile sont supposés être 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. 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 publication par la Coordination française pour le droit d'asile (voir CFDA page 128) 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

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, d'Afrique de l'Ouest et d'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.

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.

Un autre problème important est lié à l'exigence par l'Ofpra de **certificats d'absence de mutilation sexuelle féminine (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 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 DIFFICULTES D'ACCES AUX DROITS

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

Les personnes en séjour irrégulier embauchées (ou maintenues dans l'emploi après expiration d'un titre de séjour) sont exposées, 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 changeantes, dénégation de l'employeur,

usage d'une fausse identité, d'un faux titre de séjour, d'un titre de séjour d'emprunt, absence de procès-verbal 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'elles sont généralement incapables de mener seules 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 associations et services 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

▪ Droit à la domiciliation

- Mettre fin au dispositif spécifique de domiciliation administrative pour les démarches d'admission au séjour au titre de l'asile afin de garantir un dispositif de domiciliation administrative unique (domiciliation de droit commun dite DALO)
- Garantir sur l'ensemble du territoire national un droit à la domiciliation administrative accessible à tous, quel que soit la nationalité ou le statut administratif pour l'exercice de l'ensemble des droits, prestations et services essentiels garantis par la loi, notamment l'ensemble des démarches d'admission au séjour,
- Garantir le droit de choisir une domiciliation de correspondance (ou postale) pour les personnes ne pouvant disposer d'une adresse effective ou d'une domiciliation administrative.

RECOMMANDATIONS

▪ **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 l'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-Ressources national

Recherche, information, et formation destinées aux acteurs de la santé des exilés en France : les actions du Centre-ressources constituent la moitié de l'activité globale du Comede. Elles reposent sur l'expérience de l'équipe opérationnelle - salariés et bénévoles - en matière de soins et d'accompagnement des personnes (voir chapitres suivants). 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 opérationnelle, incluant un investissement particulièrement important des référents thématiques et des membres de

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** (55% 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** (28% PT, 7% Guide, 6% Livrets, 5% Maux d'exil), **Rhône-Alpes** (5% PT, 7% Guide, 9% Livrets, 6% Maux d'exil), et **Guyane**, avec les programmes de formation (voir page 97).

Les actions du Centre-ressources sont développées 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).

la direction du Comede. Elles sont principalement financées par la Direction générale de la santé, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, le Fonds européen d'intégration ainsi que l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances.

PERMANENCES TELEPHONIQUES ET CARACTERISTIQUES DES APPELS

Outre les permanences téléphoniques effectuées dans le cadre de l'Espace santé droit (voir page 111) et du Centre de santé (voir page 101), 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 ;

■ **Permanence téléphonique Médicale** au 01 45 21 38 93, du lundi au vendredi, 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, mardi et jeudi 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.

Les appels traités dans le cadre des permanences téléphoniques (PT) font l'objet d'un recueil informatique associant des données d'activité et d'observation. Au total, les répondants du Comede (avec la Cimade dans le cadre de l'ESD) ont traité **4 036 appels en 2013**, dont :

- 1 880 PT nationales (47%, dont PT DSAS 73%, Médicale 19% et Santé mentale 8%) ;
- 1 716 PT de l'Espace santé droit (43%, voir page 111) ;
- et 440 PT du Centre de santé (11%).

Les appels des PT nationales (voir tableau ci-contre) proviennent principalement des régions Ile-de-France (55%, dont Paris 22%), PACA (28%, dont Bouches-du-Rhône 25%), et Rhône-Alpes (5%). Le profil des appelants diffère significativement selon le type de permanence (voir tableau page suivante). **Les appelants** des PT nationales sont principalement des accompagnateurs associatifs (33%, dont Cimade 5%), services de santé (17%, dont hôpital 14%), et services publics (13%, dont assistantes sociales 6%), alors que 32% des appels sont effectués par des particuliers (16% directement par les personnes concernées et 10% par un membre de la famille). Les appelants de l'Espace santé droit (voir page 111) sont des particuliers dans 69% des cas, puis des associations (12%, dont Cimade 5%)

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	55%	47%	43%	53%
75-Paris	22%	17%	17%	28%
77-Seine-et-Mar.	3%	2%	1%	2%
78-Yvelines	1%	2%	2%	2%
91-Essonnes	3%	3%	2%	2%
92-Hauts-de-Sei.	4%	5%	3%	4%
93-Seine-St-De.	8%	6%	11%	8%
94-Val-de-Marne	10%	7%	4%	6%
95-Val-d'Oise	3%	3%	3%	2%
PACA	28%	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	17%	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%
Bourgogne	1%	1%	1%	1%
89-Yonne	1%	1%	1%	1%
Bretagne	1%	2%	2%	2%
35-Ile-et-Vilaine	<1%	1%	1%	1%
Centre	1%	3%	2%	2%
Champagne-Ard.	<1%	1%	1%	1%
DOM	<1%	2%	6%	2%
973-Guyane	<1%	1%	4%	1%
Franche-Comté	<1%	1%	1%	1%
Haute-Normandie	1%	3%	3%	1%
76-Seine-Mariti.	<1%	3%	2%	1%
Languedoc-Rous.	3%	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	5%	7%	9%	6%
26-Drôme	1%	1%	3%	1%
38-Isere	1%	1%	3%	1%
42-Loire	1%	1%	1%	1%
69-Rhône	2%	3%	4%	2%
Effectif	1880	30547	1,17 M	4309

¹ Nouvelles commandes 2006-2011 hors Inpes

2013	PT NAT	PT ESD	PT CDS
------	-----------	-----------	-----------

Profil des appelants

Associations de soutien	33%	12%	5%
Aides	3%	<1%	<1%
Cimade	5%	5%	2%
Comede autre PT	2%	-	-
Espace santé droit	1%	-	-
France terre d'asile	1%	1%	<1%
Médecins du monde	7%	-	-
Points d'appui 13	1%	-	-
Avocats et tribunaux	2%	<1%	1%
Collectifs	1%	<1%	-
Particuliers	32%	69%	34%
Personne concernée	16%	37%	26%
Ami, proche	4%	11%	5%
Famille	10%	18%	4%
Services publics	13%	6%	25%
AS Ville	6%	4%	2%
Cada	4%	<1%	3%
CHRS	1%	-	-
Sécurité sociale	<1%	<1%	18%
Services de santé	17%	12%	33%
Centre médico-psy.	1%	<1%	1%
Hôpital & PASS	14%	9%	27%
Médecin ville	1%	<1%	2%
Effectifs	1880	1716	240 ¹

Type des demandes

Accès aux soins et PM	29%	29%	19%
Soins médicaux et PM	23%	29%	18%
Santé mentale	6%	-	1%
Droit au séjour	68%	81%	35%
Etranger malade	54%	69%	26%
Autre motif	14%	12%	9%
Autre info & soutien	18%	6%	22%
Social	13%	5%	6%
Médico-psychologique	3%	1%	13%
Procédure d'asile	2%	-	3%
Effectifs	1880	530 ²	240 ¹

Orientation au terme de l'appel

Associations de soutien	14%	12%	6%
Cimade	2%	6%	<1%
Comede CDS	3%	2%	3%
Comede autre PT	4%	1%	2%
Epoc	1%	-	-
Espace santé droit	1%	2%	-
Avocats et tribunaux	2%	1%	2%
Services publics	2%	8%	4%
AS Ville	<1%	3%	1%
Préfecture	<1%	3%	3%
Sécurité sociale	1%	3%	1%
Services de santé	12%	30%	6%
CMP et Cons. psy.	4%	1%	<1%
Hôpital & PASS	7%	28%	6%
Médecin ville	2%	<1%	<1%
Effectifs	1880	530 ²	240 ¹

¹ Données manquantes pour les appels traités par l'accueil

² caractérisation depuis octobre 2013 PM Protection maladie

et des services de santé (12%, dont hôpital 9%). La répartition des appelants du Centre de santé est plus équilibrée entre les particuliers (34%, dont personnes concernées 26%), les services de santé (33%, dont hôpital 27%), et les services publics (25%, dont sécurité sociale 18%). **Les demandes** portent sur le droit au séjour pour raison médicale (54% des appels des PT nationales et 69% pour la PT ESD) ; des questions d'accès aux soins médicaux et à la protection maladie (23% national et 29% ESD), de soutien et protection sociale (13% national), d'information médico-psychologique (13% CDS), d'information sur les autres droits au séjour (14% national et 12% ESD), et d'accès aux soins de santé mentale (6% national, et 68% pour la PT concernée). Les **orientations** au terme de l'appel, lorsqu'elles sont indiquées, concernent principalement les services de santé (PT ESD 30%, national 12%) et les associations de soutien (national 14%, ESD 12%).

Le **soutien** développé dans le cadre des permanences téléphoniques conduit à suivre certaines situations pendant plusieurs semaines. Ainsi dans le cas des PT nationales, 20% des appels traités en 2013 correspondaient à de nouveaux appels pour les mêmes personnes. Outre le temps de réponse lors de l'appel, le temps de travail pluridisciplinaire dédié au suivi des situations est également très important après les appels : cela concerne 37% des appels de la PT nationale et 17% pour la PT CDS.

PERMANENCES TELEPHONIQUES NATIONALES, HOMOGENEITE ET PARTICULARITES

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

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

- **La PT DSAS** est davantage sollicitée par les hôpitaux (17% vs 14% du total des PT nationales), ainsi que par Medecins du Monde (10% vs 7%), dans le cadre du partenariat opérationnel à Marseille (voir page 117). On observe également une proportion plus importante de demandes dans le champ de l'accès aux soins et à la protection maladie (26% vs 23%), du droit au séjour pour autre motif de vie privée et familiale (17% vs 14%), et bien entendu sur le plan du soutien social et de l'accès aux prestations liées à l'état de santé (18% vs 13%).

- **La PT Médicale** est davantage sollicitée par des membres de famille (12% vs 10% du total), la Cimade (11% vs 5% du total, les autres dispositifs du Comede (9% vs 2%) ainsi que l'Espace santé droit (4% vs 1%), les avocats (4% vs 2%), les centres de rétention (principalement Cimade, 4% vs <1%), CHRS (3% vs 1%) et médecins de ville (3% vs 1%). On observe une proportion plus importante de demande d'évaluation en matière de droit au séjour pour les étrangers malades (71% vs 54%), ainsi que d'orientation vers les hôpitaux et PASS (15% vs 7%) et les médecins de ville (4% vs 2%).

- **La PT Santé mentale** est davantage sollicitée par les Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada, 12% vs 4% du total), les CMP (4% vs 1%) et les médecins de ville (3% vs 1%). On observe une proportion plus importante de demande spécifique d'accès aux soins de santé mentale (71% vs 6%), ainsi que d'information et conseil en matière de soins psychothérapeutiques. La répartition des orientations proposées au terme de l'appel est très spécifique de cette permanence, vers le droit commun (notamment 29% CMP et 14% consultations déssectorisées) et les associations spécialisées (notamment Epec 11%, Centre de santé du Comede 10%, Elan retrouvé 7%).

Détail des 3 PT Nationales

	TOT	PT DSAS	PT MED	PT PSY
Effectifs	1880	1377	357	146

Profil des appelants

	33%	33%	34%	34%
Associations de soutien	33%	33%	34%	34%
Aides	3%	3%	<1%	-
Cimade	5%	3%	11%	5%
Comede	2%	<1%	9%	4%
Droits d'urgence	<1%	-	1%	3%
Espace santé droit	1%	<1%	4%	1%
France terre d'asile	1%	<1%	1%	5%
Médecins du monde	7%	10%	1%	1%
Avocats et tribunaux	2%	2%	4%	1%
Collectifs	1%	1%	1%	2%
Particuliers	32%	33%	33%	23%
Personne concernée	16%	16%	17%	15%
Ami, proche	4%	4%	3%	3%
Famille	10%	10%	12%	2%
Services publics	13%	12%	16%	21%
AS Ville	6%	7%	4%	1%
Cada	4%	3%	3%	12%
Centre de rétention	<1%	-	4%	-
CHRS	1%	1%	3%	1%
Services de santé	17%	19%	10%	17%
Centre médico-psy.	1%	<1%	1%	4%
Hôpital & PASS	14%	17%	5%	6%
Médecin ville	1%	<1%	3%	3%

Type des demandes

	29%	26%	23%	73%
Accès aux soins et PM	29%	26%	23%	73%
Soins médicaux et PM	23%	26%	23%	2%
Santé mentale	6%	<1%	<1%	71%
Droit au séjour	68%	71%	74%	23%
Etranger malade	54%	53%	71%	18%
Autre motif	14%	17%	1%	4%
Autre info & soutien	18%	21%	10%	12%
Social	13%	18%	1%	1%
Médico-psychologique	3%	1%	2%	10%
Procédure d'asile	2%	2%	<1%	2%

Orientation au terme de l'appel

	14%	12%	11%	46%
Associations de soutien	14%	12%	11%	46%
Cimade	2%	2%	<1%	1%
Comede CDS	3%	2%	4%	10%
Comede autre PT	4%	3%	6%	9%
Elan retrouvé	<1%	-	-	7%
Epec	1%	-	-	11%
Avocats et tribunaux	2%	2%	3%	1%
Services publics	2%	3%	1%	3%
Services de santé	12%	5%	21%	59%
CMP	4%	<1%	1%	29%
Cons. déssectorisées	4%	<1%	1%	14%
CPOA	<1%	<1%	-	4%
Médecin ville	2%	<1%	4%	4%
Hôpital & PASS	7%	4%	15%	3%

NB : le pourcentage des chaque réorientation est calculé par rapport au total des appels

Personnes soutenues par les Permanences téléphoniques

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	102	3%	5	69	28	65	5	40	15	37		24	13
Afrique centrale	542	16%	23	469	50	252	7	228	17	290	16	241	33
Afrique de l'Est	23	1%		23		12		12		11		11	
Afrique du Nord	892	26%	77	678	137	495	50	373	72	397	27	305	65
Afr. de l'Ouest	880	26%	34	801	45	514	23	471	20	366	11	330	25
Amér. du Nord	12	<1%	2	7	3	7		4	3	5	2	3	
Amér. du Sud	27	1%	1	23	3	14	1	11	2	13		12	1
Asie centrale	32	1%		30	2	21		21		11		9	2
Asie de l'Est	42	1%	1	36	5	18	1	16	1	24		20	4
Asie du Sud	158	5%	5	146	7	123	5	115	3	35		31	4
Caraïbes	30	1%	1	26	3	11		10	1	19	1	16	2
Europe de l'Est	252	7%	14	210	28	157	9	137	11	95	5	73	17
Europe de l'Ou.	180	5%	12	152	16	120	10	99	11	60	2	53	5
Moyen-Orient	71	2%	5	64	2	44	3	40	1	27	2	24	1
Inc. & apatrides	191	6%	6	183	2	144	3	140	1	47	3	44	1
Total	3434	100%	186	2917	331	1997	117	1722	158	1437	69	1195	173

NB : certains enregistrements comportent une donnée manquante sur les indicateurs âge, sexe ou nationalité : voir méthodologie page 6

PERMANENCES TELEPHONIQUES, CARACTERISTIQUES DES PERSONNES SOUTENUES

Au total, les répondants ont pu caractériser la situation de **3 434 bénéficiaires des appels téléphoniques en 2013**, dont 1 437 femmes (42%), 331 migrants âgés ≥60 ans (10%), 265 demandeurs d'asile (8%), et 186 enfants mineurs <18 ans (5%). Ces personnes sont originaires de 110 pays (voir détail des nationalités page 39), principalement d'Afrique du Nord (26%), d'Afrique de l'Ouest (26%), d'Afrique centrale (16%), d'Europe de l'Est (7%), d'Europe de l'Ouest (5%) et d'Asie du Sud (5%). Les personnes soutenues par les **permanences téléphoniques nationales** (voir tableaux ci-dessous) sont âgées de 39 ans en moyenne, et récemment arrivées en France (en

moyenne depuis 4 ans et médiane 2 ans lors des appels 2013). Près de la moitié des bénéficiaires se déclaraient atteints d'une ou plusieurs maladies graves et/ou chroniques (voir Etat de santé page 45). Près d'un tiers avaient effectué par le passé une demande d'asile, et plus d'un tiers une demande de titre de séjour pour raison médicale. Il apparaît certaines différences significatives entre les 3 PT nationales : les femmes sont plus nombreuses parmi les bénéficiaires des PT DSAS (46%) et Santé mentale (45%), de même que les personnes atteintes d'une maladie grave pour les PT Médicale (78%) et Santé mentale (51%). Les personnes ayant demandé l'asile constituent les trois quarts des bénéficiaires de la PT Santé mentale (76%) et un tiers de la PT Médicale (33%), alors que la

Personnes soutenues par les Permanences téléphoniques nationales

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, DETAIL POUR LES 3 PT NATIONALES

	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD asile	ATCD dasem
PT DSAS	1038	69%	46%	37 ans	40 ans	2 ans	4 ans	37%	26%	39%
PT MED	338	22%	41%	35 ans	37 ans	3 ans	4 ans	78%	33%	34%
PT PSY	129	9%	45%	30 ans	33 ans	2 ans	3 ans	51%	76%	29%
Total	1505*	100%	44%	37 ans	39 ans	2 ans	4 ans	47%	31%	37%

Personnes soutenues par les Permanences téléphoniques nationales

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

	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD asile	ATCD dasem
Total	1505*	100%	44%	37 ans	39 ans	2 ans	4 ans	47%	31%	37%

Groupes vulnérables

Malades	709	47%	40%	37 ans	39 ans	2 ans	4 ans	100%	32%	42%
Femmes	659	44%	100%	37 ans	40 ans	1,5 an	3 ans	46%	27%	33%
Dem. asile	265	18%	39%	35 ans	36 ans	2 ans	4 ans	51%	100%	51%
Agés ≥ 60	156	10%	51%	66 ans	68 ans	2 ans	6 ans	51%	8%	30%
Mineurs < 18	95	6%	32%	10 ans	9 ans	1 an	1 an	47%	8%	15%

Région d'origine

Afrique N.	370	25%	43%	40 ans	42 ans	1,5 an	4 ans	48%	3%	33%
Afrique O.	312	21%	51%	32 ans	35 ans	2 ans	3 ans	56%	33%	34%
Afrique C.	211	14%	49%	38 ans	40 ans	2 ans	4 ans	63%	41%	45%
Europe E.	170	11%	37%	40 ans	39 ans	2 ans	3 ans	54%	69%	55%
Europe O.	115	8%	35%	42 ans	41 ans	3 ans	6 ans	13%	2%	12%
Asie du S.	55	4%	23%	38 ans	34 ans	2 ans	4 ans	47%	75%	28%

Région de résidence

Ile-de-Fra.	867	58%	47%	36 ans	39 ans	2 ans	4 ans	54%	30%	32%
PACA	328	22%	38%	40 ans	40 ans	2 ans	5 ans	32%	36%	46%
Rhône-Alp.	75	5%	49%	32 ans	36 ans	2 ans	3 ans	57%	33%	34%

* NB : 1505 patients concernés par les 1880 appels de la PT Nationale. Voir méthodologie page 6

PT DSAS soutient une proportion plus importante de personnes ayant demandé un titre de séjour pour raison médicale (39%).

Il existe également des différences importantes selon les groupes vulnérables (voir tableau ci-dessus), ainsi que par région d'origine et de résidence. Les personnes ayant demandé l'asile et les personnes âgées ≥ 60 ans sont plus souvent atteintes de maladie grave que les autres bénéficiaires. Les femmes sont davantage représentées parmi les personnes originaires d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, ainsi que parmi les personnes résidant en régions Rhône-Alpes et Ile-de-France. Les migrants d'Afrique de l'Ouest et les personnes résidant en région Rhône-Alpes sont les plus jeunes, alors que les migrants d'Afrique du Nord et ceux résidant en région PACA sont les plus âgés. La proportion des demandeurs d'asile est plus importante parmi les migrants d'Asie du Sud, d'Europe de l'Est et d'Afrique centrale, celle des « étrangers malades » également plus importante parmi ceux d'Europe de l'Est et d'Afrique centrale.

Maladies graves déclarées par les bénéficiaires de la PT

2013	n	%
Maladies chroniques	731	64%
Asthme persistant	13	1%
Cancer	177	16%
Diabète	83	7%
Handicap	74	6%
Insuffisance rénale	28	2%
Maladies cardio-vasculaire	104	9%
Maladies infectieuses et p.	225	20%
Infection par le VHB	67	6%
Infection par le VHC	53	5%
Infection par le VIH	83	7%
Tuberculose	7	1%
Troubles psychiques	183	16%
Total	1139	100%

Parmi les 741 maladies graves déclarées par les bénéficiaires de la PT en 2013, les fréquentes sont les cancers (16%), puis les maladies cardio-vasculaires (9%), le diabète (7%), l'infection à VIH (7%), les handicaps (6%) et les infections chroniques par le VHB (6%) et le VHC (5%, voir Epidémiologie, chapitre Etat de santé page 51).

FORMATION, ENSEIGNEMENT ET INTERVENTIONS PUBLIQUES

Le **Centre de formation** du Comede a poursuivi sa structuration en 2013, avec la mise en place des premiers stages de formation nationaux sur le droit à la santé des étrangers, à Marseille (octobre, 2 journées pour 20 stagiaires) et à Bicêtre (novembre, 2 journées pour 25 stagiaires). Cette activité sera poursuivie et développée en 2014, notamment pour pouvoir accueillir les personnes qui n'ont pu s'inscrire faute de place dans ces premiers stages. Au total en 2013, les activités de formation ont doublé par rapport en 2012 (voir tableau page suivante). Les professionnels du Comede ont effectué 107 demi-journées de formation professionnelle (55 en 2012) pour une moyenne de 20 stagiaires par demi-journée (médiane 15).

Une part importante de cette activité s'inscrit dans le cadre de **4 partenariats associatifs et institutionnels** pérennes, avec :

- Guyane Promo-santé et ARS : 15 demi-journées à Cayenne et Saint-Laurent-du-Maroni (voir page 97) ;
- Espace accueil aux étrangers : 11 demi-journées à Avignon, Marseille, Nice et Toulon ;
- Comede Loire : 10 demi-journées au Puy-en-Velay ;
- Gisti : 6 demi-journées à Marseille et Paris.

Les membres du Comede ont également assuré 4 séances d'**enseignement universitaire** et 33 **interventions publiques** en 2013 (voir page 93), notamment trois auditions parlementaires sur la santé et l'accès aux soins des migrants âgés (Assemblée nationale) ; la santé mentale des exilés (Assemblée nationale), et les violences faites aux femmes et santé des exilées (Sénat). A Bicêtre, Aubervilliers et Marseille, le Comede accueille en outre des stagiaires en formation dans l'ensemble des services, et constitue un terrain de recherche pour des travaux et thèses de médecine, santé publique, sciences sociales et psychopathologie.

Centre de formation

☎ 01 45 21 39 32, contact@comede.org

Dans le cadre du centre de formation créé en 2005, les professionnel.le.s du Comede mettent à la disposition des stagiaires leur expertise de terrain, leurs connaissances pratiques et leurs savoirs théoriques.

Ces formations s'appuient sur une double expérience :

- celle de l'équipe pluridisciplinaire du Centre de santé dont les professionnels accueillent et soignent quotidiennement les exilés depuis 35 ans,
- celle du Centre-ressources qui développe des actions d'accompagnement des publics dans le cadre des permanences téléphoniques nationales, de recherches et de publications dont l'édition du Guide Comede en lien avec les partenaires régionaux et nationaux du réseau Comede.

Les formations visent particulièrement l'approche concrète des problèmes rencontrés selon des principes de soin et d'accompagnement validés par 35 ans d'expertise et de pratique de terrain dont la pluridisciplinarité est le pivot. Le centre de formation du Comede anime des sessions de formation autour des questions de santé et de prise en charge médico-psychosociale des exilés. Ces sessions sont élaborées à la demande des professionnels du secteur médico-social ou de toute institution confrontée à ces questions.

Les intervenants en santé/social doivent faire face à une demande souvent associée de soins médico-psychologiques, d'accès aux soins, de prévention et de conseil médico-juridique de la part des migrants/étrangers en situation précaire. La grande fréquence des demandes de soutien social et juridique, plus ou moins explicites, justifie de connaître le contexte réglementaire dans lequel elles s'exercent.

Les formateurs sont à la fois des personnels qualifiés pour la transmission des savoirs et savoir-faire, et des praticiens expérimentés : médecins, psychothérapeutes, infirmiers, assistants sociaux, juristes, enseignants-chercheurs.

Les services médical, social et juridique et psychothérapie et santé mentale du Comede proposent des formations spécialisées dans le champ du droit de la santé des étrangers pour les professionnels et intervenants associatifs des secteurs sanitaires, social, médico-social.

Les sessions de formation sont élaborées à la demande des professionnels du secteur médico-social ou de toute institution confrontée à ces questions. Les participants peuvent ensuite bénéficier de l'appui des permanences téléphoniques du Comede pour mettre en pratique les apports de la formation.

Le Comede exerce en tant qu'organisme de formation déclaré au titre de la formation professionnelle sous le n° 11 94 06 770 94. Les formations du Comede font l'objet d'une convention précisant la durée de la formation, la qualité des intervenants les programmes détaillés ainsi que les tarifs.

Formation professionnelle en 2013

107 demi-journées effectuées par 13 intervenant.e.s dans 20 villes pour 2125 stagiaires/demi-journée

Par demi-journée : nombre de stagiaires médiane 15, moyenne 20,

nombre d'intervenants 13 au total, moyenne 1,4

Ville	Cadre	Intitulé/Contenu	Intervenants	Demi-	Stagiaires x
			x demi-journ.	journées	demi-jour.
20	30		150	107	2125
AUBERVILLIERS	Réseau Ville-Hôp.	Soutien des demandeurs d'asile	Crochet K.	1	9
AVIGNON	Espace/Comede	Protection sociale des ress. pays-tiers	Demagny B.	2	13
BESANCON	CHU Besançon	Protection maladie des étrangers	Maille D.	4	18
BICETRE	Comede stage nat.	Droit à la santé des étrangers	Demagny B., Maille D.	4	25
BORDEAUX	Avocats Barreau	Droit au séjour des étrangers malades	Demagny B.	1	16
ÉTAMPES	CADA	Demande d'asile et étrangers malades	Crochet K.	1	10
GRENOBLE	Corevih Arc Alpin	Droit à la santé des étrangers malades	Maille D.	2	80
GUYANE, CAYENNE	CGSS, GPS	Santé et protect. maladie des étrangers	Maille D., Revault P.	6	8
GUYANE, CAYENNE	ARS, CHAR, GPS	Soins aux pers. en situation précaire	Revault P., Maille D.	4	20
GUYANE, SAINT-LAURENT	ARS, CHOG, GPS	Soins aux pers. en situat. de vulnérab.	Revault P., Maille D.	4	20
GUYANE, SAINT-LAURENT	CHOG, GPS	Santé des étrangers et déontolog. méd.	Revault P., Maille D.	1	8
LE PUY-EN-VEL.	Comede Loire	L'autre et l'autre-en-soi	Haddadi D.	8	24
LE PUY-EN-VEL.	Comede Loire	L'autre et l'autre-en-soi	Champavert P. Haddadi D.	2	24
MARSEILLE	AP Hôpitaux Mars.	Droit à la santé des étrangers	Demagny B.	4	11
MARSEILLE	AP Hôpitaux Mars.	Droit au séjour des étrangers malades	Demagny B., Crochet K.	4	8
MARSEILLE	CIDFF	Accès aux soins des étrangers	Ferchichi F.	1	25
MARSEILLE	Comede stage nat.	Droit à la santé des étrangers	Demagny B., Maille D.	4	20
MARSEILLE	Espace/Comede	Protection sociale des citoyens UE	Demagny B.	2	14
MARSEILLE	Espace/Comede	Protection sociale des citoyens UE	Demagny B.	2	12
MARSEILLE	Fnrns PACA	Accès aux soins des pers. sans domicil.	Demagny B., Vallois E.	2	15
MARSEILLE	Gisti/Comede	Droit au séjour des étrangers malades	Demagny B.	1	57
MARSEILLE	Irips	Protection sociale des migrants âgés	Demagny B.	2	100
MELUN	Hôpital et EMPP	Supervision consultation migrants	Wolmark L.	4	7
MONTPELLIER	Cicade	Protection sociale des ress. pays-tiers	Demagny B.	2	14
MONTPELLIER	CHRU	Protection sociale des citoyens UE	Demagny B.	4	15
NICE	Irips	Protection sociale des migrants âgés	Demagny B.	2	30
NICE	Espace/Comede	Droits sociaux des ress. pays-tiers	Demagny B.	2	14
NIMES	Codes 30	Accès aux soins des étrangers	Demagny B., Vallois E.	4	21
PANTIN	Aides	Droit au séjour des étrangers malades	Vallois E., Maille D.	4	21
PARIS	Anafé	Droit à la santé en zone d'attente	Veïsse A.	1	8
PARIS	Cimade	Etrangers malades en rétention	Veïsse A., Petruzzi M; Wolmark L.	2	12
PARIS	Cimade	Etrangers malades en rétention	Veïsse A.	2	15
PARIS	Gisti/Comede	Démarches d'admission au séjour	Maille D.	3	25
PARIS	Gisti/Comede	Protection sociale des étrangers	Maraval B.	1	25
PARIS	Gisti/Comede	Protection sociale des étrangers	Maille D.	1	25

Formation professionnelle en 2013 (suite)

Ville	Cadre	Intitulé/Contenu	Intervenants x demi-journ.	Demi-journées	Stagiaires x demi-jour.
SAINT-DENIS 93	Atelier santé ville	Protection maladie des citoyens UE	Maille D.	1	10
SAINT-DENIS 93	Maison de la santé	Protection maladie des citoyens UE	Maille D.	1	10
SAINT-DENIS 93	Maison de la santé	Accès à l'assurance maladie des étr.	Maille D.	1	8
SAINT-DENIS 93	Hôp. Delafontaine	Droit des étrangers et protect. maladie	Maille D., Maraval B.	1	10
SAINT-DENIS 93	Hôp. Delafontaine	Etrangers et accidents du travail	Maille D.	1	25
SAINT-DENIS 93	Hôp. Delafontaine	Protection maladie des citoyens UE	Maille D., Crochet K.	2	10
TORCY	Réseau AVIH	Droit au séjour pour raison médicale	Crochet K., Petruzzi M.	2	32
TOULON	Espace/Comede	Protection sociale des citoyens UE	Demagny B.	2	13
TOULON	Espace/Comede	Protection sociale des ress. pays-tiers	Demagny B.	2	12

Interventions publiques en 2013

- Amiens, Conférence Association Pourparlers, *Langues et clinique de l'exil*, Wolmark L.
- Bicêtre, Intercentre IDE, *Accès aux droits et aux soins des exilés*, Delbecchi G.
- Bicêtre, Reportage Medi1TV, *Santé et accès aux soins des migrants âgés*, Veisse A.
- Bobigny, Congrès national Aides, *Santé des migrants et droit au séjour*, Veisse A.
- Bobigny, Staff MI Hôpital Avicenne, *Droit au séjour pour raison médicale*, Fleury F.
- Bordeaux, 4ème journée hépatites et addictions, *Soins des migrants*, Revault P.
- Bruxelles, Université d'été MDM Belgique, *Genre et santé, les femmes exilées en France*, Wolmark L.
- Chambon / Lignon, Cada et Comede Loire, *Accès à la santé pour les demandeurs d'asile*, Veisse A.
- Lyon, Colloque Migrants âgés, *Santé et accès aux soins des migrants âgés*, Sallé J., Maraval B.
- Lyon, Rencontre Cimade, *Genre et santé*, Wolmark L.
- Marseille, Conférence Librairie l'odeur du temps, *Mères et bébés sans papiers*, Demagny B.
- Marseille, Rencontre Réseau Canebière, *Droit au séjour des étrangers malades*, Demagny B.
- Marseille, Ucsa Baumettes, *Droit au séjour des étrangers malades*, Vallois E., Demagny B.
- Neuilly / Marne, Colloque Rive - EPS Ville-Evrard, *Précarité administrative et clinique de l'exil*, Wolmark L., Nguyen A.
- Nîmes, Colloque Codes, *Protection sociale et accès aux soins des migrants âgés*, Demagny B.
- Paris, Audition Assemblée nationale, *Santé et accès aux soins des migrants âgés*, Veisse A., Maille D.
- Paris, Audition Assemblée nationale, *Santé mentale des exilés*, Veisse A., Wolmark L.
- Paris, Audition Sénat, *Violences faites aux femmes et santé des exilées*, Wolmark L., Flitti Y.
- Paris, Colloque Corevih IDF Centre, *VIH et migrants, La loi et l'accès aux soins des étrangers*, Veisse A.
- Paris, Institut Pasteur - Janssen, *Accès aux soins et aux droits des étrangers*, Revault P.
- Paris, Journée AP-HP sur les PASS, *La santé des migrants*, Veisse A, Polo Devoto J.
- Paris, Journée CPMS l'élan retrouvé, *Santé des exilés*, Nguyen A., Revault P.
- Paris, Journée DGS, *Education thérapeutique et inégalités de santé*, Revault P., Vescovacci K.
- Paris, LDH groupe étrangers, *Droit à la santé des étrangers*, Veisse A.
- Paris, Rencontre ADDE Comede Cimade, *Droit au séjour pour raison médicale*, Demagny B.
- Paris, Rencontre Migreurop-OEE, *L'enfermement des étrangers en Europe, L'OEE, bilan critique*, Veisse A.
- Paris, Séminaire MDM-FHF, *Santé et accès aux soins des étrangers*, Veisse A.
- Saint-Brieuc, Journée Réseau Louis Guilloux, *Violence et traumatisme chez les exilés*, Wolmark L.
- Saint-Denis, Journée Groupe SOS, *Santé des migrants*, Veisse A., Crochet K.
- Saint-Denis, Journée Mission banlieue MDM, *Orientation en santé mentale*, Wolmark L.
- Saint-Etienne, Regards croisés Comede Loire, *Hébergement d'urgence et détresse médicale*, Maraval B.
- Tours, Colloque CHU Tours, *Accès aux soins des migrants*, Crochet K.
- Villejuif, Assises de l'hospitalité en psychiatrie, *Quelle hospitalité pour les exilés en psychiatrie ?*, Wolmark L.

Enseignement en 2013

- DIU Faculté Médecine Créteil, *Prise en charge des PVVIH, Migration en France*, Revault P.
- DIU Faculté Médecine Grenoble, *Santé des exilés*, Revault P.
- DU MDM Université Paris 5, *Santé et précarité, Santé des exilés*, Veisse A.
- MSH Paris-Nord, Séminaire non lieux de l'exil, *Objets de l'exil*, Wolmark L.

**OBSERVATOIRE, RECHERCHE
ET GROUPES DES TRAVAIL**

Indicateurs d'observation

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 (voir présentation page 6) se fonde sur les recueils de données provenant de 4 sources :

- Consultations et interventions auprès des patients du Centre de santé (voir page 101),
- Consultations et interventions auprès des personnes accueillies à l'Espace santé droit avec la Cimade (voir page 111),
- Appels traités par les permanences téléphoniques (voir page 85),
- 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 77).

Depuis 2012, le Comede a mis en place un recueil systématique d'indicateurs de vulnérabilité sociale pour les patients du Centre de santé et les usagers des Permanences téléphoniques, qui sont 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'un programme informatique développé par le Comede. Les résultats figurent dans les chapitres d'observation du présent rapport. Les indicateurs retenus ((voir tableau ci-contre, définitions 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.

Compte tenu de la répartition des activités du Comede, les données recueillies en 2013 concernent principalement des migrants résidant en régions Ile-de-France et PACA.

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

DEMOGRAPHIE

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

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	
DS langue, allophone	TCS			
DS sans hébergement	TCS			
DS isolement relationnel	TCS			
DS isolement social	TCS			
DS sans droit au séjour	TCS			
DS sans accès alimentation	TCS			
DS 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, DS Critères de détresse sociale, voir page 46
* sur déclaration pour les étrangers malades*

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* (www.parcours-sante-migration.com). 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 sexuellement transmissibles* (voir ci-contre). 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 2013, le Comede a participé aux travaux de 29 groupes inter-institutionnels sur les questions de santé des exilés, d'accès aux soins et de droit à la santé des étrangers.

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, Programme national de lutte contre les hépatites
- DGS, Programme national de lutte contre le VIH
- DGS, Visite de prévention bénéficiaires AME
- DGS, DGCS, DSS, Cnam et PHI, médicaments
- DSS, Groupe de suivi AME
- Fédération nat. des centres de santé et Intercentres 94
- Groupe Egalité des droits sociaux
- MOM, 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

Etude des facteurs de risque et de vulnérabilité associés aux IST parmi les consultant.e.s du Comede

Méthodologie. Un questionnaire anonymisé portant sur des facteurs de risque d'exposition sexuelle et de vulnérabilité était proposé aux nouveaux patients majeurs du Centre de santé. Le bilan de santé (voir page 106) était complété d'un dépistage de Chlamydia trachomatis et de la syphilis. Au total 306 personnes ont été incluses entre décembre 2011 et décembre 2013, 155 femmes et 151 hommes.

Résultats et discussion. Les femmes sont beaucoup plus exposées aux IST (OR 4,23 [1,38-12,96]) avec une prévalence de 11% : prévalence de 7,6% pour l'infection à VIH, 3,9% pour chlamydia trachomatis, et 0,7% de cicatrice sérologique de syphilis (1 cas). A contrario, la prévalence des IST chez les hommes était de 2,9% : 0 cas de VIH, 2,3% de chlamydia et 0,8% 1 cicatrice sérologique de syphilis. Les différences entre les deux sexes peut s'expliquer en partie par des différences marquées entre les hommes et les femmes recrutées : notamment, 36% des hommes étaient originaires d'Asie du Sud (Bangladesh et Sri Lanka majoritairement), régions à faible prévalence du VIH), contre 2% des femmes, tandis que 95% des femmes étaient originaires d'Afrique sub-saharienne contre 56% des hommes (majoritairement Congo RD, Guinée et Côte d'Ivoire, pays à forte prévalence du VIH). De nombreuses autres différences étaient observées entre les deux groupes (situation familiale, délai sur le territoire français, vulnérabilité sociale, antécédents de violence, facteurs de risque d'exposition sexuelle..), d'où le parti pris d'une analyse séparée, et ciblée sur les femmes.

Après des analyses multivariées, les facteurs statistiquement associés à la présence d'une IST chez les femmes étaient le fait d'être originaire d'Afrique de l'Ouest, le risque perçu d'IST et l'antécédent d'avortement. Aucune corrélation n'est retrouvée dans l'étude entre IST et facteurs de vulnérabilité, mais il faut souligner l'absence de groupe contrôle : les femmes incluses étaient toutes très vulnérables, tant sur le plan social (70% étaient en situation de détresse sociale selon les critères du Comede), que sur le plan des violences subies (51% avaient subi des violences sexuelles et 67% des violences physique, 16% avaient déjà eu des rapports sexuels contre rémunération ou services). Par ailleurs, seules 22% ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport, et parmi celles ayant des partenaires occasionnels, 52% n'utilisent jamais de préservatif. Pourtant le niveau d'éducation de notre population d'étude est plutôt élevé (48% ont fait des études secondaires, et 27% universitaires), ainsi que le score de connaissance des IST (44% ont un score élevé, 45% un score moyen). Parmi les difficultés de prévention les plus citées, on retrouve les violences sexuelles, le manque d'information, et les difficultés de négociation avec le partenaire.

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. Parue en version informatique, l'édition 2013 (43 articles, 372 pages, voir ci-contre) correspond à la première partie de la mise à jour de l'édition 2008. Prévues pour 2015, l'édition papier intégrera la mise à jour de la seconde partie.

Le caractère pluridisciplinaire de l'intervention du 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%). Une mise à jour de ce livret est en projet avec l'INPES.

Quatre numéros de Maux d'exil, la revue du Comede sur la santé des exilés, ont été publiés en 2013. 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 4 700 lecteurs réguliers de Maux d'exil exercent principalement en régions Ile-de-France (53%, voir tableau page 86), Rhône-Alpes (6%) et PACA (5%). Chaque numéro est consacré à un

Publications en 2013

- ADDE, Cimade, Comede, *Admission au séjour pour raisons médicale, recueil de jurisprudence*, Vol. II.
- Attias-Donfut C., *Santé et vieillissement des immigrés en France*, Maux d'exil n°40.
- Belgherbi S., Fleury F., Romby A., *IST et facteurs de vulnérabilité chez les patients du Comede*, Maux d'exil n°39.
- Bianchi A., Mannoni C., Matra R., Vincenti-Delmas M., *Les CDAG/CIDDIST vers des actions hors les murs*, Maux d'exil n°39.
- Bonifay-Besson C., Chaussignand C., Toullier A., Demagny B., Richard C., *Etrangers malades : pour une réforme urgente*, Maux d'exil n°41.
- Case de santé, *Ici et là-bas pour les Chibani.a.s*, Maux d'exil n°40.
- Colomb P., *Faire émerger la parole pour aider les demandeurs d'asile LGBT*, Maux d'exil n°42.
- Comede, *Droit à la santé des étrangers : état d'alerte*, Dossier Maux d'exil n°41.
- Comede, *Lesbiennes, Gays, Bi et Trans, expériences d'exil*, Dossier Maux d'exil n°42.
- Comede, *Migrants et infections sexuellement transmissibles*, Dossier Maux d'exil n°39.
- Comede, *Santé et accès aux soins des migrant.e.s âgé.e.s*, Dossier Maux d'exil n°40.
- Comede, *Guide Soins et accompagnement des migrants/étrangers en situation précaire*, édition 2013.
- Comede, *Vieillirons-nous bien ensemble ?*, Maux d'exil n°40.
- Corty J.F., Pauti M.D., *VIH, IST, hépatites : le combat doit continuer*, Maux d'exil n°39.
- Czernichow P., Luzurier Q., *Prévenir les IST et le VIH chez les migrants*, Maux d'exil n°39.
- Herr Véronique., *Bilan de santé et prévention du bile-vieillir*, Maux d'exil n°40.
- Izambert C., Lalande M., *Sans-papiers : la bourse ou la vie*, Maux d'exil n°41.
- Maille D., contribution au Rapport Morlat 2013, *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH*.
- Maille D., Crochet K., Delbecchi G., Maraval B., *Un combat ordinaire : ouvrir des droits à la Sécu*, Maux d'exil n°41.
- Marchand A., Pauti M.D., Revault P., *En Guyane, au prétexte de la sécurité*, Maux d'exil n°41.
- Mechali A., Mier D., *Sandra*, Maux d'exil n°42.
- Romby A., Fleury F., Revault P., *Migrants en situation de vulnérabilité et tuberculose, suivi et dépistages autour des cas, enquête au Centre de santé du Comede*, BEH 28-29.
- Sibley A., *Mariage homosexuel, quel droit au séjour ?*, Maux d'exil n°42.
- Veisse A., Mestre C., *Une politique décomplexée, ou responsable ?*, L'autre, Vol. 14, N°1.
- Wolmark L., « *Je suis allée à la manif dimanche...* », Maux d'exil n°42.
- Womark L., *Montrer l'endroit pour dire l'envers*, lecture de *Le milieu de nulle part*, de Voltaire C. et Bazin P.

dossier proposant 4 regards croisés sur le même thème. Les dossiers 2013 ont été consacrés aux IST (*Migrants et infections sexuellement transmissibles*, n°39, mars) ; au vieillissement (*Santé et accès aux soins des migrant.e.s âgé.e.s*, n°40, juin) ; à l'accès aux soins et aux droits (*Droit à la santé des étrangers : état d'alerte*, n°41, septembre) et aux personnes LGBT (*Lesbiennes, Gays, Bi et Trans, expériences d'exil*, n°42, décembre). Outre les articles parus dans Maux d'exil, le Comede a notamment publié dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire et la revue l'Autre. Au total, les membres du Comede ont réalisé **25 publications spécialisées** au cours de l'année 2013.

ACTION DU COMEDE EN GUYANE

Depuis 2008, en partenariat avec Guyane promo santé -GPS), le Comede développe des actions de formation pour les acteurs sanitaires et sociaux guyanais dans le domaine de l'accès aux droits et aux soins des personnes migrantes en situation de vulnérabilité.

Un partenariat avec l'ARS (Agence Régionale de la Santé) de Guyane a été construit en 2012, sur la base du diagnostic réalisé par le Comede et GPS, qui avait pour finalité en 2013 et 2014 l'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des publics vulnérables issus de la migration en Guyane. Il s'inscrit dans l'un des objectifs généraux du Programme Régional de Santé de la Guyane (PRS) 2011-2015 : « Réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins », qui comprend 3 axes opérationnels vivant à :

- « 1. Faciliter l'accès au droit à l'Assurance Maladie des populations établies en Guyane ;
2. Améliorer l'impact des programmes de promotion de la santé et de prévention auprès des populations géographiquement et ou socialement isolées ;
3. Faciliter l'accès aux soins, somatiques et psychiques, des populations géographiquement et ou socialement isolées. »

L'action s'inscrit dans le SROS (Schéma Régional d'Orientation Sanitaire) et le PRAPS

de l'ARS 2011-2015 ; en particulier de :

- l'axe 1 : l'accès aux droits à travers la création d'un Comité opérationnel de suivi de l'accès aux droits de Cayenne et la mutualisation avec le Comité Opérationnel pour l'Égalité d'accès aux droits, aux soins et à la prévention, de l'Ouest Guyanais ; de l'objectif 3 : Assurer le suivi des questions d'accès aux droits ;
- L'axe 2 : l'accès aux soins et la continuité des soins à travers la mise en place des actions de sensibilisation en faveur des professionnels de santé afin de diffuser les bonnes pratiques en charge des personnes vulnérables par l'organisation des sessions d'information en lien avec les URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) ; de l'objectif 3 : Sensibiliser aux bonnes pratiques de prise en charge des publics précaires.

Suite à la formation d'octobre 2012 réalisée par le Comede au-delà de Cayenne avec des participants issus de la société civile, d'établissements sanitaires et sociaux, de praticiens libéraux, de Kourou, à Saint-Laurent-du-Maroni, Saint-Georges et Maripasoula, la nécessité d'accompagner les soignants sur les aspects déontologiques et éthiques a été considérée comme le premier axe à approfondir. Effectivement, lors des Enseignements Post-Universitaires (EPU), un certain nombre de situations concrètes ont été rapportées pour lesquelles les soignants (essentiellement médecins et sages-femmes) ont rapporté leur autolimitation à prescrire des examens diagnostics pourtant nécessaires (ne serait-ce qu'en termes de diagnostic différentiel), voire l'administration de traitements simplifiés ou sans contrôle de leur efficacité. Dans ce contexte, le rappel des principes déontologiques mis en application sur la base de situations concrètes rapportées par les participants, ainsi que l'approfondissement des droits et dispositifs d'accès aux soins, pourraient améliorer les savoirs faire et savoirs être des praticiens.

Au-delà de la méconnaissance des dispositifs d'accès aux soins, par ailleurs complexes et comportant des différences avec l'hexagone, des obstacles aux soins ont été souvent

retrouvés dans les situations exposées, qu'il s'agisse de difficultés liées aux droits, ou de procédures de la CGSS, de décisions d'orientation médicale de Saint-Georges vers Cayenne à travers les barrages de police, qui questionnent les procédures d'orientation et l'articulation avec le Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne (CHAR). Ainsi, si un second axe devrait porter sur l'amélioration des pratiques de la Caisse Générale de Sécurité Sociale de Guyane (CGSS), il est apparu nécessaire d'approfondir un troisième axe en parallèle à travers un processus de mise en cohérence des réponses apportées en santé publique, associant, sous l'autorité de l'ARS), les acteurs impliqués, y compris la préfecture dans des groupes de travail et un atelier de restitution.

Formation-sensibilisation de la CGSS et premiers ateliers avec les acteurs socio-sanitaires. Le Comede a réalisé dans un premier temps pendant trois semaines en avril 2013 des formations-sensibilisation en direction de la CGSS, des praticiens et des équipes sociales et sanitaires des hôpitaux, associées à des rencontres avec les institutions en charge. La participation du Comede aux deux comités opérationnels de l'accès aux droits devait permettre de préparer la tenue d'un atelier de synthèse dans un deuxième temps entre 2013 et 2014 pour apprécier l'évolution de l'accès aux droits aux soins et faciliter l'élaboration de recommandations opérationnelles. En synthèse :

1. A l'issue de la formation des agents de la CGSS les recommandations suivantes étaient formulées:

- Organiser la transmission par la caisse de la réglementation interne applicable, aux partenaires qui en font la demande (« transparence réglementaire ») et diffuser un organigramme de la Caisse, identifier un interlocuteur au niveau du siège ayant une vision transversale des dispositifs (articulation Assurance maladie et AME notamment) ;
- Prévoir un temps de formation approfondi des cadres et un suivi des pratiques sur (1) les conditions d'immatriculation (définitive et

provisoire), (2) le lien entre durée (et « qualité ») du titre de séjour et durée d'ouverture des droits, (3) les conditions de rattachement des ayants droit (essentiellement mineurs) ;

- Renforcer les moyens affectés à l'aide pour la constitution des dossiers avec les usagers ;
- Réduire les délais de traitement en procédure normale ;
- Sensibiliser les professionnels du médico social à l'usage responsable des demandes de traitement accéléré des dossiers « lorsque la situation (médicale) l'exige » ;
- Diffuser quelques indicateurs supplémentaires sur les résultats attendus, tant quantitatifs, que qualitatifs, en termes de délais de réponse, de difficultés rencontrées particulièrement.

2. Les rencontres avec les praticiens médecins, sages femmes et services hospitaliers sur les questions déontologiques et l'accès aux soins a mis en avant les priorités suivantes, confirmées par le COPEASOG, notamment la facilitation de l'accès aux soins pour des publics en situation de vulnérabilité, remise en cause l'existence des barrages de police sur les axes routiers. De toute façon et en attendant la mise en œuvre de cette recommandation, les points suivants sont à prendre en considération rapidement :

- Clarification de la procédure de passage au barrage et information communiquée à l'ensemble des soignants,
- Rendre possible pour l'ensemble des médecins, voire les sages-femmes, qu'ils/elles soient hospitaliers ou non, de réaliser un certificat non descriptif qui facilite le passage, sans établissement d'un laissez passer par la préfecture et d'avis de l'ARS ;
- Faciliter l'accompagnement par les parents de leurs enfants lorsqu'un bilan ou des soins sont nécessaires au CHAR, quel que soit le statut administratif de ceux-ci ;
- Assurer le secret médical sans que les autorités administratives préfectorales et les forces de police aux barrages n'aient accès aux informations sur la santé des personnes ;
- Développer un travail en réseaux entre praticiens sur les questions du droit au séjour pour raison médicale.

Des rappels ont également été adressés aux directions hospitalières sur le fait :

- qu'un traitement médical doit être conduit dans le cadre des recommandations scientifiques actualisée et protocoles médicaux en vigueur, quel que soit le statut administratif de la personne, sans porter atteinte à la qualité des soins ;
- qu'il n'y a donc pas d'obstacle à ce que les examens prénataux prévus soient complets pour les femmes enceintes suivies au CHOG ;
- que les PASS ne devraient pas voir leur plateau technique dégradé en cas d'épidémie de dengue, ce qui revient à ne pas pouvoir assurer la continuité des soins chez des malades chroniques (hypertension, diabète, et autres pathologies) et à prévenir la survenue de complications chez des personnes sans soins ;
- qu'il convient de former et sensibiliser les praticiens sur le droit au séjour pour raison médicale, les questions de déontologie médicale et la nécessité d'un travail pluridisciplinaire en particulier sur les questions de titre de séjour ;
- qu'il convient de faciliter l'obtention à partir de la pharmacie de l'hôpital des molécules thérapeutiques nécessaires et prescrites, pour les personnes en rupture de droit de protection maladie, ou dont les pharmacies privées refusent de prendre un justificatif qu'elles considèrent comme non valide.

3. Concernant les rencontres avec les autorités préfectorales de Cayenne, un refus a été opposé à la demande de suppression des barrages de police, comme la demande de clarification de la procédure, ou encore la possibilité pour les médecins et sages femmes de rédiger simplement un laissez passer. Le Comede rappelle que les questions d'inégalité de traitement dans le domaine de la santé sont justement une priorité pour le ministère de la santé, et ce en accord avec les conclusions des études internationales sur le sujet (OMS, 2008, M. Marmot), et de l'engagement international de la France. Les réponses de type « humanitaire » sont donc inadaptées et ponctuelles et la confidentialité des informations médicales doit être respectée. Fin 2013, le collectif Migrants Outre Mer (voir MOM

page 129) a en conséquence introduit un recours contre l'arrêté de reconduction de ce type de sur le fondement du droit à la santé des étrangers en situation administrative précaire et des peuples autochtones dépourvus de documents prouvant leur identité.

Comede 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 **9 009 consultations en 2013**, soient 38 consultations par jour en moyenne, pour une file active de **2 297 personnes** reçues en consultation, et d'environ 3 000 si l'on ajoute celles reçues à l'accueil pour une information et une orientation (estimation à partir du recueil d'activité de l'accueil sur l'année). La stabilisation du nombre global de consultations (+2% versus 2012, voir tableau ci-dessous) recouvre des évolutions différentes selon les services : forte augmentation des consultations socio-juridiques (+22%) et d'éducation thérapeutique (+21%), essor des consultations d'ostéopathie depuis leur reprise au Centre de santé en 2012, stabilité des consultations de psychothérapie (+1%) et de médecine (-2%), et diminution des consultations infirmières (-9%), en partie redéployées vers les activités de prévention spécialisée.

A moyens constants, la priorité donnée par le Centre de santé aux personnes les plus vulnérables a conduit à une progression du nombre moyen de consultations par patient (3,9 vs 3,6 en 2012), et à une diminution de la file active globale (-6%). L'accueil des groupes vulnérables a continué d'augmenter en 2013 : femmes (+8%), mineurs <18 ans (+25%) et personnes ≥60 ans (+7%), de même que pour

3606 consultations en langue étrangère

Partenariat avec l'association Inter-service migrants

Langue	n	%	Langue	n	%
Bengali	867	24%	Soninke	42	1%
Anglais	713	20%	Portugais	35	1%
Tamoul	588	16%	Turc	33	1%
Russe	467	13%	Hindi	23	1%
Lingala	185	5%	Kurde	19	1%
Ourdou	158	4%	Wolof	18	<1%
Pular	147	4%	Roumain	14	<1%
Bambara	81	2%	Malinke	12	<1%
Arabe	78	2%	Farsi	11	<1%

les exilé.e.s originaires d'Afrique de l'Ouest (+14%) et d'Afrique centrale (+4%) qui cumulent les facteurs de vulnérabilité (voir Etat de santé page 46). Début 2014, l'équipe d'accueil, de consultation et de coordination des soins compte 20 salarié.e.s et bénévoles pour 14 équivalents temps plein.

CARACTERISTIQUES DES CONSULTATIONS

La durée moyenne de suivi des patients est de 10 mois (voir tableau infra). Plus courte en médecine (8 mois), elle est de 15 mois en psychothérapie et de 21 mois au service social et juridique. Quarante pour cent des consultations du Centre de santé ont lieu en **langue étrangère** (47% en psychothérapie,

Consultations du Centre de santé

TYPE DE CONSULTATION ET DE COMMUNICATION

2013	n	%	13/12	FA n	FA %	Cs par patient	Suivi moyenne	Cs LE	interprète sur place	interp. par tél.
Cs médicales	3704	41%	-2%	1473	64%	2,5	8 mois	42%	22%	3%
Cs infirmières	2373	26%	-9%	1827	80%	1,3	7 mois	42%	21%	1%
Cs psychologiques	1316	15%	+1%	269	12%	4,9	15 mois	47%	36%	-
Cs socio-juridiques	764	8%	+22%	346	15%	2,2	21 mois	33%	20%	3%
Cs éducation théra.	489	5%	+21%	167	7%	2,9	17 mois	38%	28%	<1%
<i>dont groupe</i>	166	2%	nc	111	5%	1,5	16 mois	30%	24%	-
Cs ostéopathie	363	4%	nc	139	6%	2,6	7 mois	1%	<1%	-
Total	9009	100%	+2%	2297	100%	3,9	10 mois	40%	23%	2%

42% en consultation médicale et infirmière), 23% en présence d'un interprète professionnel (36% en psychothérapie), et 2% avec un interprète par téléphone. Ces consultations ont été effectuées en 56 langues, principalement en bengali, anglais, tamoul, russe, lingala, ourdou et pular (voir tableau page précédente). Les contraintes budgétaires ne permettent ainsi de couvrir que 63% des besoins d'interprétariat professionnel, les autres consultations en langue étrangère étant effectuées directement par les consultants du Comede (25%, majoritairement en anglais) et à l'aide d'un accompagnateur (12%).

La moitié des patients du Centre de santé sont **orientés** par des particuliers (49% en 2013), 29% par des associations (France terre d'asile 15%), 10% par des services publics, et 6% par des services de santé (voir tableau ci-dessous).

Orientation vers le Centre de santé et à partir des consultations

2297 patients et 9009 consultations

2013	A l'entrée	A la sortie
Associations de soutien	30%	14%
Cimade	2%	1%
Dom'asile	1%	<1%
France terre d'asile	15%	1%
Secours catholique	1%	1%
Avocats et CRR/CNDA	1%	1%
Médias, internet	2%	-
Particuliers	50%	-
Comede patient	2%	-
Exilé ou proche	28%	-
Famille	4%	-
Services publics	11%	20%
ASE	3%	<1%
AS Ville	1%	1%
Cada	1%	<1%
Ofii	2%	<1%
Ofpra	1%	<1%
Mairie, CCAS	<1%	2%
Préfecture	<1%	2%
Samu social	<1%	2%
Sécurité sociale	<1%	10%
Services de santé	6%	65%
Centre de santé	1%	<1%
Centre médico-psy.	<1%	2%
Hôpital	1%	26%
dont Hôpital PASS	<1%	12%
Laboratoire d'analyses	1%	14%
Médecin Ville	1%	15%
PMI	<1%	3%
Total	100%	100%

Expertise sociale et juridique

9009 consultations

2013	Accès aux soins	Dem. asile	Droit séjour
Cs médicales	12%	12%	7%
Cs infirmières	25%	9%	6%
Cs psychologiques	1%	2%	1%
Cs socio-juridiques	37%	21%	28%
Cs éducation thér.	14%	4%	7%
Total	14%	9%	6%

Les orientations externes réalisées depuis les consultations du Centre de santé concernent majoritairement les services de santé (total 65%, hôpital 26%, médecine ambulatoire 15%), ainsi que les services publics (20%). Près d'un tiers des consultations requièrent une **expertise sociale et juridique** (29% en 2013, voir tableau ci-contre), pour faire face aux difficultés d'accès aux soins (14% du total, 37% des consultations socio-juridiques et 25% des consultations infirmières); au contexte de la demande d'asile (9% du total, 21% au service social et juridique, 12% en médecine); ainsi qu'à l'accès au séjour pour raison médicale (6% du total et 28% des consultations socio-juridiques).

Les consultations médicales sont accessibles sur rendez-vous délivrés par le service Accueil, par téléphone (☎ 01 45 21 38 40) ou directement au Centre de santé pour les patients ayant des difficultés à joindre le standard ou qui se présentent spontanément la première fois. Les rendez-vous sont donnés en priorité aux personnes en situation de vulnérabilité sociale (voir Etat de santé page 46), les consultations infirmières intervenant en appui de l'accueil pour les situations complexes, ou pour les personnes qui ne peuvent attendre le délai en rendez-vous en médecine. Par la suite et selon la situation, les médecins proposent des rendez-vous avec les autres services. Pour les patients pris en charge au Centre de santé, les consultants disposent d'une partie des rendez-vous dédiés au suivi (3 sur 6 en médecine et 4 sur 5 en psychothérapie par demi-journée de consultation).

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	13	1%	-	8	5	2	-	1	1	10	-	6	4
Afrique centrale	640	28%	30	590	50	263	19	225	19	377	11	335	31
Afrique de l'Est	47	2%	-	47	-	27	-	27	-	20	-	20	-
Afrique du Nord	58	3%	6	49	3	38	6	29	3	20	-	20	-
Afr. de l'Ouest	665	29%	55	591	19	429	43	380	6	236	12	211	13
Amér. du Nord	2	<1%	-	2	-	1	-	1	-	1	-	1	-
Amér. du Sud	4	<1%	-	4	-	2	-	2	-	2	-	2	-
Asie centrale	17	1%	2	14	1	14	2	12	-	3	-	2	1
Asie de l'Est	48	2%	1	45	2	39	-	38	1	9	1	7	1
Asie du Sud	608	26%	15	583	10	531	15	511	5	77	-	72	5
Caraiïbes	11	<1%	1	10	-	3	-	3	-	8	1	7	-
Europe de l'Est	138	6%	5	121	12	78	5	70	3	60	-	51	9
Europe de l'Ou.	19	1%	8	10	1	11	5	5	1	8	3	5	-
Moyen-Orient	25	1%	8	17	-	19	8	11	-	6	-	6	-
Apatrides & inc.	1	<1%	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-
Total	2297	100%	131	2063	103	1459	102	1318	39	838	29	748	64

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

CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

En 2013, la file active du Centre de santé était de 2 297 personnes vues en consultation (estimation 3 000 avec celles reçues exclusivement à l'accueil). Parmi les patients reçus en consultation, on compte 37% de femmes (vs 32% en 2012), 6% de mineurs <18 ans et 4% de personnes âgées ≥60 ans. Les trois quarts ont fait une demande d'asile

(76%), et 70% sont des nouveaux patients (première consultation en 2013). Jeunes (âge médian 33 ans, moyen 35 ans), ils sont récemment arrivés en France (en moyenne depuis 2 ans et médiane 1 an lors des consultations 2013, et 6 ans en moyenne pour les migrants ≥60 ans. Les patients du Centre de santé du Comede sont originaires de 83 pays (voir détail des nationalités page 39), principalement d'Afrique de l'Ouest (29%, dont

Patients du Centre de santé

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD asile	Nouv. patients
Total	2297	100%	37%	33 ans	35 ans	1 an	2 ans	42%	76%	70%

Groupes vulnérables

Dem. asile	1743	76%	35%	32 ans	34 ans	1 an	1 an	42%	100%	69%
Malades	976	42%	39%	35 ans	36 ans	1 an	3 ans	100%	68%	48%
Femmes	841	37%	100%	33 ans	36 ans	1 an	2 ans	45%	68%	72%
Mineurs<18	131	6%	22%	16 ans	14 ans	0,5 an	2 ans	12%	5%	85%
Agés≥60	103	4%	65%	66 ans	67 ans	0,5 an	6 ans	51%	42%	74%

Région d'origine

Afrique O.	665	29%	35%	31 ans	33 ans	0,5 an	2 ans	52%	65%	68%
Afrique C.	640	28%	59%	35 ans	37 ans	1 an	2 ans	48%	70%	68%
Asie du S.	608	26%	13%	31 ans	33 ans	1 an	2 ans	29%	87%	73%
Europe E.	138	6%	43%	38 ans	41 ans	1 an	3 ans	45%	75%	64%
Afrique N.	58	3%	40%	36 ans	39 ans	1 an	3 ans	38%	16%	83%

Guinée Conakry 12%), d'Afrique centrale (28%, dont Congo RD 21%), d'Asie du Sud (26%, dont Bangladesh 15% et Sri Lanka 9%), d'Europe de l'Est (6%), et d'Afrique du Nord (3%). Les femmes sont davantage représentées parmi les patient.e.s d'Afrique centrale (59%), d'Europe de l'Est (43%) et d'Afrique du Nord (40%). La moyenne d'âge est plus élevée parmi les patients d'Europe de l'Est (41 ans), d'Afrique du Nord (39 ans), et d'Afrique centrale (37 ans). Les maladies graves et/ou chroniques sont plus fréquentes parmi les femmes (45%), les personnes ≥60 ans (51%), ainsi que chez les exilés originaires d'Afrique de l'Ouest (52%), d'Afrique centrale (48%) et d'Europe de l'Est (45%). La proportion de personnes ayant fait une demande d'asile est plus élevée chez les personnes originaires d'Asie du Sud (87%) et d'Europe de l'Est (75%). Les caractéristiques des principaux groupes vulnérables sont détaillées dans les chapitres Populations (page 38) et Etat de santé (page 45). Selon les données de facturation des consultations médicales 2012, 98% des patients du Centre de santé étaient domiciliés en Ile-de-France, principalement à Paris (32%), en Seine-Saint-Denis (21%), et dans le Val-de-Marne (21%).

Plus de 40% des patients suivis en 2013 étaient atteints de maladie.s grave.s et/ou chronique.s, dont les plus fréquentes sont les troubles psychiques (36%), les maladies cardio-vasculaires (15%), l'Infection à VHB (13%), le diabète (9%), l'infection à VHC (4%), l'asthme persistant (3%), et l'infection à VIH (3%), voir Epidémiologie, chapitre Etat de santé page 51.

Maladies graves dépistées et observées chez les patients du Centre de santé

2013	n	%
Maladies chroniques	518	40%
Asthme persistant	41	3%
Cancer	10	1%
Diabète	114	9%
Handicap	16	1%
Insuffisance rénale chron.	7	1%
Maladies cardio-vasculair.	192	15%
Maladies infectieuses et p.	314	24%
Infection par le VHB	164	13%
Infection par le VHC	46	4%
Infection par le VIH	37	3%
Anguillulose intestinale	18	1%
Tuberculose	13	1%
Troubles psychiques	470	36%
Total	1302	100%

Evolution de la vulnérabilité sociale

Les situations de vulnérabilité sociale des patients sont régulièrement évaluées au cours du suivi (voir données d'observation dans le chapitre Etat de santé page 46). Sur une durée moyenne de 6 mois entre la première et la dernière évaluation effectuée pour chaque patient, la situation s'est améliorée en premier lieu sur le plan de la protection maladie (+27 points, le taux de patients dépourvus a baissé de 80% à 53%, voir tableau), dans une moindre mesure sur le plan des ressources (+12, de 72% à 60%), de l'hébergement (+9, de 40% à 31%), du séjour (+8, de 42% à 34%), et plus faiblement en matière d'accès à l'alimentation (+4, de 26% à 22%), d'isolement social (+4, de 25% à 21%), et d'isolement relationnel (+2, de 28% à 26%). Le nombre de patients en situation de détresse sociale a diminué de 10 points (de 30% à 20%).

	Date médiane	n	1 pas Com	2 Héb préc.	3 pas proche	4 pas acc.	5 pas séjour	6 pas PMal.	7 pas alim.	8 pas ress.	Dét. soc.
1ère éval.	18/07/12	1688	41%	40%	28%	25%	42%	80%	26%	72%	30%
Der. éval.	21/01/13	1601	41%	31%	26%	21%	34%	53%	22%	60%	20%

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 détresse sociale, et bénéficient d'un accueil prioritaire.

- **Alimentation.** Lors des derniers jours, avez-vous pu manger à votre faim ? Vous êtes-vous privé d'un repas pour des raisons financières ?
- **Langue.** Pas de maîtrise orale suffisante du français ou de l'anglais pour demander son chemin, comprendre les résultats d'un bilan, effectuer une demande de droits.
- **Hébergement précaire.** Y a-t-il des problèmes avec l'hébergement ? selon la personne
- **Isolement relationnel.** N'avoir personne sur qui compter, avec qui partager mes émotions
- **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.

SERVICE D'ACCUEIL ET D'ADMINISTRATION

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 et fréquemment non francophones. Chaque patient est reçu pour un entretien d'un quart d'heure en moyenne, où l'accueillant explique le fonctionnement 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. Les caractéristiques des appels et accueils physiques réalisés sont détaillés dans l'encadré ci-contre. 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 réseau social et contribue à l'accès à différents services : apprentissage du français, formation professionnelle, ou encore rencontre de compatriotes. Cette activité est essentielle et les cliniciens constatent l'évolution plus favorable des personnes qui en bénéficient, alors qu'elles sont

Accueil physique et accueil téléphonique

6688 appels et accueils caractérisés en 2013

- En 2013, les agents d'accueil ont traité **4 731 appels** téléphoniques (21 par jour) et accueilli directement **1 957 patients** (9 par jour), dont un tiers avaient déjà un dossier au Centre de santé. On estime à environ 700 personnes la file active des personnes reçues exclusivement à l'accueil en 2013.
- 91% des sollicitations concernaient une **demande de rendez-vous**, dont 76% en médecine, 7% en vue d'un certificat médical destiné à la demande d'asile, 6% pour un soutien à la demande de régularisation pour raison médicale, et 3% pour une demande de psychothérapie. Seules 35% des demandes de rendez-vous ont pu être honorées en 2013.
- 1467 situations ont conduit à une **orientation** externe (22%), principalement services de santé (total 62%, médecine ambulatoire 36%, hôpital 18%, CMP 2%), associations (32% ; Permanences téléphoniques Comede 20%, Cimade 2%), et services de l'Etat (4%, Sécurité sociale 2%).
- 438 sollicitations comportaient une **demande d'information** (7%, de la part de professionnels dans 63% des cas), principalement dans les domaines social et juridique (68%), médical (54%) et psychologique (10%). Une partie des réponses lors des entretiens téléphoniques s'inscrit dans le cadre des permanences téléphoniques du Centre de santé (estimation 200 appels en 2013, voir page 86).

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. Les intervenants de l'accueil sont également conduits à rechercher des services de domiciliation, d'aide alimentaire ou encore d'appel du 115 pour des besoins en matière d'hébergement d'urgence.

En avril 2014, le service accueil est constitué de 4 salarié.e.s et 2 bénévoles, pour un équivalent de 2,5 ETP au contact des patients et de 0,5 ETP pour les tâches administratives et de secrétariat.

Centre de vaccination

851 vaccinations ont été effectuées en 2013 pour 414 personnes (35% de femmes), dont 348 étaient âgées de 15 à 44 ans. L'activité de vaccination est partagée entre la consultation infirmière (61%) et médicale (39%). Les principaux vaccins utilisés ont été Genhevac B (37%), Revaxis (25%), Boostrix tetra (23%), et Priorix (8%). Quatre-vingt huit personnes ont eu des injections multiples d'un même vaccin : 62 pour le Genhevac B, 17 pour le Revaxis et 9 pour le Priorix. La combinaison la plus fréquente associe une primo-vaccination contre le VHB et un rattrapage de la vaccination DTP.

SERVICE INFIRMIER

Les infirmier.e.s ont effectué **2 373 consultations** pour 1 827 patients, 42% des entretiens s'étant déroulés en langue étrangère. Les consultations du service Infirmier sont assurées par 2 salarié.e.s pour un équivalent de 1 plein-temps auprès des patients. En dehors des prestations de prévention spécialisée (voir ci-dessous), les consultations du service Infirmier interviennent en complément et en appui du service Accueil pour les missions d'évaluation et d'orientation des 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 109).

Les consultations infirmières comportent des missions de prévention spécialisée, notamment en matière d'**éducation pour la santé**, qui a 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 abordent notamment les questions de contraception et sexualité, de prévention et dépistage des IST, de facteurs de risque des maladies chroniques, enfin de suivi de grossesse et post-accouchement (voir page 18). Enfin, 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 **3 704 consultations**, dont 42% en langue étrangère, pour 1 473 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 de prévention, psychothérapeutiques, socio-juridiques et ostéopathiques. L'écoute et le soutien sont 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 recommandé (voir Etat de santé page 51).

Le **bilan de santé** a été effectué chez 90% des patients reçus en 2013, au Comede dans 89% des cas (11% par un autre service médical avant le recours au Comede). Au terme de la première consultation et avec l'accord de la personne, les médecins 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 (voir Epidémiologie page 51). Ce bilan est complété, le cas échéant, par d'autres examens indiqués au terme de l'examen clinique.

Les **prescriptions médicales** sont réalisées dans les pharmacies et laboratoires de ville du lieu de vie, lorsque les personnes détiennent une protection maladie intégrale (voir Accès aux soins page 71). Les premières consultations de médecine peuvent conduire à la délivrance de médicaments par la pharmacie du Comede (54%, voir encadré), 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.

La consultation de médecine relève d'une **expertise médico-juridique** dans 31% des cas, en matière d'accès aux soins (12%), de droit d'asile (12%), et de droit au séjour pour raison médicale (7%). Sous la pression exercée par les acteurs du droit d'asile, la demande de certificat médical « constatant » les séquelles de violence et de torture reste forte, les moyens 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 87% des cas en 2013), un rendez-vous ultérieur consacré à sa rédaction. Les médecins du Comede ont délivré 162 « certificats pour l'asile » sur l'année, soit pour 11% 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 49 patients en 2013,

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 2013, la pharmacie a honoré **4 663 prescriptions** correspondant à 1 990 consultations concernant 1 005 patients, soit 44% de la file active. Les molécules les plus utilisées reflètent les caractéristiques épidémiologiques de la population reçue au centre de santé : psychotropes (26%), antalgiques (22%), gastro-entérologiques (14%), cardiologiques et antihypertenseurs (10%), dermatologiques (8%), anti-inflammatoires et myorelaxants (5%), ORL (5%), antidiabétiques oraux (3%), antibiotiques et antiparasitaires (3%).

soient 80% des cas de demande, dans un contexte très restrictif à l'égard des étrangers malades (voir Droit au séjour pour raison médicale page 75).

EDUCATION THERAPEUTIQUE

Un médecin et une infirmière ont effectué **489 consultations d'éducation thérapeutique**, dont 39% en langue étrangère et 34% en groupe, pour 167 patients, soit 2,9 consultations par patient. Parmi eux, en 2013 :

- 58 ont eu une seule consultation d'ETP,
- 31 ont eu 2 consultations d'ETP
- 23 ont eu 3 consultations d'ETP,
- 55 ont eu plus de 3 consultations (4-12).

Pour les personnes atteintes de maladies chroniques, l'éducation thérapeutique vise à :

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

La plupart des patients attendent que les interventions soient centrées sur leurs conditions de vie, l'accès aux soins, un soutien psychologique, la mise en place de l'éducation thérapeutique pouvant ainsi être décalée.

Les consultations d'éducation thérapeutique sont notamment destinées aux personnes atteintes d'asthme, de diabète, d'hypertension artérielle et d'hépatite virale chronique. 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. Pour les patients porteurs du VHB et/ou du VHC, le Comede co-anime, avec SOS Hépatites et un patient expert, des réunions 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 2013 et avec le renfort d'un nutritionniste, le Comede a également développé 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

En 2013, 6 ostéopathes bénévoles ont effectué **363 séances d'ostéopathie pour 139 patients**, soit 2,6 séances par personne. L'ostéopathie est fondée sur 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 **1 316 entretiens pour 269 patients**, dont 47% en langue étrangère. En 2013, les consultations ont été assurées par 4 salarié.e.s pour un équivalent de 1 plein-temps auprès des patients. La durée moyenne de suivi des patients est de 15 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 48). En 2013, en partenariat avec Médecins sans frontières et suite à la fermeture du Centre d'écoute et de soins de MSF à Paris, le service psychothérapie et santé mentale du Comede a assuré la continuité des soins pour des patients précédemment suivis par MSF et en très grande difficulté sociale et psychologique.

Au Centre de santé, 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 51). 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 48).

Si les violences ont un grand impact sur la vie psychique des personnes, 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. En outre, la précarité sociale et administrative associée au contexte politique de l'accueil en France induit fréquemment une souffrance psychique importante. 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 syndrome psychotraumatique 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 souvent à de fortes résistances pour ce public. En effet, les CMP se trouvent déjà en grande difficulté face à la prise en charge d'autres populations en situation précaire, et

Délai d'amélioration de l'état psychique

Depuis 2012, les psychologues indiquent une date d'amélioration de l'état psychique au cours de la psychothérapie, à partir de plusieurs groupes d'indicateurs : relation aux autres / vie affective, mobilité des pensées et des représentations, perception par le patient, disparition d'autres symptômes fréquents. Si cet indicateur a été peu renseigné en 2013 (44 fois), les situations documentées permettent toutefois d'observer un délai médian d'amélioration de 4 mois et un délai moyen de 6 mois. L'augmentation du nombre des données permettra de faire apparaître d'éventuelles différences selon le tableau clinique et les caractéristiques des patients.

sont par ailleurs peu formés aux spécificités du contexte de l'exil. L'argument d'absence d'interprète ou de « spécificité culturelle » est souvent mis en avant pour justifier la non-délivrance de soins (voir aussi Permanence téléphonique Santé mentale pages 85 et suiv.).

Le service Psychothérapie et santé mentale est également investi dans les activités du Centre-ressources (voir page 85), notamment dans le cadre des permanences téléphoniques nationales (mise en place de la permanence Santé mentale en octobre 2012), des formations et des publications.

SERVICE SOCIAL ET JURIDIQUE

Le service Social et juridique a effectué **764 consultations pour 346 patients** au Centre de santé, dont 33% en langue étrangère. La consultation sociale et juridique est assurée par 2 professionnelles pour l'équivalent de 1,2 ETP auprès des patients. L'orientation vers le service est proposée 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 21 mois, compte-tenu de l'extrême précarité des patients concernés (voir vulnérabilité page 46). Le service social intervient très souvent en matière d'aide à la vie quotidienne, directement ou à travers une orientation vers les partenaires

publics ou associatifs. Les assistantes sociales et juridiques sont proportionnellement plus souvent sollicitées 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 (voir Maux d'exil n°43). 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 hospitalière ou ambulatoire). 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.

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). Enfin, au delà du Centre de santé, le service social et juridique intervient largement dans les autres dispositifs de soutien du Comede : Centre-ressources (page 85), Espace santé droit (page 111), ainsi que dans le cadre des activités développées en région PACA (page 117).

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 les patients du Centre de santé ayant présenté une tuberculose maladie, le suivi médical et le service infirmier peuvent également 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 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 51) ■

Contribution du Centre de santé à l'activité globale du Comede en 2013 :

92% des consultations
44% des personnes soutenues
11% des appels des permanences téléphoniques

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 Ile-de-France (voir encadré ci-contre), l'Espace santé droit a connu un nouveau développement de ses activités en 2013, avec **674 consultations socio-juridiques** (+32% par rapport à 2012), dont un tiers font intervenir le médecin, ainsi que **1716 appels traités dans le cadre de la permanence téléphonique** (+5%). Dans un contexte de durcissement de l'accès aux droits des étrangers malades, on observe en 2013 une augmentation de la durée moyenne de suivi (6 mois) ainsi que du nombre de migrants accueillis (file active de 403 personnes, dont 23% étaient déjà suivies les années précédentes). Les interventions se situent majoritairement dans les domaines du droit au séjour pour raison médicale (79% des consultations et 69% des appels), et de l'accès aux soins (25% et 31%). La progression de la part des consultations en langue étrangère (10% versus 6% en 2012) interroge le projet sur la place de l'interprétariat professionnel.

En avril 2014, l'équipe de l'Espace santé droit compte 11 intervenants bénévoles (pour 2,8 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).

La Cimade

« La Cimade a pour but de manifester une solidarité active avec ceux qui souffrent, qui sont opprimés et exploités et d'assurer leur défense, quelles que soient leur nationalité, leur position politique ou religieuse. » (Article 1 des statuts). Chaque année, la Cimade accueille et accompagne plusieurs dizaines de milliers de migrants et de demandeurs d'asile dans ses permanences. La Cimade contribue à leur insertion par l'organisation de formations spécifiques. Elle héberge également près de 200 personnes par an dans ses deux centres d'accueil de Béziers et de Massy. Intervenant également dans les centres de rétention administrative, elle est chargée par les pouvoirs publics d'une mission d'accompagnement et de défense des droits des étrangers contraints de quitter le territoire. Parce qu'il faut faire évoluer la loi et les mentalités, elle milite plus généralement pour la défense des droits fondamentaux des étrangers et le respect de leur dignité.

PERMANENCE TELEPHONIQUE, ACCUEIL ET CONSULTATIONS

Pour les migrants, 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. La permanence téléphonique fonctionne le mardi, mercredi matin et vendredi, les consultations étant également effectuées le mercredi après-midi. Les répondants attribuent des rendez-vous en priorité dans les situations

Consultations

2013	n	%	13/12	FA n	FA %	Cs par patient	Suivi moyenne	Accès aux soins	Droit au séjour	Cs LE *
Cs socio-juridiques	445	66%	+32%	289	72%	1,5	8 mois	36%	66%	9%
Cs médico-jurid.	229	34%	+32%	194	48%	1,2	3 mois	4%	83%	12%
Total	674	100%	+20%	403	100%	1,7	6 mois	25%	79%	10%

* Consultation en langue étrangère

Permanence téléphonique

2013	n	13/12	Accès aux soins	Droit au séjour méd.	Autres droits autre	Autres droits	Ile-de-France				hors IDF
							75	92	93	94	
Total	1716	+5%	29%	69%	12%	5%	31%	8%	30%	10%	6%

de blocage dans leurs démarches. 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 2013, la **permanence téléphonique** a été sollicitée en majorité pour des personnes résidant à Paris (31%, voir tableau page précédente), en Seine-Saint-Denis (30%), dans le Val-de-Marne (10%), et dans les Hauts-de-Seine (8%). Les appels émanent majoritairement de particuliers (69%, dont personne concernée 36% et membre de famille 18% voir tableau ci-contre). Les autres appels proviennent des associations (12% du total, Cimade 5%), des services de santé (12%, hôpital 9%) et des services publics (6%). Un tiers des appels (34%) conduisent à des orientations externes (712 orientations documentées), principalement en direction de l'hôpital (30% du total des appels), des associations (12% et Cimade 6%) et des services publics (9%).

Les **personnes accueillies** à l'Espace santé droit résident principalement en Seine-Saint-Denis (35%), à Paris (30%), dans le Val-de-Marne (11%), dans les Hauts-de-Seine (9%), et dans le Val d'Oise (5%). Elles ont été majoritairement orientées par des associations (51% du total, Cimade 32%), des services publics (15%, services sociaux de secteur 10%), des particuliers (14%) et des services de santé (9%, hôpital 7%). L'attribution des rendez-vous en consultation est ainsi plus fréquente parmi les personnes orientées par les associations et les services publics, probablement en raison d'une pré-orientation plus sélective. En 2013, 89 consultations ont eu lieu en langue étrangère, notamment en anglais (25%), arabe (16%) et russe (8%). Elles reposent principalement sur les accompagnateurs (56%) et les membres de l'équipe (38%), 4 consultations ayant été conduites à l'aide d'un interprète professionnel.

Orientation vers et depuis l'Espace santé droit

1716 appels et 403 personnes accueillies

2013	PT	orient.	Accueil
effectifs	1716	1716	674
Associations	12%	12%	51%
Catred	-	1%	-
Cimade	5%	6%	32%
Comede	<1%	3%	2%
Fasti	<1%	-	1%
France terre d'asile	1%	-	1%
Gisti	<1%	-	1%
Médecins du monde	<1%	-	1%
Avocats et CNDA	<1%	1%	1%
Particuliers	69%	-	14%
Ami, proche	11%	-	4%
Famille	18%	-	3%
Personne concernée	36%	-	5%
Services publics	6%	9%	15%
AS Ville	3%	1%	10%
Mairie, CCAS	<1%	<1%	2%
Préfecture	<1%	1%	2%
Sécurité sociale	<1%	1%	2%
Services de santé	12%	31%	9%
Centre médico-psy.	1%	1%	<1%
Hôpital	9%	30%	7%
Médecine ambulat.	1%	<1%	<1%

Type des demandes

	Cons.	PT
Droit au séjour	71%	81%
Titre de séjour pour soins	54%	69%
Parent d'enfant malade	10%	nc
Acomp. majeur de malade	5%	nc
Titre de séjour autre motif	2%	12%
Accès aux soins et PM	23%	29%
Protection maladie	19%	29%
Dette hospitalière	3%	nc
Autre	1%	nc
Autres	5%	6%
Autres droits sociaux	4%	5%
Accident du travail	1%	nc
Effectifs	628	530 **

* demandes documentées ** caractérisation depuis oct 2013

Les **demandes** portent majoritairement sur des questions de droit au séjour (71% des consultations et 81% des appels téléphoniques), d'accès aux soins et à la protection maladie (23% et 29%) et d'autres droits sociaux liés à l'état de santé (4% et 5%). Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 16 juin 2011, on constate un durcissement des délivrances de titre de séjour pour soins en première demande et en renouvellement,

d'obtention d'un titre de séjour en tant que parent d'enfant malade et de demande d'une carte de résident pour les personnes malades. Egalement, les personnes étrangères malades sont de moins en moins protégées des risques d'expulsion ; des interventions ont été nécessaires pour contester les obligations de quitter le territoire, libérer les personnes malades placées en centre de rétention ou encore rédiger des demandes d'assignation à résidence en vue d'une requête en relèvement d'interdiction judiciaire du territoire français (ITF). Une soixantaine de personnes suivies en 2013 souhaitaient contester une décision de refus de séjour prise par la préfecture en réponse à leur demande de titre de séjour pour raison médicale, que ce soit une première demande ou un renouvellement de titre de séjour. L'équipe de l'Espace santé droit a ainsi évalué leur situation juridique et médicale pour, le cas échéant, accompagner ces personnes à faire des recours gracieux, contentieux, voire aller en appel devant la Cour administrative d'appel. Les obstacles observés sont détaillés dans le chapitre Accès aux droits page 71.

L'équipe de l'Espace santé droit intervient également en matière d'accès aux soins et à la protection maladie (voir aussi Accès aux soins page 59). Plusieurs CPAM fonctionnent avec des filières privilégiées directement issues des conventions de partenariats passées avec certains organismes ou certaines associations au détriment de toutes les autres demandes. Compte tenu des obstacles rencontrés dans l'instruction des demandes d'AME et des nombreux refus abusifs auxquels les personnes concernées doivent faire face (en particulier à Paris), l'équipe de l'Espace Santé Droit a accompagné plusieurs personnes dans un contentieux devant la juridiction compétente : la Commission Départementale d'Aide Sociale. L'accès effectif au juge est loin d'être acquis puisque les bureaux d'Aide Juridictionnelle refusent d'accorder l'AJ pour les contentieux en matière d'AME, considérant qu'un tel contentieux n'est pas « particulièrement digne d'intérêt ». De plus, les délais d'audiencement sont extrêmement longs, jusqu'à 18 mois après l'enregistrement du recours pour avoir une

décision de la CDAS de Paris.

L'Espace santé droit est également sollicité par des personnes ayant fait l'objet de refus de soins hospitaliers, liés à des dysfonctionnements des dispositifs PASS censés permettre aux personnes précaires et sans protection maladie d'accéder aux soins nécessaires (voir Observation page 67). Ainsi, une personne séropositive au VIH et sous trithérapie n'a pas pu avoir accès à ses médicaments faute de protection maladie et faute pour le service social d'utiliser le dispositif PASS. Ce refus de soins a eu des conséquences dramatiques sur l'intéressé qui a été hospitalisé en urgence, son état de santé s'étant dégradé à cause de l'interruption du traitement.

Enfin, l'équipe de l'ESD intervient pour l'accès aux droits sociaux, notamment pour des personnes ayant été victimes d'accident du travail afin qu'elles obtiennent ou récupèrent leurs indemnités journalières, ou encore pour l'accès de familles régularisées aux prestations familiales refusées par les Caisses d'Allocation Familiale au motif que leurs enfants ne seraient pas entrés en France par la procédure du regroupement familial. Outre que le Défenseur des Droits considère cette exigence discriminatoire et contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant, la jurisprudence de la Cour de cassation et des juridictions au fond évolue et assouplit cette condition pour certaines catégories de personnes.

Etrangers malades : statistiques d'observation

En 2013, parmi 149 évaluations médico-juridiques documentées en vue d'une demande de titre de séjour « étranger malade », les critères médicaux étaient remplis pour 63% des personnes, qui ont alors bénéficié du soutien de l'ESD pour la suite de leurs démarches.

L'Espace santé droit contribue également à l'observation interassociative des réponses des préfectures et de tribunaux pour les demandes de titre de séjour pour raison médicale (voir Accès aux droits, pages 75 et suiv.). Entre 2007 et 2013, ont été documentées 166 réponses préfectorales (taux d'accord global 74%, 12 sur 16 en 2013) et 136 décisions des tribunaux administratifs (taux d'accord global 77%, 5 sur 8 en 2013).

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	2%	1	5	3	4	-	2	2	5	1	3	1
Afrique centrale	55	14%	2	45	8	20	-	19	1	35	2	26	7
Asie de l'Est	2	<1%	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-
Afrique du Nord	124	31%	2	100	22	72	-	59	13	52	2	41	9
Afr. de l'Ouest	136	34%	-	130	6	95	-	91	4	41	-	39	2
Amér. du Sud	3	1%	-	3	-	-	-	-	-	-	-	3	-
Asie centrale	3	1%	-	3	-	2	-	2	-	1	-	1	-
Asie de l'Est	7	2%	-	4	3	2	-	1	1	5	-	3	2
Asie du Sud	24	6%	-	21	3	23	-	21	2	1	-	-	1
Caraïbes	6	1%	-	5	1	3	-	3	-	3	-	2	1
Europe de l'Est	15	4%	1	14	-	8	-	8	-	7	1	6	-
Europe de l'Ou.	6	1%	-	6	-	-	-	-	-	6	-	6	-
Moyen-Orient	12	3%	-	12	-	9	-	9	-	3	-	3	-
Apatrides & inc.	1	<1%	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Total	403	100%	6	351	46	242	-	219	23	161	6	132	23

CARACTERISTIQUES DES BENEFICIAIRES DE L'ESPACE SANTE DROIT

En 2013, la file active des étrangers accueillis à l'Espace santé droit était de 403 personnes, dont 66% de personnes atteintes de maladies grave.s et/ou chronique.s, 40% de femmes et 11% de migrants âgés ≥60 ans. Les trois quarts (77%) étaient des nouveaux bénéficiaires (première consultation en 2013, voir tableau ci-dessous). Relativement jeunes (âge moyen 41 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 3 ans) lors des consultations 2013. Les personnes

accueillies à l'Espace santé droit sont originaires de 57 pays (voir détail des nationalités dans le chapitre Populations page 39), principalement d'Afrique de l'Ouest (34%), d'Afrique du Nord (31%), d'Afrique centrale (14%), et d'Asie du Sud (6%). Les femmes sont davantage représentées parmi les exilé.e.s d'Afrique centrale (64%), et sont arrivées en France plus récemment (5 ans en moyenne). La moyenne d'âge est plus élevée parmi les personnes originaires d'Afrique du Nord (43 ans), et les maladies graves plus fréquentes parmi les exilés d'Afrique centrale (73%). La proportion de nouveaux bénéficiaires est plus importante chez les femmes (81%) et les personnes originaires d'Afrique centrale (84%).

Personnes accueillies à l'Espace santé droit

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

2013	n	%	Sexe F	Age médian	Age moyen	En Fra méd	En Fra moye	Malad. grave	Nouv. bénéf.
Total	403	100%	40%	39 ans	41 ans	3 ans	6 ans	66%	77%

Groupes vulnérables

Malades	266	66%	41%	41 ans	42 ans	3 ans	6 ans	100%	77%
Femmes	161	40%	100%	38 ans	41 ans	3 ans	5 ans	67%	81%

Région d'origine

Afrique de l'Ouest	136	34%	30%	37 ans	38 ans	4 ans	6 ans	65%	73%
Afrique du Nord	124	31%	42%	41 ans	43 ans	2 ans	5 ans	66%	77%
Afrique centrale	55	14%	64%	41 ans	42 ans	4 ans	6 ans	73%	84%

Personnes soutenues par la permanence téléphoniques de l'ESD

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

2013	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	Soutien méd.	Soutien SSJ
Total	1691	100%	42%	35 ans	38 ans	2 ans	4 ans	33% *	21% *	13% *

Groupes vulnérables

Femmes	718	42%	100%	37 ans	40 ans	2 ans	3 ans	35% *	21% *	15% *
Malades	208	12%	44%	38 ans	40 ans	2 ans	3 ans	100%	21% *	16% *
Agés ≥ 60	166	10%	55%	66 ans	67 ans	0,5 an	3 ans	42% *	17% *	21% *
Mineurs < 18	85	5%	44%	10 ans	10 ans	0,5 an	1 an	29% *	10% *	- *

Région d'origine

Af. Ouest	504	30%	37%	33 ans	35 ans	3 ans	4 ans	26% *	21% *	12% *
Af. Nord	503	30%	47%	36 ans	39 ans	1 an	3 ans	46% *	19% *	14% *
Af. centrale	269	16%	58%	37 ans	39 ans	2 ans	4 ans	34% *	29% *	14% *
As. Sud	76	4%	11%	36 ans	39 ans	3 ans	4 ans	19% *	33% *	24% *
Eur. Est	75	4%	43%	36 ans	40 ans	2 ans	4 ans	19% *	19% *	15% *
Eur. Ouest	54	3%	41%	31 ans	37 ans	1 an	3 ans	4/6 *	3/6 *	2/6 *
Af. australe	50	3%	36%	48 ans	49 ans	1 an	2 ans	10/19 *	3/19 *	- *

* Caractérisé depuis octobre 2013

En 2013, la permanence téléphonique a soutenu 1 691 personnes (1% des 1716 appels correspondent à des suites d'appel), dont 42% de femmes. Les bénéficiaires sont âgés de 38 ans en moyenne, et récemment arrivés en France (en moyenne depuis 4 ans et médiane 2 ans lors des appels 2013). Un tiers d'entre eux se déclaraient atteints d'une ou plusieurs maladies graves et/ou chroniques (voir Etat de santé page 55), une personne sur 5 bénéficiait déjà d'un soutien médical, et une sur 10 d'un soutien social et juridique. Les femmes sont davantage représentées parmi les personnes

d'Afrique centrale et d'Afrique du Nord. Les personnes malades et les femmes sont plus âgées, ainsi que les exilés originaires d'Afrique centrale, d'Europe de l'Est et d'Afrique australe. Les exilés originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique australe sont arrivés plus récemment en France. Les personnes âgées ≥ 60 ans et les femmes sont plus souvent atteintes de maladie grave, de même que les personnes d'Afrique du Nord et d'Afrique centrale.

Les principales pathologies sont les cancers (24% des maladies déclarées dans le cadre de

Maladies graves observées chez les personnes accueillies

2013	n	%
Maladies chroniques	181	64%
Asthme persistant	4	1%
Cancer	16	6%
Diabète	35	12%
Handicap	20	7%
Insuffisance rénale	11	4%
Maladie cardio-vasculaire	49	17%
Maladies infectieuses et p.	78	27%
Infection par le VHB	29	10%
Infection par le VHC	12	4%
Infection par le VIH	24	8%
Tuberculose	9	3%
Troubles psychiques	26	9%
Total	285	100%

Maladies graves déclarées par les bénéficiaires de la PT

2013	n	%
Maladies chroniques	177	79%
Asthme persistant	3	1%
Cancer	53	24%
Diabète	16	7%
Handicap	14	6%
Insuffisance rénale	10	4%
Maladies cardio-vasculaire	24	11%
Maladies infectieuses et p.	28	13%
Infection par le VHB	5	2%
Infection par le VHC	6	3%
Infection par le VIH	9	4%
Tuberculose	-	0%
Troubles psychiques	18	8%
Total	223	100%

la permanence téléphonique et 6% des maladies observées chez les personnes accueillies à l'ESD, voir ci-dessous), les maladies cardiovasculaires (17% ESD, 11% PT), le diabète (12% ESD, 7% PT), les troubles psychiques (9% ESD, 8% PT), les handicaps (7% ESD, 6% PT), l'infection à VIH (8% ESD, 4% PT) et l'infection à VHB (10% ESD, 2% PT). La plupart des personnes concernées ont découvert leur maladie après l'arrivée en France (70% pour l'ensemble des pathologies, VIH 79% et Cancer 57%, voir le chapitre Epidémiologie page 51).

RESEAU, GESTION ET PERSPECTIVES

L'équipe de l'ESD a construit des partenariats avec les hôpitaux de proximité, notamment hôpital Avicenne (implication de la Cimade et du Comede au comité de pilotage de la PASS) et hôpital Delafontaine (formation des assistantes sociales sur le droit à une couverture maladie pour les ressortissants de l'Union européenne). L'Espace santé droit est également impliqué dans les ateliers santé-ville de la mairie de Saint-Denis et de la mairie d'Aubervilliers et participe au groupe de travail sur les droits des personnes étrangères mis en place par la mairie d'Aubervilliers. D'autres partenariats ont été noués avec des associations, comme le Secours Catholique, le CAARUD (Centre d'accueil et

d'accompagnement à la réduction des risques liés à l'usage de drogues) de l'association Proses à St Denis, ou encore le Caso de Médecins du Monde à Saint Denis.

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 loco-régionaux 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 45). 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 ■

Contribution de l'Espace santé droit à l'activité globale du Comede en 2013 :
 43% des appels des permanences téléphoniques
 31% des personnes soutenues
 7% des consultations



Le Comede à Marseille et en PACA

Depuis fin 2011, l'équipe du Comede est hébergée par l'association Espace accueil aux étrangers (voir encadré) à Marseille (13003), dans le cadre d'un partenariat institutionnel. Le Comede y développe des activités de formation et d'information en région PACA en lien avec les activités du Centre-ressources national (voir page 85). En juillet 2012, un partenariat opérationnel a également été engagé avec le Centre d'accueil et d'orientation de Médecins du Monde (voir encadré). Des consultations médico-socio-juridiques sont organisées pour les personnes engagées ou souhaitant engager des démarches d'admission au séjour en raison de leur état de santé.

En 2013, le Comede a délivré **529 entretiens téléphoniques et consultations** pour une file active de **346 personnes** résidant en région PACA, et assuré **32 demi-journées de formation** sur la santé, l'accès aux soins et le droit à la santé des migrants/étrangers. En avril 2014, l'équipe du Comede à Marseille compte 3 intervenants pour 1,2 ETP (1 ETP socio-juridique et 0,2 ETP médical).

PERMANENCES TELEPHONIQUES ET CONSULTATIONS

En 2013, les **permanences téléphoniques** (PT) du Comede (voir page 85) ont traité 420 appels émanant de la région PACA (voir tableau ci-dessous), dont 84% provenant des Bouches-du-Rhône, 5% du Vaucluse, 4% des Alpes-Maritimes et 3% des Hautes-Alpes. La plupart des appels ont été traités par l'équipe

L'association Espace Accueil aux étrangers (13003) est un Centre de ressources pour les acteurs de l'intégration en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Espace met notamment à disposition une information sur les organismes et les permanences d'accueil et d'accès aux droits des étrangers de la région (<http://etranger.espace.asso.fr/perm.php>) ; et un site de jurisprudence en droit des étrangers (www.dequeldroit.fr). www.espace.asso.fr

Le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (Caso) de Médecins du Monde (MDM) à Marseille (13003) propose une prise en charge médico-sociale aux populations en situation de vulnérabilité vivant à Marseille en leur facilitant l'accès aux soins, à une couverture maladie et à la prévention www.medecinsdumonde.org.

du Comede à Marseille (353 sur l'année, soit 84%). En outre, 109 **consultations** socio-juridiques ont été réalisées au Caso de Médecins du monde à Marseille. Plus d'un tiers des appels et consultations (35%) correspondent à des suivis de situation.

Les demandes adressées aux permanences téléphoniques (PT) ou en consultation (Caso) portent sur le droit au séjour pour raison médicale (57% des appels des PT et 95% au Caso), des questions d'accès aux soins et à la protection maladie (23% PT), de soutien et protection sociale (21% PT), et de droit au séjour pour motif non médical (17% PT et 4% Caso). La plupart de ces sollicitations ont nécessité une évaluation/expertise médicale préalable de l'état de santé de la personne et de son besoin de soin, soit grâce à l'aide du médecin traitant, soit (ou de manière

Permanences téléphoniques et consultations

2013	n	File active	Département				Accès aux soins	Droit au séjour		Social autre
			05	06	13	84		méd.	autre	
Appelants PACA	420	268	3%	4%	84%	5%	23%	57%	17%	19%
<i>dont Répond. PACA</i>	353	220	3%	4%	84%	5%	24%	56%	20%	21%
Cs Caso MDM	109	78	-	-	100%	-	-	95%	4%	2%
Total	529	346	2%	3%	87%	4%	18%	65%	14%	16%

Appelants des Permanences tél

420 appelants dont 353 répondants Comede PACA

2013	Appelant PACA	dont Rép. PACA
Associations de soutien	47%	47%
Aides	3%	3%
Cimade	2%	2%
Comede	6%	-
Forum réfugiés	1%	1%
Points d'appui	19%	22%
Autres	15%	15%
Avocats et CRR/CNDA	3%	3%
Particuliers	12%	10%
Ami, proche	1%	1%
Famille	3%	1%
Personne concernée	8%	8%
Services publics	19%	19%
AS Ville	6%	5%
Cada	10%	11%
CHRS	1%	1%
Services de santé	19%	20%
Hôpital AS	12%	13%
Hôpital Médecin	1%	1%
Hôpital PASS	3%	3%

complémentaire) par l'intervention d'un médecin du Comede (ou du Caso pour les personnes y étant reçues).

Les **appelants** des permanences téléphoniques en PACA (voir tableau ci-dessus et encadré ci-contre) sont pour moitié des accompagnateurs associatifs (47%, dont Point d'appui 19%), puis des services de santé (19%, dont hôpital 16%), et des services publics (19%, dont Cada 10% et services sociaux de secteur 6%), alors que 12% des appels sont effectués par des particuliers (8% directement par les personnes concernées). Au terme de l'appel, 6% des personnes ont été orientées vers une autre structure.

Les **consultations** socio-juridiques réalisées par le Comede au Caso de Médecins du Monde ont lieu les mardis après-midi (14h-18h). Le suivi des dossiers (rédaction des courriers, contacts et accompagnement auprès de la préfecture des Bouches-du-Rhône, contacts avec les médecins rédacteurs des rapports médicaux) peut nécessiter un temps complémentaire de travail les autres jours de la semaine. Il s'agit, au terme d'une évaluation préalable du dossier médical du patient et en sa présence, d'évaluer si son état de santé

Mme X., âgée de 30 ans et de nationalité nigériane, est régulièrement entrée en France en juillet 2011 pour y vivre auprès de son mari nigérien titulaire d'une carte de résident. Le couple a donné naissance à un enfant à Marseille en avril 2012. Mme X. s'est vu délivrer un premier titre de séjour à partir de mai 2012. Victime de violences de la part de son mari, elle a quitté le domicile conjugal en mars 2013 et a été hébergée avec son enfant dans un dispositif d'urgence. Peu de temps après sa séparation, la préfecture a refusé de lui renouveler son titre de séjour mention « vie privée et familiale » faute de pouvoir présenter un autre justificatif d'hébergement qu'une adresse de domiciliation administrative auprès d'une association agréée. Dans le même temps, elle a été hospitalisée puis immobilisée deux mois pour une opération de la hanche. Elle a alors trouvé seule une solution de garde pour sa fille auprès d'une amie. Pendant plus d'un an, le Comede, en lien avec les structures et référents sociaux successifs de Mme X., est intervenu auprès de la préfecture, de la CPAM et de la CAF des Bouches du Rhône, afin d'obtenir le renouvellement du titre de séjour de Mme X. malgré son absence de domicile stable, la ré-ouverture de ses droits à l'assurance maladie et à la complémentaire CMU permettant de garantir la continuité des soins (malgré la rupture de ses droits au séjour et suite à la fin de son rattachement en tant qu'ayant droit de son mari), le rattachement de son enfant sur sa propre couverture maladie (et non plus sur celle du père de l'enfant), le versement des prestations familiales continuant à être perçues par le père, l'ouverture et le maintien des droits au RSA majoré.

Monsieur Z., âgé de 67 ans et de nationalité marocaine, est titulaire d'une carte de résident et bénéficie d'une pension de retraite de droit français (versée par la MSA) d'un montant de 500 euros par mois et d'un complément de revenus au titre du minimum vieillesse (ASPA). Très récemment victime d'un AVC, il envisage de rentrer au Maroc pour s'y installer auprès de sa famille. Afin de l'informer sur ses droits, l'assistante sociale de l'établissement qui le prend en charge (CH Avignon) sollicite le Comede pour évaluer le maintien ou non de ses droits (droit au séjour, assurance maladie, pension de retraite, ASPA) en cas de retour au Maroc et lors d'éventuels séjours temporaires en France où M. Z. a résidé 35 ans. Après examen approfondi de la convention bilatérale de sécurité sociale franco-marocaine, le Comede informe l'assistante sociale que si la pension de retraite ainsi que la couverture maladie (régime de base attaché à la pension de retraite) de M. Z. seront bien transférés au Maroc, ses droits à l'ASPA et à la complémentaire santé seront arrêtés. Il en est de même de ses droits au renouvellement de sa carte de résident de dix ans. Il est conseillé également au patient de vérifier, auprès des médecins français et marocains, les possibilités d'assurer la continuité des soins appropriés au Maroc compte tenu du caractère récent de l'AVC dont il a été victime.

Personnes soutenues à Marseille et en région PACA

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	10	3%		7	3	5		3	2	5		4	1
Afrique centrale	15	4%	1	14		8		8		6		6	
Afrique du Nord	108	31%	5	74	29	66	4	47	15	39		25	14
Afr. de l'Ouest	43	12%		41	2	21		20	1	22		21	1
Amér. du Sud	2	1%		2						2		2	
Asie centrale	9	3%		9		7		7		2		2	
Asie de l'Est	2	1%		2						2		2	
Asie du Sud	7	2%		7		6		6		1		1	
Europe de l'Est	74	21%	1	71	2	48	1	46	1	24		23	1
Europe de l'Ou.	48	14%	1	42	5	32	1	27	4	13		12	1
Moyen-Orient	1	<1%		7		1							
Inconnus	27	8%	2	25		12		10	2	6	2	4	
Total	346	100%	10	295	41	206	6	177	23	122	2	102	18

justifie son admission au séjour. En cas d'évaluation favorable, les personnes reçues sont alors accompagnées dans leurs démarches administratives. L'entretien médical permet également de s'assurer que le patient reçoit les soins nécessaires à son état de santé et, le cas échéant, conduit à une orientation ou ré-orientation vers un lieu de soin adapté. Lorsque les patients bénéficient d'un suivi social extérieur (Cada, CHRS, etc.), l'ensemble des démarches est alors accompli en lien avec cette structure.

CARACTERISTIQUES DES PERSONNES SOUTENUES

Les 529 entretiens téléphoniques et consultations ont concerné **346 personnes** en

2013, dont 123 femmes (36%), 107 demandeurs d'asile (32%), 41 migrants âgés ≥60 ans (12%), et 10 enfants mineurs <18 ans (3%). Ces personnes sont originaires de 49 pays (voir tableau ci-dessus et détail des nationalités page 39), principalement d'Afrique du Nord (31%), d'Europe de l'Est (21%), d'Europe de l'Ouest (14%) et d'Afrique de l'Ouest (12%). Les personnes soutenues en PACA sont âgées de 40 ans en moyenne (voir tableau page précédente), et récemment arrivées en France (en moyenne depuis 5 ans et médiane 2 ans lors des appels et consultations 2013). Près d'un tiers des exilés se déclaraient atteints d'une maladie grave et/ou chronique (32%), plus d'un tiers avaient fait par le passé une demande d'asile (37%) et près de la moitié une demande de titre de

Personnes soutenues à Marseille et en région PACA

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD asile	ATCD dasem
Total	346	100%	36%	40 ans	40 ans	2 ans	5 ans	32%	37%	47%
Groupes vulnérables										
Femmes	123	36%	100%	40 ans	42 ans	2 ans	3 ans	25%	31%	42%
Malades	108	32%	28%	38 ans	39 ans	2 ans	4 ans	100%	32%	42%
Dem. asile	107	31%	31%	36 ans	38 ans	2 ans	3 ans	45%	100%	65%
Région d'origine										
Af. du Nord	108	31%	35%	42 ans	44 ans	2 ans	6 ans	38%	9%	44%
Eur de l'Est	74	21%	34%	40 ans	38 ans	2 ans	3 ans	39%	79%	34%

Maladies graves déclarées par les bénéficiaires des PT et des consultations

2013	n	%
Maladies chroniques	59	45%
Cancer	8	6%
Diabète	8	6%
Maladies cardio-vascul.	10	8%
Maladies infectieuses et p.	45	34%
Infection par le VHB	7	5%
Infection par le VHC	21	16%
Infection par le VIH	13	10%
Troubles psychiques	28	21%
Total	132	100%

séjour pour raison médicale (47%). Les femmes sont plus récemment arrivées en France (moyenne 3 ans *versus* 6 ans chez les hommes). Les demandeurs d'asile sont plus souvent atteints d'une maladie grave (45%). Les personnes originaires d'Afrique du Nord sont plus âgées (44 ans en moyenne) et résident en France depuis plus longtemps (6 ans en moyenne). La majorité des exilés d'Europe de l'Est ont fait une demande d'asile (79%). Les maladies graves les plus souvent déclarées chez les appelants ou constatées chez les consultants sont les troubles

psychiques (21%), l'infection par le VHC (16%), l'infection par le VIH (10%), et les maladies cardiovasculaires (8%, voir tableau ci-contre).

FORMATION, RESEAU ET PARTENARIATS

En 2013, les intervenants du Comede ont effectué 32 demi-journées de formation professionnelle pour une moyenne de 17 stagiaires par demi-journée. Dans le cadre du partenariat avec Espace accueil aux étrangers, le Comede a animé 12 demi-journées de formation à Avignon, Marseille, Nice et Toulon auprès de professionnels de l'accès aux droits. Les membres du Comede sont également intervenus à la Maison d'arrêt des Baumettes (Ucsa, *Droit au séjour des étrangers malades*), à la Librairie l'odeur du temps (Parution de l'ouvrage *Mères et bébés sans papiers*), et à l'occasion d'une rencontre du Réseau Canebière (*Droit au séjour des étrangers malades*), à quoi s'ajoute leur participation aux activités de publication du Centre-ressources (voir page 85), notamment l'édition 2013 du Guide *Soins et accompagnement des migrants/étrangers en situation précaire*, édité par la DGS et l'INPES.

Formations en 2013

Ville	Cadre	Intitulé/Contenu	Intervenants x demi-journ.	Demi-journées	Stagiaires x demi-jour.
4	8		41	32	684
AVIGNON	Espace/Comede	Protection sociale des ress. pays-tiers	Demagny B.	2	13
MARSEILLE	AP Hôpitaux Mars.	Droit à la santé des étrangers	Demagny B.	4	11
MARSEILLE	AP Hôpitaux Mars.	Droit au séjour des étrangers malades	Demagny B., Crochet K.	4	8
MARSEILLE	CIDFF	Accès aux soins des étrangers	Ferchichi F.	1	25
MARSEILLE	Comede stage nat.	Droit à la santé des étrangers	Demagny B., Maille D.	4	20
MARSEILLE	Espace/Comede	Protection sociale des citoyens UE	Demagny B.	2	14
MARSEILLE	Espace/Comede	Protection sociale des citoyens UE	Demagny B.	2	12
MARSEILLE	Fnars PACA	Accès aux soins des pers. sans domicil.	Demagny B., Vallois E.	2	15
MARSEILLE	Gisti/Comede	Droit au séjour des étrangers malades	Demagny B.	1	57
MARSEILLE	Irips	Protection sociale des migrants âgés	Demagny B.	2	100
NICE	Irips	Protection sociale des migrants âgés	Demagny B.	2	30
NICE	Espace/Comede	Droits sociaux des ress. pays-tiers	Demagny B.	2	14
TOULON	Espace/Comede	Protection sociale des citoyens UE	Demagny B.	2	13
TOULON	Espace/Comede	Protection sociale des ress. pays-tiers	Demagny B.	2	12

Outre les partenariats avec les associations Espace et MDM, les activités de formation, d'information et de soutien ont permis au Comede de développer son inscription en réseau au sein de la région PACA. Le Comede a ainsi développé des liens avec les acteurs hospitaliers par :

- des formations pour les services sociaux de l'AP-HM et des Centres hospitaliers d'Edouard Toulouse à Marseille, Avignon), Aix-en-Provence et Manosque (04),
- le suivi en commun de patients dans leurs démarches d'ouverture de droits à une protection maladie et d'admission au séjour pour raison médicale, en particulier avec les PASS de l'AP-HM et d'Edouard Toulouse, avec les services de santé mentale ou encore avec les professionnels de cliniques privées souvent peu dotées en travailleurs sociaux. Une collaboration régulière s'est également mise en place avec les professionnels des structures de prise en charge, d'accueil et d'hébergement des étrangers (Cada, CHRS, Réseau Canebière, Caarud 31/32, Osiris, etc.) Le Comede a par ailleurs participé, par son expertise juridique, au projet Assab piloté par la Fnars PACA et l'Atelier santé ville de Marseille, notamment au travers des rencontres régulières des principaux acteurs de la domiciliation dans les Bouches du Rhône. Enfin, le Comede a mis son expertise médico-juridique à disposition des équipes associatives (Forum réfugiés, La Cimade, LDH, Aides) et institutionnelles (Unité médicale de l'AP-HM) intervenant pour garantir l'exercice des droits et la continuité des soins des personnes privées de liberté (en rétention, en zone d'attente ou en prison) ou récemment libérées.

GESTION ET PERSPECTIVES

Au cours des deux années d'activité depuis l'accueil réservé par l'association Espace, les activités de permanences téléphoniques et de formation menées par le Comede en région PACA ont connu un fort développement. Depuis 2011, le nombre d'appels à partir de la région a été multiplié par 10, et le nombre de sessions de formation dans la région a été multiplié par 6. En 2013, la contribution de l'activité en région PACA à l'activité du Centre-ressources national du Comede est de 38% des formations et 28% des appels téléphoniques (voir encadré ci-contre).

Les demandes de formation, d'information et de soutien exprimées par les professionnels de la région sur les questions de droit de la santé, de prévention et d'accès aux soins des étrangers/migrants demeurent croissantes. Pour tenter d'y répondre, le Comede a augmenté en 2013 le temps de travail de ses intervenants socio juridiques à Marseille (de 0,6 à 1 ETP), et dispose depuis début 2014 d'un intervenant médical (0,2 ETP). Cette évolution a été permise par la contribution des financeurs nationaux (principalement Direction générale de la santé et Fonds européen pour l'intégration, voir page 123) et régionaux (Agence régionale de santé PACA). Le développement des actions de Centre-ressources, de promotion de la santé, d'accès aux soins et aux droits des migrants/étrangers doit être poursuivi, notamment dans les autres départements que les Bouches-du-Rhône et/ou auprès de publics particulièrement vulnérables et très isolés : travailleurs et retraités agricoles, migrant.e.s âgé.e.s, femmes en situation de rupture familiale, mineurs, personnes sans domicile stable ou encore citoyens de l'Union européenne en situation précaire, etc. Cette évolution implique l'obtention de ressources financières supplémentaires dans les années à venir. ■

Contribution de l'activité PACA à l'activité globale du Comede en 2013 :

38% des formations
28% des appels des PT nationales
6% des personnes soutenues
1% des consultations (Caso MDM)

Pour joindre le Comede :
Voir les services du Comede page 122

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 vendredi, 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 jeudi, 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 39 32

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.



Gestion, finances et perspectives

Présentation et composition du Comede page 4

Association loi 1901, le Comede compte **62 membres adhérents** et l'équipe opérationnelle est constituée de **54 professionnel.le.s**, dont 32 salarié.e.s (22,38 ETP contre 20,34 ETP au lieu de 21,2 ETP en 2011 et 22,3 en 2010) et 22 bénévoles, intervenant sur les sites de Bicêtre, Aubervilliers et Marseille. 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 2013 s'achève avec un résultat financier de + 43 584 euros, pour un total de charges de 1 698 244 euros (+ 18%) et un total de produits de 1 750 548 euros (+16%). Ce taux de croissance s'explique par l'obtention de nouvelles subventions et l'accroissement ponctuel de certaines autres (DAIC ministère de l'Intérieur ; ARS PACA et Guyane ; Fonds européens pour l'intégration ; retour du soutien du Conseil régional d'Ile de France ; augmentation du soutien du Fonds européens pour les réfugiés, de l'Acse nationale et de la DRJSCS).

Ces sources de financement restent pour la majorité ponctuelles et non pérennes, ou quoiqu'il en soit soumises à appels à projets annuels. Elles ne permettent donc pas de projeter les activités du Comede à moyen et long terme, ni d'assurer leur continuité ou leur développement en l'état actuel des choses. Trouver de nouvelles sources et de nouveaux modes de financement reste donc un souci majeur pour l'association. Par ailleurs, les prestations encaissées des CPAM restent en diminution (-24%). Cette baisse amorcée en 2012 (-50%) est principalement due à la décision du Comede d'accueillir en priorité les patients dépourvus de toute protection maladie. La précarité du public du Comede s'accroît chaque année, ainsi que les difficultés d'accès au droit commun et impose de maintenir un accueil prioritaire pour les patients les plus vulnérables.

La trésorerie reste 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 et par les fonds générés par les prestations de formation. 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 (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 2013.

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

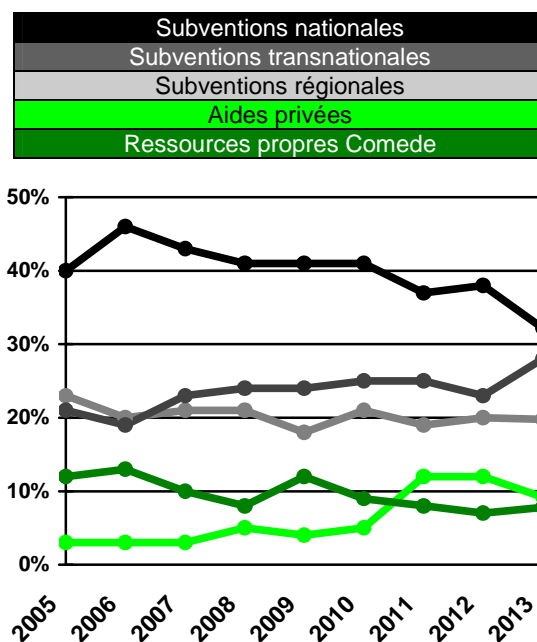
survie face aux problèmes récurrents de trésorerie. Les actions complémentaires du Centre de santé, de l'Espace santé droit et du Centre-ressources seraient en effet impossibles à mener sans un effectif suffisant et durable de personnel salarié qualifié et formé. Au-delà, l'ambition du Comede est d'assurer 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 (1 564 883 euros, en augmentation de 13%, représentant 89% des produits). Ces subventions peuvent être réparties en quatre catégories :

- **Subventions nationales** (32% des produits) : Direction générale de la santé (15,5%, stable), Service de l'asile (8%, stable), INPES (6% légère augmentation), DAIC (1%, nouvelle subvention) ; Acsé (1%, -25 000 €) ;
- **Subventions transnationales** (28%) : Fonds européen pour les réfugiés (FER 20%, stable), Fonds européen pour l'intégration (FEI, 7%) ; et Fonds de contribution volontaire des Nations Unies pour les victimes de torture (2%) ;
- **Subventions régionales** (20%) : ARS IDF (12%, stable), ARS PACA (1% nouvelle subvention), ARS Guyane (1%, nouvelle subvention) ; CPAM 94 (3%), Cramif (1%), DRJSCS (ex-Acsé IDF, 1%, +8 000 €), Conseil général 94 (<1%, stable) ; Ville de Paris (1%) ;
- **Aides privées** (9%) : Sidaction (2%, -8300 €), Fonds Inkermann (3%, stable), Médecins sans Frontières (2%) ; Fonds transmission et fraternité (1% nouveau soutien de 25000€ par an pendant deux ans), Fondation Leem (1%, stable) ; Barreau de Paris (1%, nouvelle subvention).

Part des financements 2005-2013



Les **ressources propres** du Comede (8%) sont issues du remboursement des consultations médicales pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME (2%, -7700 €), des formations payantes du Centre-ressources (2%, +22 355 €), des dons (1%, -19 492 €), du soutien de Aides dans le cadre du Centre-ressources (1%), et des publications (1%, mise à jour du Guide Comede).

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

Donateurs et dons adressés au Comede en 2013

Le Comede a perçu **163 dons** en 2013 pour un total de **23 870 €** incluant un don de 3000 €. Le montant moyen est de 146 €.

Evolution des produits du Comede 2006-2013

Produits	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Subventions nationales	437 987	509 445	535 556	602 531	594 093	530 450	560 210	553 800
Acsé national (<i>Fasild</i>)	35 000	35 000	35 000	30 000	30 000	15 000	15 000	25 000
DGAS (DGCS en 2010)	30 000	30 000	25 500	30 000				
DGS, 6A, RI2		50 000	80 000	90 000	110 000	107 800	107 800	107 800
DGS, 6D, MC1	144 830	144 830	150 000	170 000	170 000	165 000	165 000	165 000
Inpes, Communication		43 505						
Inpes, Subventions	87 397	65 350	89 296	141 771	133 333	101 890	129 610	101 000
SDA (<i>DPM</i>)	140 760	140 760	140 760	140 760	140 760	140 760	140 000	140 000
DAIC Ministère de l'intérieur								15 000
SDFE			15 000					
Ministère de la Justice					10 000			
Subventions transnat.	178 928	276 958	307 512	352 293	356 593	350 524	345 056	491 126
FER, UE	140 000	240 000	270 000	300 000	300 000	310 000	310 000	350 000
FEI, UE							9 716	116 883
FCVNUVT, ONU	38 928	36 958	37 512	52 293	56 593	40 524	25 339	24 243
Subventions Régionales	189 616	249 271	275 012	266 983	298 650	264 781	290 356	348 273
ARS Ile-de-France					183 100	183 100	203 100	203 100
ARS Guyane								20 000
ARS PACA								10 000
Cnam								
Cramif, FNAS	52 000							
Cramif, FNPEIS						18 000	18 000	24 000
Cramif, GRSP	48 000							
CG Val-de-Marne				4 200	1 500	1 500	3 000	3 000
CR Ile-de-France	30 000	50 000	50 000	25 000	25 000			2 777
CR IDF co-financ. GRSP			23 000	24 900				
CPAM Val-de-Marne	26 616	29 271	32 012	34 783	39 050	37 181	37 256	52 396
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	23 000
GRSP appel à projets		107 000	87 000	50 100				
GRSP struct. (Drassif)	33 000	53 000	53 000	93 000				
Ville de Paris					20 000		10 000	10 000
Aides privées	30 000	30 000	70 000	65 000	70 000	165 000	185 000	161 700
Barreau de Paris								10 000
Emmaüs			10 000					
FDJ / Fonds Inkermann						50 000	50 000	50 000
FDJ / Fondation Leem					15 000	10 000	10 000	10 000
FDJ / Fondation Marc				15 000				
Médecins du monde						50 000		
Médecins sans frontières							80 000	30 000
Secours catholique			15 000					
Sidaction	30 000	30 000	45 000	50 000	55 000	55 000	45 000	36 700
Fonds Transmission et Fraternité								25 000
Ressources propres	107 067	120 932	101 499	176 627	136 084	110 055	101 221	136 288
CPAM remboursements	88 144	104 766	78 950	93 125	84 598	65 661	32 350	24 810
CPAM accord national	4 209	5 347	10 787	31 026	24 535	21 735	7 960	4 048
Dons	3 820	531	3 740	43 994	16 547	9 060	43 362	23 870
Prestations de formations	4 166	5 118	4 281	4 165	6 870	11 719	16 743	39 098
Prestations guide 2013								28 870
Prestations diverses (Aides)							15 000	15 000
Participation des usagers	4 728	5 170	3 741	4 317	3 534	1 880	806	592
Total *	943 598	1 186 606	1 289 579	1 463 434	1 455 420	1 420 810	1 481 843	1 691 187

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 charges d'exploitation ont augmenté de +18% pour atteindre 1 698 244 euros (rappel : +6% en 2012, -4% en 2011, +1% en 2010, +7% en 2009, +14% en 2008). Cependant les incertitudes sur le renouvellement de plusieurs subventions au cours du premier semestre de l'année et les retards de versement du FER restent une préoccupation permanente. Les difficultés de trésorerie soulignées depuis plusieurs années n'ont pas connu d'amélioration réelle malgré les excédents réalisés lors des trois dernières années et un accroissement significatif des subventions régionales. L'augmentation de la part des fonds européens dans les produits d'exploitation constitue un facteur d'aggravation de cette fragilité de trésorerie.

Compte tenu des contributions volontaires et prestations gratuites évoquées supra, les charges de personnel sont prépondérantes dans le budget du Comede (82% des charges

totales en 2013). Aussi les marges de manœuvre financières sont-elles réduites lorsque la trésorerie est sous tension. Ces difficultés chroniques de trésorerie s'expliquent par :

- La part prépondérante de la subvention du Fonds européen pour les réfugiés dans le budget (en moyenne 20% des produits totaux), dont le premier versement de 50% est arrivé en juin 2013 et le second versement reste suspendu à une procédure de contrôle de trois niveaux sur l'ensemble des subventions accordées par le Service de l'asile français au titre du FER. Les audits des années 2011, 2012, 2013 encore en cours ne laissent pas présager d'accélération dans le rythme des contrôles et des versements par voie de conséquence,
- La concentration des versements des premières tranches de la majorité des autres subventions d'un montant supérieur à 100 000 euros sur le second semestre (excepté DGS, INPES et ARS entre février et mai 2013) les conventions étant elles-mêmes signées tardivement.

Le montant des subventions à percevoir au 31/12/2013 a ainsi atteint le niveau de 701 243 euros, soit près de 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 de ses activités, d'où la réflexion sur une possibilité d'implantation complémentaire dans de nouveaux locaux.

PERSPECTIVES 2014

La diversification des sources de financements et l'inflation des exigences des financeurs - publics et privés - entraînent une charge de travail conséquente, ayant conduit le Comede à recruter une chargée de financement en juillet 2013. 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 ■

LE COMEDE AGIT EGALEMENT DANS LE CADRE DE COLLECTIFS ASSOCIATIFS

■ **L'Adfem** (Action et droits des femmes exilées et migrantes, <http://doubleviolen.free.fr>) 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.

■ **L'Anafé** (Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers, www.anafe.org) 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 édite la lettre « Chronique de zone d'attente ». L'Anafé a notamment publié en décembre 2013 le rapport d'observation « Le dédale de l'asile à la frontière. Comment la France ferme ses portes aux exilés ».

■ **La CFDA** (Coordination française pour le droit d'asile, www.cfda.rezo.net) veille à l'application effective du droit d'asile et des droits des demandeurs d'asile et des réfugiés. En février 2013, la CFDA a présenté son rapport intitulé « Droit d'asile en France : conditions d'accueil - Etat des lieux 2012 » où elle appelle à une réforme en profondeur de la procédure d'asile et du dispositif d'accueil des demandeurs d'asile. La CFDA s'est prononcée sur la réforme de la domiciliation dans le cadre de la loi ALUR et plus particulièrement sur les enjeux pour les demandeurs d'asile : elle refuse le maintien d'un dispositif discriminant en appelant à une simplification de la réglementation et à une suppression de l'obligation d'agrément spécifique au profit d'un dispositif de domiciliation de droit commun renforcé dans chaque département et doté de moyens financiers suffisants pour les associations et les CCAS. En octobre 2013, suite au naufrage de Lampedusa la CFDA a adressé une lettre ouverte au Président de la République l'appelant à défendre, au cours du sommet européen des 24 et 25 octobre, au nom de la France, les principes fondamentaux, à mettre en place effectivement le triptyque « prévention, solidarité, protection » qui permettrait d'éviter que de nouvelles tragédies ne se reproduisent, tout en respectant les obligations qui engagent tous les États membres de l'UE en matière de protection des réfugiés. A l'issue de la concertation nationale sur la réforme de l'asile, les associations de la CFDA ont publié une déclaration commune qui expose des propositions concrètes concernant la réforme de la procédure en redonnant à l'OFPRA un rôle central, et la garantie de l'égalité de traitement des demandeurs d'asile, un accès à un hébergement et un accompagnement de qualité. Elle y appelle également à un pilotage interministériel à tous les échelons du territoire pour l'accueil, l'accompagnement et l'hébergement des demandeurs d'asile et insiste sur l'accompagnement et l'insertion des bénéficiaires d'une protection internationale.

■ **Le Collectif Asile en Ile-de-France** : créé en 2008, il est composé de plusieurs associations (ACAT-France, Amnesty international, Cafda, Comede, Dom'Asile, GAS, La Cimade, Secours catholique) œuvrant pour le respect du droit d'asile. Depuis 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. Suite à la parution de l'Etat des lieux de l'Asile en France par la CFDA, le collectif a diffusé ces analyses et recommandations à l'ensemble des Préfets et des Présidents des Conseils généraux d'Ile-de-France afin de les informer de ce qui se passe sur leur département en matière d'asile.

Le Collectif « Asile en Ile-de-France » a été créé en 2008 par Amnesty international, ACAT-France, Dom'Asile, le GAS, le Secours catholique, La Cimade, la CAFDA et le Comede. 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** est constitué du Secours catholique, du CASP, de la FEP, de Dom'asile et du Comede, et fait suite à l'organisation des Etats Généraux pour la domiciliation en Ile de France en 2009. 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 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, www.migrantsoutremer.org) 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. L'année 2013 a été marquée par la mobilisation sur le département de Guyane. Les associations, dont le Comede, ont pris décision de saisir la justice d'une demande d'annulation des barrages routiers permanent du fait que les contrôles d'identité pratiqués empêchent les bénéficiaires de l'AME de se rendre à l'hôpital de Cayenne quand les soins le demande. En juin 2014, le Tribunal administratif de Cayenne n'avait pas statué.

- **L'ODSE** (Observatoire du droit à la santé des étrangers, www.odse.eu.org) 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 2013 sur la question des atteintes au droit au séjour des étrangers malades. La mobilisation a conduit à tenir une conférence de presse à l'Assemblée Nationale sur le thème « Expulsions d'étrangers gravement malades : La santé des étrangers intéresse-t-elle encore le gouvernement ? ». Devant l'inaction du Ministère de la santé, l'ODSE a écrit à deux reprises au cabinet de Mme la Ministre de la santé et obtenu un temps de travail d'abord avec le cabinet Santé puis avec les cabinets Santé et Intérieur. L'ODSE a réagi par écrit contre un nouveau rapport de l'IGA et l'Igas préconisant notamment de confier l'examen des demandes aux médecins de l'Ofii en lieu et place des médecins ARS. Du côté de l'accès à la protection maladie, l'ODSE s'est mobilisé sur l'accès aux soins des mineurs à Mayotte, les refus de soins aux étrangers atteint de tuberculose multi-résistante, l'arrestation d'un bénéficiaire de l'AME dans un centre dentaire à Alfortville (94) et a contribué à l'élaboration du rapport de la Sénatrice Archimbaud sur l'accès aux soins des personnes précaires.

- **L'OEE** (Observatoire de l'enfermement des étrangers, <http://observatoireenfermement.blogspot.com/>) a été fondé en mai 2010 à l'initiative de 13 organisations (associations et syndicats) françaises actives dans le soutien aux étrangers, afin de porter le regard de la société civile sur le processus et les lieux de l'enfermement des étrangers. Il est né du constat d'un recours de plus en plus systématique à l'enfermement des étrangers en France. La charte de l'OEE dénonce « la banalisation de l'enfermement administratif et la pénalisation du séjour irrégulier comme mode de gestion des étrangers ». En lien avec les observateurs locaux et les acteurs intervenant dans/autour des lieux d'enfermement, les 16 organisations membres de l'OEE en 2013 sont parvenues à collectiviser le sujet de l'enfermement des étrangers et à créer un réseau national spécialisé en mutualisant leurs expériences et compétences respectives. Entre CRA, Zones d'attentes et prisons, l'Observatoire permet également de décloisonner le regard sur l'enfermement des étrangers. En 2013, les membres de l'OEE se sont notamment mobilisés autour de l'accès des associations dans les lieux de rétention des étrangers, prévu par la législation européenne (Art. 16.4 de la Directive du 16 décembre 2008), ainsi que sur les entraves à l'accès à un recours effectif contre les mesures d'enfermement et d'éloignement. En partenariat avec le réseau Migreurop, l'OEE a organisé en décembre 2013 à Paris la rencontre internationale « L'enfermement des étranger-e-s en Europe et au-delà : Quels horizons ? ».



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 2013, 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
Le Service de l'asile
La Direction de l'accueil, de l'intégration
et de la citoyenneté
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

Les Agences régionales de santé
d'Ile-de-France, de Guyane et de PACA

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

Le Conseil régional 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

Le Fonds Transmission et fraternité

Le Barreau de Paris

L'association Aides

L'association Médecins sans frontières

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

