

La santé
des

exilées

2022

COMITÉ POUR LA
SANTÉ DES EXILÉ·E·S

comede

Rapport
d'activité &
d'observation

Table des matières

NB : le rapport d'activité porte sur l'année 2021, le rapport d'observation s'appuie également sur les données des années précédentes pour les caractéristiques épidémiologiques, et sur l'année 2022 concernant l'accès aux soins et aux droits.

ACTIVITE

Synthèse sur l'activité du Comede en 2021	5	Le Centre-ressources national	17
<i>Principaux indicateurs d'activité en 2020</i>	5	<i>Permanences téléphoniques</i>	17
<i>Evolution des indicateurs 1983-2020</i>	6	<i>Formation, information et interventions</i>	22
<i>Dispositifs et pôles d'activité</i>	7	<i>Observatoire, recherches et publications</i>	25
<i>Bénéficiaires du Comede par dispositif</i>	8	Le Centre de santé à Bicêtre	27
<i>Dispositifs d'intervention et d'observation</i>	9	Le Comede Paris à Championnet	37
<i>Organigramme de l'association</i>	9	Activités du Comede au Centre MSF Pantin	43
<i>L'équipe du Comede</i>	10	Le Comede Loire/Aura à Saint-Etienne	45
L'Association Comede	11	Le Comede Paca à Marseille	49
<i>Extraits des statuts</i>	12	Le Comede Guyane à Cayenne	56
<i>Gouvernance et soutiens</i>	12		
<i>Communication et plaidoyer</i>	14		
<i>Rapport moral du président</i>	15		

OBSERVATION

Populations	59	Accès aux soins	85
<i>Population globale et publics vulnérables</i>	59	<i>Progression des discriminations à l'égard des plus vulnérables</i>	85
<i>Populations et caractéristiques des personnes accompagnées par le Comede</i>	61	<i>Analyse qualitative des obstacles dans l'accès à la protection maladie</i>	87
<i>Situation familiale en France, formation et profession dans le pays d'origine</i>	66	<i>Accès aux soins de santé mentale</i>	94
<i>Enfermement des étrangers en France</i>	68	<i>Refus, restrictions et retards de soins à l'hôpital public</i>	95
Etat de santé	69	Accès aux droits	97
<i>Vulnérabilité sociale et populations prioritaires</i>	69	<i>Droit au séjour pour raison médicale et protection des étrangers malades</i>	99
<i>Caractéristiques des conditions d'hébergement et de séjour</i>	72	<i>Demande d'asile et certification médicale</i>	104
<i>Violence, traumatismes et troubles psychiques</i>	73	<i>Autres difficultés d'accès aux droits</i>	106
<i>Mutilations sexuelles féminines</i>	76		
<i>Epidémiologie médico-psychologique et taux de prévalence</i>	77		
<i>Epidémiologie par groupe vulnérable et par dispositif d'accompagnement</i>	82		

Glossaire

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

Termes utilisés au Comede et dans ce rapport

- Etrangers malades : personnes ayant demandé ou obtenu le bénéfice du droit au séjour pour raison médicale
- File active : nombre de patients ayant consulté au moins une fois sur l'année dans le dispositif concerné
- Groupe vulnérable : groupe au sein duquel la fréquence d'un problème de santé est plus élevée
- Prévalence : fréquence d'une maladie dans une population donnée



Synthèse sur l'activité du Comede en 2021

Au total en 2021, l'équipe du Comede a effectué **20 965 actes** (consultations, ateliers et réponses tél/mél) pour **7 717 personnes**, nombre record dans l'histoire de l'association. La poursuite de l'augmentation d'activité (voir encadré ci-contre) s'appuie sur l'ensemble des dispositifs d'accueil et de soins dans leur dimension pluridisciplinaire, incluant le centre de soins du Comede à Cayenne ouvert au second semestre. De nouvelles activités ont commencé en 2021, comme la médiation hors-les-murs depuis le Centre de santé à Bicêtre et les permanences téléphoniques du Comede Paris, alors que les ateliers collectifs de prévention et promotion de la santé se sont développés à Paris et Marseille.

L'approche pluridisciplinaire est effectuée en individuel et en collectif par les pôles social & juridique (43% des actes), médical (27%), santé mentale (20%), et prévention & promotion de la santé (8%). Destinées aux acteurs professionnels, associatifs, citoyens et institutionnels, les activités d'information, formation et recherche ont réaugmenté en 2021 après une année de baisse due à la pandémie.

Parmi les 7 717 bénéficiaires, on compte 2 740 femmes (36%), 1 788 demandeurs d'asile (23%), 803 enfants mineurs (10%) et 583 migrants âgés (8%). En 2021, ces exilé.e.s étaient originaires de 129 pays, principalement d'Afrique de l'Ouest (total 36%, Guinée 10%, Côte d'Ivoire 8%, Mali 6%), d'Afrique du Nord (18%, Algérie 11%), d'Afrique centrale (14%, Congo RD 7%), d'Asie du Sud (11%, Bangladesh 7%), d'Europe de l'Est (6%), d'Asie centrale et d'Europe de l'Ouest (3%).

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

Evolution de l'activité

Accueil, soins et accompagnement

L'augmentation globale de l'activité (actes +5%, bénéficiaires +8%) est due notamment aux consultations et ateliers à Paris (+61%), Saint-Etienne (+58%), Marseille (+43%) et Pantin (+24%). Elle a concerné en particulier les pôles prévention & promotion de la santé (x2), santé mentale (+17%) et social & juridique (+7%).

Information, formation et recherche

Fortement impactées l'année précédente par la pandémie, les formations et interventions publiques ont retrouvé leur niveau antérieur en 2021. Les publications se sont poursuivies, incluant la mise à jour du Guide Comede en partenariat avec Santé publique France et le ministère de la Santé.

Principaux indicateurs 2021

- **16 101 consultations** et participations aux ateliers, dont 11 192 à Bicêtre et alentour, 1 952 à Pantin, 1 656 à Marseille, 566 à Saint-Etienne, 518 à Paris, 217 à Cayenne, **et 4 864 appels traités** par les permanences téléphoniques : 2 649 nationales, 1 358 en Ile-de-France (998 CDS, 360 Paris), 783 en Paca et 74 en Guyane.

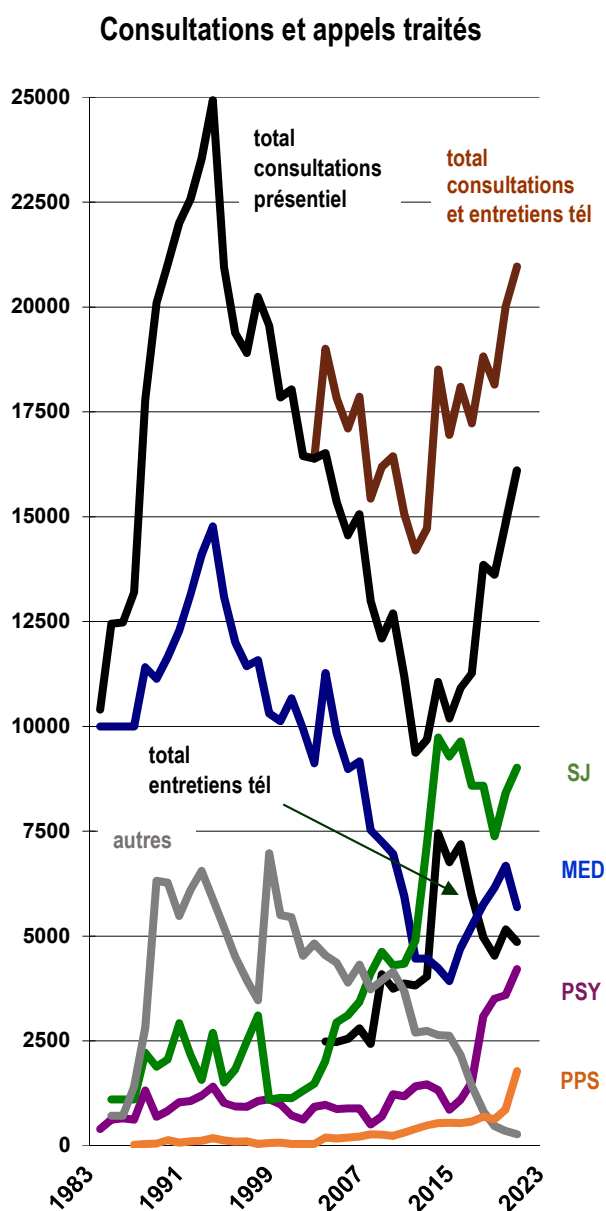
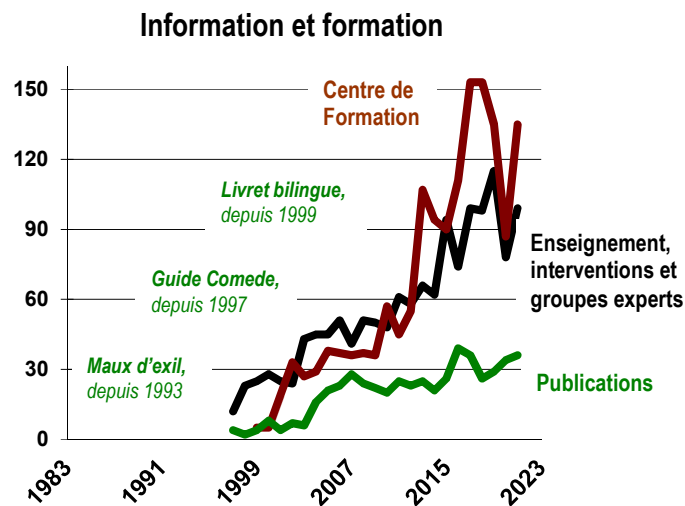
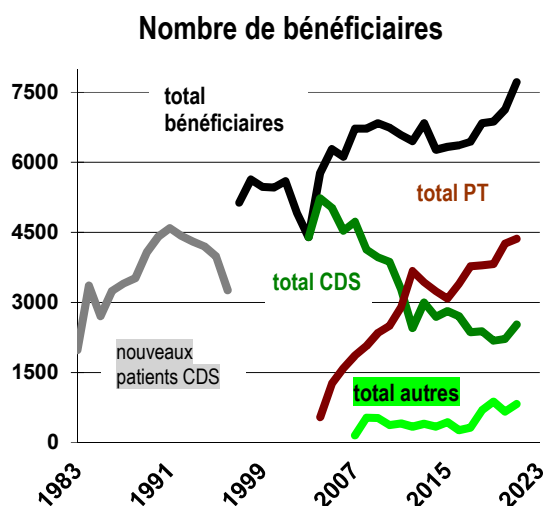
- **Par pôle d'activité** (consultations et appels) : 9 011 pôle social et juridique incluant l'accueil, 5 692 pôle médical, 4 211 pôle santé mentale, 1 778 pôle prévention et promotion de la santé, et 273 divers.

- **7 717 personnes accompagnées** : 4 365 dans le cadre des permanences téléphoniques, 2 525 à Bicêtre et alentour, 292 à Marseille, 238 à Pantin, 135 à Paris, 106 à Saint-Etienne et 56 à Cayenne.

- **135 demi-journées de formation**, 20 séances d'enseignement, 36 interventions publiques (colloques, séminaires etc.) et contribution à 43 groupes d'expertise et/ou de plaidoyer.

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

EVOLUTION DES INDICATEURS D'ACTIVITE DU COMEDE, 1983-2021



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

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

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

- 2013-2021 : développement des dispositifs régionaux et mise en place des pôles d'activité. En 2013, le Comede devient Comité pour la santé des exilés. Ouverture du Comede Guyane et du Centre Pantin avec MSF en 2018, intégration du Comede Loire en 2019 et structuration du Comede Paris en 2020 avec la mise en place d'actions hors les murs (pandémie Covid) et la fermeture de l'ESD.
→ Accueil, soins et accompagnement : le nombre de bénéficiaires atteint près de 8 000 pour plus de 20 000 consultations et appels en 2021, par les pôles social & juridique (9 000), médical (6 000), santé mentale (4 000), et prévention & promotion de la santé (2 000).
→ Information, formation et recherche : développement des activités de formation, d'enseignement et interventions publiques, de publication et de participation à des groupes experts et collectifs, mises à jour du Guide Comede.

L'**Association**, qui a fêté ses 40 ans en 2019 à Saint-Etienne, compte 111 adhérent.e.s dont 11 membres du Conseil d'administration en mai 2022, et s'appuie sur une équipe professionnelle de 56 salarié.e.s et 39 bénévoles.

Le **Centre-ressources national** a traité 4 864 appels téléphoniques et méls au bénéfice de 4 365 personnes dans le cadre des permanences nationales et régionales (Ile-de-France, Paca et Guyane). L'équipe a effectué 135 demi-journées de formation, 56 interventions publiques et enseignement, 36 publications, et participé à 43 groupes experts. Les activités de recherche sont organisées autour de l'**Observatoire**, dont les données proviennent des différents dispositifs.

Le **Centre de santé à Bicêtre** a délivré 11 192 consultations pluridisciplinaires pour une file active de 2 525 patients suivis en moyenne pendant 15 mois, et traité 998 appels téléphoniques. Près de la moitié des consultations ont lieu en langue étrangère (total 42%, avec interprète en présentiel 20% et par téléphone 13%), principalement en bengali, anglais, tamoul, dari, arabe, pachtou et pular. Le centre de vaccination a réalisé 646 injections pour 252 personnes. En 2021 ont démarré des activités de médiation santé hors-les-murs, 560 interventions individuelles ayant bénéficié à 110 personnes.

Le **Comede Paris à Championnet** a réalisé 878 consultations, ateliers et entretiens, au bénéfice de 478 personnes. Outre la poursuite des activités de droit de la santé et de prévention et promotion de la santé, de nouvelles activités ont été mises en place en 2021, dont un accompagnement psychologique des personnes exilées LGBT, ainsi que les permanences téléphoniques régionales (socio-juridique et médicale) dédiées aux professionnel.le.s.

L'**activité du Comede au Centre MSF à Pantin** est dédiée à la santé mentale des mineurs non accompagnés. L'équipe a réalisé 1 569 consultations de psychothérapie pour 238 jeunes, dont un nombre croissant de jeunes filles.

Pôles d'activité et répartition par dispositif en 2021

outre les autres activités du Centre-ressources

- **Pôle social et juridique** : 9 001 consultations et appels (43% du total, +7%), CDS 61% (accueil 48%, SJ 13%), Paca 17% (PT 7%, Cs SJ 5%, Cs Accueil 4%), PT nat 16%, Paris 4%, Guyane 1%.
- **Pôle médical** : 5 692 actes (27% du total, -15%), CDS 70%, PT nat 20%, Paris 3%, Loire 4%, Paca 2%, Guyane 1%.
- **Pôle santé mentale** : 4 211 actes (20%, +17%), Pantin 46%, CDS 28%, Paca 12%, Loire 8%, Guyane 3%, PT nat. 1%, Ateliers danse <1%.
- **Pôle prévention et promotion de la santé** : 1 778 actes spécifiques (8%, x2) : CDS 66% (médiation 31%, IDE 17%, ETP 15%, sage-femme 3%), Paris 18% (ateliers 15%, Cs 3%), Paca 11% (ateliers).

Le **Comede Loire/Aura à Saint-Etienne** a effectué 688 consultations, ateliers et entretiens pour 230 bénéficiaires, dont 106 patient.e.s suivis le plus souvent en binôme, par une équipe de bénévoles et salarié.e.s. La durée moyenne de suivi est de 6 mois.

Le **Comede Paca à Marseille** a dispensé 2 560 consultations, ateliers et entretiens pour 908 personnes, et assuré 39 demi-journées de formation dans la région. Les 256 personnes accueillies dans les consultations pluridisciplinaires, dont 67% en langue étrangère (principalement anglais, géorgien, albanais, peul, arabe, kurde, dari et diola), sont suivies en moyenne pendant 15 mois.

Le **Comede Guyane à Cayenne** a dispensé 291 consultations et entretiens pour 127 bénéficiaires, dont 56 patient.e.s suivis en fin d'année. Le centre de soins a ouvert ses portes en septembre 2021, alors que l'équipe a effectué 12 demi-journées de formation, 7 séances d'enseignement universitaire et 5 interventions publiques.

Bénéficiaires du Comede par dispositif d'accompagnement

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE

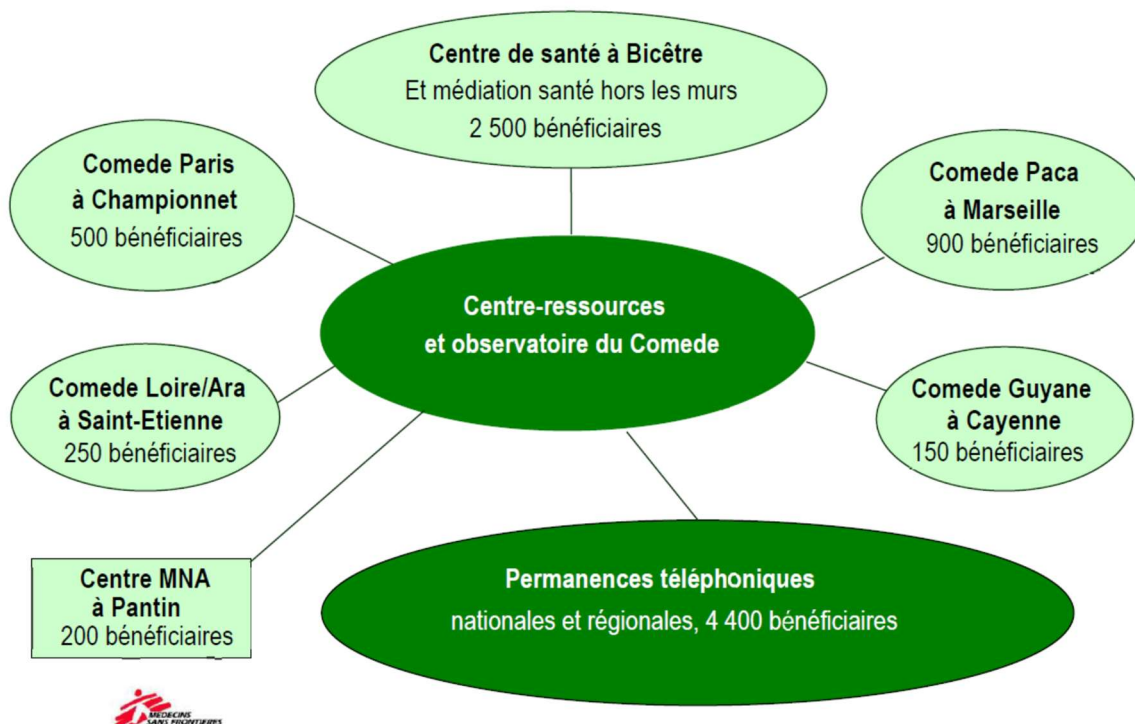
2021	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%*	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Perm. Téléph.	4365	58%	341	3535	489	2623	206	2193	224	1738	135	1338	265
Centre de santé	2525	34%	110	2339	76	1749	67	1644	38	776	43	695	38
Autres disposit.*	589	8%	114	457	18	363	78	268	7	226	25	190	11
Total	7479	100%	565	5988	583	4735	351	4105	269	2740	203	2223	314

* Les autres dispositifs d'accueil et de soins incluent Marseille (292 personnes), Paris (135), Saint-Etienne (106) et Cayenne (56). Les données ne sont pas disponibles pour MSF Pantin (centre MNA, 238 jeunes suivis avec le Comede).

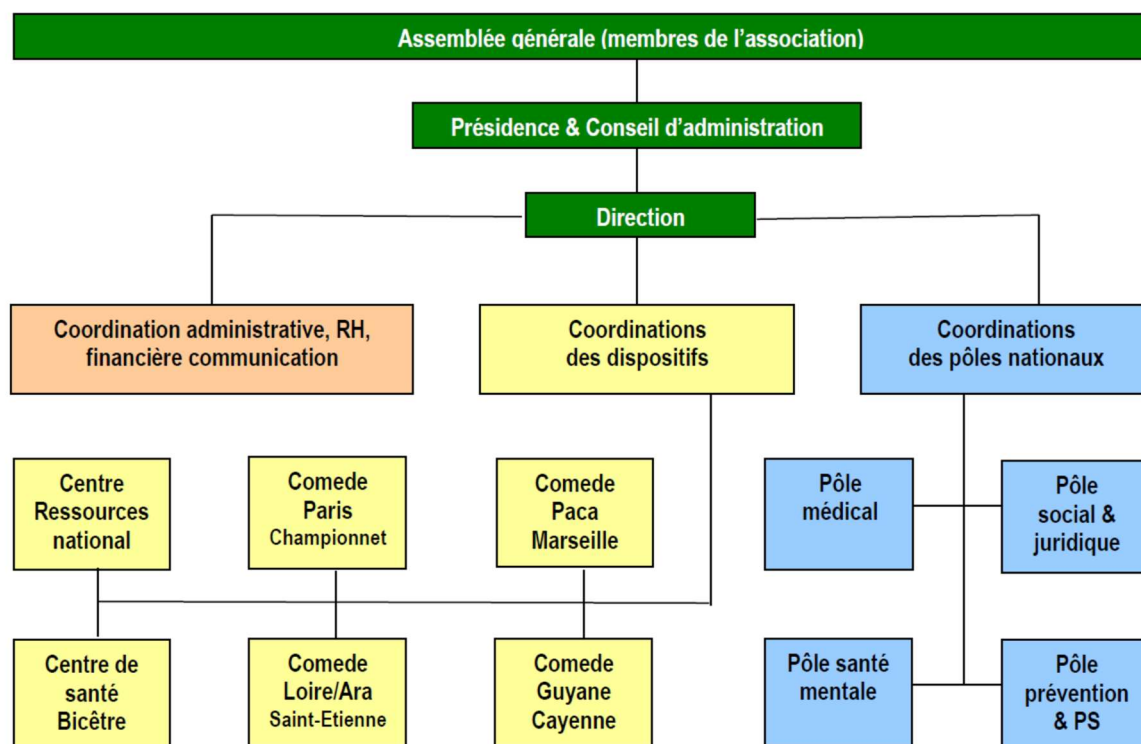
EFFECTIFS PAR REGION D'ORIGINE ET NATIONALITE

NATIONALITE	TOT	PT	CDS	AUT	PT	CDS	AUT	PT	CDS	AUT
Nombre PERSONNES	129	124	75	46						
	7479	4365	2525	589						
AFRIQUE AUSTRALE	114	91	15	8						
COMORES	55	44	4	7						
ILE MAURICE	18	17	1							
MADAGASCAR	35	26	9							
ZAMBIE	2	1	1							
ZIMBABWE	4	3		1						
AFRIQUE CENTRALE	1013	540	404	69						
ANGOLA	50	25	17	8						
ANG./CABINDA	1		1							
BURUNDI	4	2	1	1						
CAMEROUN	190	138	39	13						
CENTRAFRIQUE	17	15	2							
CONGO	138	92	37	9						
🇸🇨 CONGO RD	510	180	296	34						
GABON	63	59	4							
RWANDA	4	3	1							
TCHAD	35	25	6	4						
AFRIQUE DE L'EST	138	66	65	7						
DJIBOUTI	6	6								
ERYTHREE	17	4	11	2						
ETHIOPIE	19	8	11							
KENYA	1			1						
OUGANDA	1			1						
SOMALIE	24	10	13	1						
SOUDAN	87	37	48	2						
SOUDAN SUD	1	1								
AFRIQUE DU NORD	1335	1190	85	60						
🇸🇩 ALGERIE	857	772	48	37						
LIBYE	4	2	2							
🇲🇦 MAROC	259	235	13	11						
SAHARA OCCID.	2	2								
TUNISIE	213	179	22	12						
AFRIQUE DE L'OUEST	2667	1505	865	297						
BENIN	52	46	4	2						
BURKINA FASO	33	24	7	2						
CAP VERT	16	14	2							
🇸🇳 COTE D'IVOIR.	563	338	183	42						
GAMBIE	43	28	7	8						
GHANA	34	17	2	15						
GUINEE BISSAU	14	4	5	5						
🇸🇳 GUINEE CON.	756	299	389	68						
LIBERIA	1									
🇲🇱 MALI	422	282	117	23						
MAURITANIE	91	47	41	3						
NIGER	25	14	5	6						
🇳🇬 NIGERIA	255	146	28	81						
🇸🇳 SENEGAL	298	207	62	29						
SIERRA LEONE	31	12	2	17						
TOGO	31	26	5							
AMERIQUE CENT. & NORD	19	18		1						
CANADA	1	1								
ETATS-UNIS	14	14								
HONDURAS	1	1								
MEXIQUE	2	1		1						
NICARAGUA	1	1								
AMERIQUE DU SUD	132	103	9	20						
ARGENTINE	1	1								
BOLIVIE	1	1								
BRESIL	53	40	1	12						
CHILI	8	8								
COLOMBIE	32	24	5	3						
EQUATEUR	4	4								
GUYANA	3	2		1						
PARAGUAY	2	2								
PEROU	11	7	3	1						
SURINAM	6	6								
VENEZUELA	13	8		5						
ASIE CENTRALE	252	74	164	14						
🇰🇪 AFGHANIST.	237	66	160	11						
KAZAKHSTAN	3	2	1							
MONGOLIE	9	4	2	3						
TADJIKISTAN	2	1	1							
ASIE DE L'EST	37	29	7	1						
BIRMANIE	3		3							
CAMBODGE	2	1	1							
CHINE	13	12	1							
CHI/HONG-KON.	1	1								
CHI/TIBET	2	2								
COREE DU NO.	1	1								
JAPON	2	2								
LAOS	1	1								
PHILIPPINES	3	2		1						
THAILANDE	1	1								
VIETNAM	8	6	2							
ASIE DU SUD	798	127	655	16						
🇬🇧 BANGLADES.	517	59	444	14						
INDE	18	8	10							
NEPAL	6	3	3							
PAKISTAN	91	35	54	2						
SRI LANKA	166	22	144							
CARAÏBES	112	70	7	35						
CUBA	7	4	3							
DOMINIQUE	2	2								
HAITI	95	58	3	34						
JAMAÏQUE	3	2	1							
REP. DOMINIC.	4	4								
EUROPE DE L'EST	470	312	107	51						
ALBANIE	63	47		16						
ARMENIE	35	35								
AZERBAÏDJAN	6	4	2							
BIELORUSSIE	3	1		2						
BOSNIE	9	9								
GEORGIE	119	95	6	18						
KOSOVO	20	18	1	1						
MACEDOINE	2	2								
MOLDAVIE	71	8	63							
RUSSIE	39	24	12	3						
RUS/TCHETCH.	8	3	2	3						
SERBIE & MT.	30	26	2	2						
TURQUIE	37	23	11	3						
UKRAINE	25	16	8	1						
EUROPE DE L'OUEST	259	147	110	2						
ALLEMAGNE	4	4								
BELGIQUE	4	4								
BULGARIE	16	16								
CROATIE	5	5								
ESPAGNE	15	13	2							
FRANCE	23	18	4	1						
ITALIE	19	19								
LETTONIE	1	1								
LITUANIE	3	3								
POLOGNE	13	13		1						
PORTUGAL	9	8	1							
ROUMANIE	135	32	103							
ROYAUME-UNI	5	5								
SLOVAQUIE	1	1								
SUISSE	1	1								
MOYEN-ORIENT	127	91	30	6						
EGYPTE	33	28	5							
IRAK	23	9	14							
IRAN	21	15	6							
LIBAN	12	11	1							
PALESTINE	7	5	1	1						
SYRIE	26	21	1	4						
YEMEN	5	2	2	1						
APATRIDES & INDETERMINE	3	1	2							
INDETERMINE	3	1	2							

Dispositifs d'intervention et d'observation



Organigramme de l'association



L'ÉQUIPE DU COMEDE

En mai 2022, l'association Comede compte **111 membres adhérent.e.s**, et l'équipe opérationnelle est constituée de **95 professionnel.le.s**, dont **56 salarié.e.s** et **39 bénévoles**, intervenant sur les sites de Bicêtre, Paris, Pantin, Saint-Etienne, Marseille, Cayenne, et/ou en télétravail notamment pour les activités du Centre-ressources.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION en mai 2022

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

L'ÉQUIPE PROFESSIONNELLE en mai 2022

▪ **Pôle gestion** : Rose Adu (*Agent d'entretien*), Yasmine Flitti (*Directrice de l'administration et des finances*), Claire Katembwe (*Assistante de direction*), Faroudja Mameri (*Comptable*), Céline Pellegrin (*Responsable des financements*), Mathilde Petit (*Gestionnaire de base de données*), Daniel Popovic (*Chargé de financements*), Andrée Martins (*bénévole*), Kateryna Ropers (*Chargée d'administration et RH*), Joseph Rustico (*Directeur du Centre de santé*), et Arnaud Veisse (*Directeur général*).

▪ **Pôle médical** : Antoine Affagard (*Médecin*), Pascal Chevit (*Médecin bénévole*), Perrine Dommange (*Infirmière bénévole*), Claire Fessard (*Médecin référente*), Océane Gageot (*Médecin référente*), Marie-Madeleine Gutle (*Pharmacienne bénévole*), Muriel Ini-Visse (*Médecin bénévole*), Clémence Le Joubioux (*Médecin*), Elsa Le Pape (*Médecin*), Liliane Leconte (*Médecin bénévole*), Guillaume Lefebvre Deuse (*Médecin*), Olivier Lefebvre (*Coordinateur médical*), Annie Liber (*Médecin bénévole*), Lucie Lombès (*Médecin*), Christian Mongin (*Médecin bénévole*), Agnès Monchovet-Godard (*Médecin bénévole*), Dorothée Naudet (*Médecin bénévole*), Barbara Pellegrin-Guegnault (*Médecin*), Marie Petrucci (*Coordinatrice Paris*), Jose Polo Devoto (*Médecin référent*), Christine Racodon (*Psychiatre bénévole*), François Roussel (*Psychiatre bénévole*), Sylvie Rey (*Médecin bénévole*), Marion Tambourineguy (*Médecin référente*), Lydie Tindo (*Médecin*), Pauline Trébuchet (*Médecin*), Franck Vignal (*Médecin bénévole*), et Laura Weinich (*Médecin référente*).

▪ **Pôle prévention et promotion de la santé** : Assane Aw (*Référent de l'accueil*), Nils Castel (*Médiateur santé*), Chiara De Pascalis (*Médiatrice santé*), Perrine Dommange (*Infirmière bénévole*), Marie Eckert (*Référente des ostéopathes*), Océane Gageot (*Médecin référente*), Alexis Hazera (*Podologue*), Bénédicte Maraval (*Assistante sociale référente*), Jose Polo Devoto (*Médecin référent*), Marie Petrucci (*Coordinatrice Paris*), Joseph Rustico (*Directeur du Centre de santé*), Clémence Stouffet (*Sage-femme bénévole*), Marion Tambourineguy (*Médecin référente*), Khaldia Vescovacci (*Coordinatrice prévention et promotion de la santé*), et les ostéopathes bénévoles Olivier de Beauchaine; Leïla Chaïb, Pierre Launay, Anaïs de Mareuil, Felix Meyer, Manisha Shirdoyal, Audrey Lebihan et Alexia Hisseli-Guevel.

▪ **Pôle santé mentale** : Muriel Bamberger (*Psychologue référente*), Andrea Barros-Leal (*Psychologue*), Elise Combe (*Psychologue, en charge de l'atelier danse Saint-Etienne*), Dalila Haddadi-Collet (*Coordinatrice Loire*), Celina Heleno (*Psychologue*), Marie Jacob (*Psychologue référente*), Mathilde Kiening (*Psychologue*), Andrée Martins (*Psychologue bénévole*), Bethsabée Ory (*Psychologue*), Sylvie Laisné (*Psychologue, atelier danse Saint-Etienne*), Magali Perl (*Psychologue référente*), Sylvie Prout (*Infirmière bénévole*), Christine Racodon (*Psychiatre bénévole*), François Ribeyron (*Infirmier psychiatrique bénévole*), Marie-Christine Rico (*Infirmière bénévole*), François Roussel (*Psychiatre bénévole*), Sarah Schulmann (*Psychologue bénévole*), Séverine Second (*Psychologue*), Monique Valentino (*Médecin bénévole*), Pascal Zimmermann (*Infirmier psychiatrique bénévole*), et Zornitza Zlatanova (*Psychologue référente, atelier danse Paris*).

▪ **Pôle social et juridique** : Chloë Abrias (*Coordinatrice Guyane*), Sabine Allier (*Accueillante sociale*), Assane Aw (*Référent de l'accueil*), Marcia Burnier (*Assistante sociale*), Nils Castel (*Médiateur santé*), Anastasia Chauchard (*Travailleuse sociale bénévole*), Cécile Chaussignand (*Accueillante bénévole*), Karine Crochet (*Coordinatrice Paris*), Marie-Lou Cutayar (*Accueillante sociale*), Guy De Gontaut (*Accueillant bénévole*), Benjamin Demagny (*Coordinateur Paca*), Chiara De Pascalis (*Médiatrice santé*), Aurélie Destouches (*Assistante sociale référente*), Livio Ferreira De Sa (*Médiateur santé*), Lucie Fouchier (*Accueillante sociale*), Danièle Fuchs (*Juriste bénévole*), Alice Horn (*Assistante sociale*), Neila Khodja-Nabitz (*Accueillante bénévole*), Virginie Lamit (*Accueillante bénévole*), Jean-Pierre Lazarus (*Travailleur social bénévole*), Alice Lefilleul (*Accueillante bénévole*), Anne Legoff (*Assistante sociale*), Didier Maille (*Coordinateur social et juridique*), Bénédicte Maraval (*Assistante sociale référente*), Andrée Martins (*Accueillante bénévole*), Antoine Math (*Juriste bénévole*), Patrick Mony (*Juriste*), Céline Rabourdin (*Juriste*), Alba Rafols (*Accueillante bénévole*).

L'Association Comede

Créé en 1979, le Comede (Comité pour la santé des exilés) s'est donné pour mission d'*agir en faveur de la santé des exilés et de défendre leurs droits*. En 43 ans, le soin et l'accompagnement de 170 000 personnes de plus de 170 nationalités dans le cadre des consultations et des permanences téléphoniques ont fait du Comede un acteur essentiel de la solidarité à l'égard des migrants/étrangers et un dispositif d'observation privilégié de leur santé et de leurs conditions d'accès aux soins. Les activités d'accueil, soins et soutien des exilé.e.s, ainsi que d'information, formation et recherche sont indispensables pour répondre aux objectifs de l'association. Les actions du Comede sont conduites en partenariat avec des associations, institutions et professionnels de la santé, du droit et de l'action sociale.

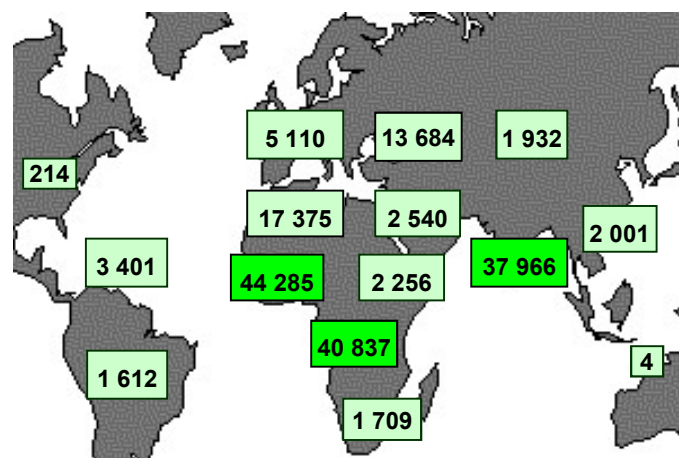
EVOLUTION ET PRINCIPES D'ACTION

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

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

Au cours des vingt dernières années, l'exclusion des soins continue de progresser parmi les

Région d'origine des 174 932 personnes bénéficiaires du Comede depuis 1979



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

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

Buts et principes de l'association

Extraits des statuts du Comede

Article 2 - Buts :

Le Comede se donne pour missions d'agir en faveur de la santé des exilés et de défendre leurs droits.

L'association a en particulier pour objectifs :

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

Article 3 - Principes :

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

Article 4 - Charte :

La présente charte définit l'éthique de l'Association vis à vis des personnes envers lesquelles elle agit, ainsi que les modalités d'action envisagées.

Tous les membres de l'association, à quelque titre que ce soit, sont liés par cette charte et devront s'y conformer, tant au niveau de leur action que de leur prise de parole au nom de l'Association.

1. Dans le cadre des activités de soin, il devra être apporté une attention particulière aux conséquences de la répression, de la torture et des traitements inhumains, cruels ou dégradants, des violences liées au genre et de toutes les formes de violence ;
2. Dans le cadre des activités de soutien, il devra être apporté une attention particulière aux difficultés inhérentes à l'exil et au parcours d'intégration ;
3. Considérant que la problématique des consultants forme un tout, les membres du Comede s'engagent à ne pas en stigmatiser un aspect particulier ;
4. Le Comede travaillera en étroite collaboration avec les organismes d'accueil des exilés et de défense des droits humains à l'échelon national et international. Il participera par ailleurs à l'échange d'informations médicales, psychologiques, sociales et légales dans les limites déontologiques professionnelles.
5. Le Comede fera bénéficier de son expérience les professionnels de la santé et du secteur social par le biais de rencontres et publications.
6. Le Comede informera l'opinion publique dans l'intention de promouvoir la reconnaissance aussi large que possible de la problématique de l'exil.

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

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

GOUVERNANCE ET SOUTIENS

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

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

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

En 2021, avec plus de 150 dossiers transmis par le service financier, le Comede a pu compter sur plus d'une **quarantaine de sources de financement** (voir ci-contre). Parmi les 39 subventions obtenues, les principales contributions émanent des ARS (Ile-de-France, Guyane et Paca, 19% des produits), du Fami (Asile et Intégration, 14%), du ministère de l'Intérieur (Dian et Direction de l'asile, 10%), du ministère de la Santé (DGS, 8%), de Santé Publique France (6%), de la Fondation Sanofi Espoir (6%), de la Cnam/Cpam (4%), de Sidaction (2%) et de la Ville de Paris (2%). Les ressources propres (produits des prestations/formations, remboursements Cpam et dons des particuliers) représentent 5% du total de produits.

L'exercice 2021 s'achève avec un résultat financier de +118 k€, pour un total de charges de 3 283 k€ et un total de produits de 3 400 k€. Dans un contexte économique difficile, cette progression des moyens du Comede (+24%) repose sur un travail considérable du service financier. Les charges de salaires et d'interprétariat représentent 76% du total des charges. Les difficultés de trésorerie restent une préoccupation importante, en raison des retards de versement de plusieurs financements publics, particulièrement le Fami, ainsi que des incertitudes sur le renouvellement de plusieurs subventions au cours du premier semestre de l'année. Pour faire face à ces retards et garantir la continuité des actions, l'association doit réaliser des excédents annuels pour continuer à renforcer ses fonds associatifs.

Donateurs et dons en 2021

Suite à des appels à soutien réguliers à son réseau, 448 dons et cotisations ont été enregistrés pour un total de 62 000 € sur l'ensemble de l'année. Le montant médian est de 50 € et le montant moyen de 139 €. Les dons et cotisations émanent de 234 personnes en 2021.

Financements 2021

En 2021, les activités du Comede ont été soutenues par des dons de particuliers et par :

- L'Assistance-Publique des Hôpitaux-de-Paris et l'hôpital de Bicêtre
- Le ministère des Solidarités et de la Santé, Direction générale de la santé (DGS) et L'Agence nationale de santé publique / Santé publique France
- Le ministère de l'Intérieur, Direction générale des étrangers en France, Direction de l'asile (DA) et Direction de l'intégration et de la nationalité (Dian)
- La Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
- Le Ministère chargé de la ville, Direction générale des collectivités locales, Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT)
- Le ministère de l'Education nationale, Fonds pour le développement de la vie associative (FDVA)
- Le Ministère des Outre-Mer, Bureau de la cohésion sociale, de la santé, de l'enseignement
- La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Cnam) et la Cpam du Val-de-Marne
- Le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), Direction régionale des sports et de la cohésion sociale, Fonjep
- Le Fonds européen, Fonds asile, migration et intégration (Fami),
- Les Agences régionales de santé (ARS) d'Ile-de-France, d'Auvergne-Rhône-Alpes, de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et de Guyane
- la Direction régionale et inter-départementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités IDF (Drieets)
- La Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de la région Aura (Dreets)
- Les Directions régionales aux droits des femmes et à l'égalité IDF et Paca (DRDFE)
- La Ville et le département de Paris, Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (Dases)
- Le Conseil départemental du Val de Marne, ASE
- La Direction départementale de la cohésion sociale de la Loire (DDCS 42)
- Sidaction, la Fondation de France, la Fondation Abbé Pierre, la Fondation Rothschild, la Fondation Sanofi Espoir, la Fondation Caritas (MJP), la Fondation Raja, la Fondation Barreau de Paris Solidarité, Médecins sans frontières, Aides

COMMUNICATION ET PLAIDOYER

Les actions de communication du Comede sont largement développées dans le cadre du Centre-ressources (voir page 17). L'association anime deux fois par an un **débat associatif** ouvert aux partenaires. Le débat de janvier 2021 a été consacré au thème des *Inégalités sociales de santé au temps du Covid*, avec l'intervention de Didier Fassin, professeur à l'Institute for Advanced Study et au Collège de France. Celui de juin 2021 a porté sur *La laïcité et les conséquences pour les associations de la loi « séparatisme »* (voir aussi Maux d'exil n°71), avec l'intervention de Valentine Zuber, historienne, directrice d'études à l'Ecole pratique des hautes études.

Destiné aux personnes exilées et aux citoyen.ne.s, professionnel.le.s et associations intervenant auprès d'elles, le **site internet** www.comede.org propose des actualités sur la santé des exilé.e.s, des informations sur les actions de l'association et ses partenaires et un accès détaillé aux différentes activités, publications et outils du Comede. En 2021, plus de 86 000 téléchargements ont été effectués, les principaux documents consultés étant le dossier de Maux d'exil sur la tuberculose (17%), l'article ELLES de la revue Lien social (17%), le dossier Migrants de La santé en action (3%), le rapport MSF/Comede sur les MNA (3%), la brochure de formation du Comede (2%) et le Guide Comede 2015 (2%). La présence du Comede sur les **réseaux sociaux** a également progressé avec, en mai 2022, 2 142 abonnés sur Facebook (+7%), 2 281 sur Twitter (+15%), et 1 957 sur LinkedIn (+42%). Cet axe de développement sera poursuivi, notamment au moyen d'outils multimédia. L'utilisation des réseaux permet au Comede de partager quotidiennement des informations sur son activité et ses actions de plaidoyer.

Enfin, les membres du Comede interviennent au nom de l'association dans de nombreuses **actions de plaidoyer** pour la santé, l'accès aux soins et aux droits des exilé.e.s. Ces actions sont prioritairement conduites dans le cadre de

collectifs interassociatifs (voir Groupes experts et collectifs en 2021 page 24),



Assises Psychotrauma et étrangers malades, Inalco, mars 2021

En 2021 ont été notamment organisés deux événements publics dans le cadre de ces actions d'information et de plaidoyer :

- en mars, à l'initiative du collectif Dasem psy, les assises *Psychotrauma et étrangers malades* (voir ci-dessus) ont réuni plus de 400 participant.e.s à l'Inalco et en distanciel ;
- en novembre, Médecins sans frontières et le Comede ont tenu une conférence de presse à l'occasion de la publication du rapport *La santé mentale des Mineurs non accompagnés, effets des ruptures, de la violence et de l'exclusion*.

PERSPECTIVES

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

Rapport moral du Comede pour l'année 2021

Didier Fassin, président

Assemblée générale du 4 juin 2022, à Championnet et en visioréunion

L'année 2021 a été pour les exilé.e.s et les associations qui les prennent en charge une année noire, probablement sans équivalent depuis plusieurs décennies.

Selon les données du HCR, il y a eu 3077 personnes mortes ou disparues en Méditerranée centrale et occidentale vers l'Europe du Sud et de l'Est et en Afrique du Nord-Ouest vers les îles Canaries. C'est le double de l'année précédente. Cette aggravation tient, d'une part, à une augmentation des tentatives de traversée, et d'autre part, à un accroissement de l'emprise des passeurs, les deux facteurs étant liés à la fermeture des frontières dans le contexte de la pandémie en 2020. À ces chiffres s'ajoute un nombre inconnu mais estimé élevé de personnes qui ont perdu la vie dans le Sahara ou sur la route des Balkans, souvent tués par des groupes armés, des milices ou des polices. Depuis le Calais, les décès au cours de la traversée de la Manche vers l'Angleterre ont atteint un niveau record, le triple de l'année précédente, en raison des obstacles et des contrôles croissants au port et à l'entrée du tunnel. Ce sont 34 personnes qui se sont noyées ou ont disparu en 2021. D'autres sont mortes percutées par un train ou renversées par un camion. Selon l'Organisation internationale des migrations, dont on sait les évaluations conservatrices puisqu'elles ne concernent que les morts avérées, plus de 45 000 exilé.e.s ont perdu la vie au niveau mondial depuis 2014 en essayant de franchir des frontières, la Méditerranée étant de loin le lieu le plus mortifère. Or, les décès sur cette frontière maritime sont directement liés au renforcement de la surveillance et des interceptions de bateaux par le dispositif Frontex, dont des organisations non gouvernementales ont montré qu'il effectuait des refoulements illégaux vers la Turquie et développait en eaux internationales des collaborations avec les garde-côtes de la Libye. Ces pratiques contribuent à une dépendance plus grande des exilé.e.s vis-à-vis des passeurs et à un enrichissement des réseaux mafieux.

Le gouvernement français a été à la pointe de la politique répressive de l'Union européenne. Ainsi, au lendemain de l'épisode tragique qui a vu la mort de 27 personnes dans la Manche à la fin de l'année 2021, le président de la République a réagi en demandant plus de moyens pour Frontex entre le continent européen et les côtes anglaises. Dans la même période, il a proposé à la Pologne le soutien des forces de l'ordre françaises pour refouler les quelques milliers d'exilé.e.s retenu.e.s dans des conditions dramatiques et humiliantes à la frontière avec la Biélorussie et il a assuré à la Croatie qu'il soutiendrait son entrée dans l'espace Schengen compte tenu de l'efficacité de sa politique de contrôle des migrations. Or, le gouvernement polonais venait de violer la Convention européenne des droits humains et la police croate s'est distinguée depuis plusieurs années par l'extrême violence de son comportement à l'égard des exilé.e.s. La France, à la veille de sa présidence de l'Union européenne, entendait ainsi affirmer la priorité qu'elle accorderait à la lutte contre l'immigration, fût-ce en soutenant des régimes aux politiques illibérales et brutales. Cette approche, elle la met d'ailleurs en œuvre elle-même sur son territoire. Au nord et au sud des Alpes, les entrées depuis l'Italie font l'objet presque systématiquement de non-admissions sans permettre aux exilé.e.s de déposer une éventuelle demande d'asile. Dans le Calais, mais aussi autour de Paris, ces derniers, qui peuvent être des demandeurs d'asile et même des réfugiés sans logement, voient leurs campements précaires régulièrement détruits, leurs tentes déchirées et leurs affaires enlevées. S'est ainsi organisée, en France, une répression contrastant avec les affirmations lénifiantes du chef de l'État.

En matière d'asile, l'année 2021 a été marquée par un rattrapage de l'année précédente, qui avait été caractérisée par le confinement et la fermeture des guichets d'enregistrement. Plus de 104 000 premières demandes ont été déposées, dont environ 30% considérées comme « dublinées ». Sur les demandes examinées par l'Ofpra, la moitié, proportion inédite, l'a été en procédure dite accélérée, notamment pour des provenances de pays considérés sûrs, des dépôts tardifs ou des réexamens. L'Afghanistan est de loin le pays dont les dossiers sont les plus nombreux, avec 18% de mineurs. Suivent la Côte d'Ivoire, le

Bangladesh, la Guinée et la Turquie. Le taux d'accord est de 25,7% à l'Ofpra et, pour 80% des adultes déboutés qui se présentent à la CNDA, le taux d'annulations est de 22%. Mais on ne dispose pas encore de la proportion de protection subsidiaire, en hausse régulière, atteignant 40% en 2020. Au total, ce sont plus de 50 000 personnes qui ont obtenu une protection au cours de l'année, ce qui conduit à une estimation du nombre de personnes protégées supérieur à 500 000 pour la première fois depuis la création de l'Ofpra. Il y a 108 000 places dans le DNA, Dispositif national d'accueil, dont 46 600 en CADA, centres d'accueil des demandeurs d'asile, le reste étant pour 36% des nuitées d'hôtel, et l'on compte 113 000 bénéficiaires de l'ADA, Allocations pour demandeurs d'asile, mais son utilisation est devenue plus contraignante, empêchant le retrait d'argent. En résumé, plus de demandes, plus d'accords, mais une proportion importante de dublinés et de protection subsidiaire.

Dans ce contexte, il faut souligner les nombreuses initiatives citoyennes dans le pays pour répondre à la violence d'État et aux pratiques illégales des pouvoirs publics. On peut penser aux activités développées dans les territoires frontaliers, autour de Briançon, de Bayonne et de Calais, et si l'on note peu d'activités similaires entre Vintimille et Menton, on ne peut oublier le travail solidaire mené dans la Vallée de la Roya depuis plusieurs années. Au-delà de ces sites frontaliers, des mobilisations, individuelles ou collectives, se sont développées sur tout le territoire national, ici avec un boulanger qui se met en grève de la faim pour obtenir la régularisation de son ouvrier africain, là avec un village qui offre des emplois à des exilé.e.s pour faire revivre son agriculture, là encore avec des habitants qui les hébergent et les aident dans leurs démarches administratives.

Mais les pressions parallèlement exercées par les pouvoirs publics sur le travail des associations prenant en charge des exilé.e.s et défendant leurs droits, comme le Comede, se sont multipliées, obéissant à une double logique. D'une part, une stratégie de découragement a été développée par le gouvernement avec des interdictions de distribution d'eau et d'aliments, notamment à Calais, des poursuites engagées et un harcèlement policier contre les maraudeurs tentant de secourir des personnes en montagne, en particulier dans le Briançonnais, et des obstacles à l'accostage doublés de prohibitions de prendre la mer pour les navires humanitaires en Méditerranée. D'autre part, la loi dite sur le séparatisme, votée à l'été 2021, s'accompagne d'un « contrat d'engagement républicain », par lequel l'État demande aux associations de respecter des principes qu'il bafoue lui-même, ce qui lui a valu plusieurs condamnations par les tribunaux administratifs et la Cour européenne des droits de l'homme, contrat qui donne aux élus et aux préfets un pouvoir discrétionnaire de sanction se traduisant par des dissolutions, dont plusieurs ont déjà eu lieu, parfois annulées par le Conseil d'État, ou par des suppressions de subventions, sans guère de recours possible. Cette double logique met en danger l'activité des associations, vise à en intimider les membres en restreignant leur liberté d'expression et risque de générer de l'autocensure. Face à ce resserrement de l'espace démocratique, le Comede a clairement manifesté sa volonté de continuer à remplir ses missions en matière de santé et de droits des personnes exilées.

L'association, d'ailleurs, continue son travail avec un total de 20 965 actes de tous types, concernant 7 717 personnes de 129 nationalités. Dans le domaine de l'accueil, des soins et de l'accompagnement, l'augmentation est nette par rapport à l'année précédente qui était déjà marquée par une progression de l'activité dans le contexte de la pandémie. Surtout un centre de soins a été ouvert à Cayenne, aboutissement d'un investissement de plusieurs années en Guyane où les besoins sont particulièrement importants. De plus, s'est activement maintenue l'activité d'enseignement, de formation, d'interventions dans des colloques et des séminaires, de plaidoyer en collaboration avec d'autres associations, enfin de publication tant dans des revues scientifiques que dans le cadre de Maux d'exil dont quatre numéros ont été réalisés. Ce travail est notamment le fruit de l'activité des 56 salarié.e.s et 39 bénévoles qui interviennent sur les sites de Bicêtre, Paris, Pantin, Saint-Etienne, Marseille, Cayenne, et/ou en télétravail notamment pour les activités du Centre-ressources. Quant à la vie associative proprement dite, forte de 111 membres, elle demeure riche, avec des débats publics et des engagements multiples.

Pour conclure, le Conseil d'administration exprime, une fois encore, sa gratitude à toutes celles et tous ceux, salarié.e.s et bénévoles, qui permettent au Comede de mener, dans ces temps difficiles, son activité au service et en défense des exilé.e.s.



Le Centre-Ressources national

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

Impactées en 2020 par la pandémie de Covid, les activités du Centre-ressources ont progressivement repris au cours de l'année pour retrouver leur niveau antérieur. La poursuite de l'augmentation des permanences téléphoniques nationales a permis de compenser en partie les diminutions des permanences du Centre de santé, du Comede Paca et du Comede Guyane, elles-même consécutives au développement de l'activité d'accueil et de consultations au sein de ces dispositifs (voir chapitres ad hoc). Les formations et interventions publiques ont connu une forte augmentation en deuxième partie d'année, et restent partiellement réalisées en distanciel. L'année 2021 a également vu la poursuite du travail de rédaction et de mise à jour de la nouvelle édition du Guide Comede, dont les premiers articles ont été mis en ligne en décembre, l'impression de l'édition papier étant prévue pour 2022.

En février 2022, l'équipe pluridisciplinaire du Centre-ressources compte 39 salarié.e.s et 7 bénévoles, dont 23 référent.e.s et 24 répondant.e.s téléphoniques (voir page 26).

PERMANENCES TELEPHONIQUES (PT) ET CARACTERISTIQUES DES APPELS

Accessibles sur 10 numéros, les permanences téléphoniques du Comede sont réparties entre permanences nationales et régionales :

- les permanences téléphoniques nationales (socio-juridique, médicale et santé mentale), ouvertes aux professionnelles et particuliers sur l'ensemble du territoire,
- les permanences téléphoniques Ile-de-France, ouvertes à tou.te.s depuis le Centre de santé et aux professionnelles pour le Comede Paris (socio-juridique et médicale),
- les permanences téléphoniques Provence-Alpes-Côte-d'Azur (socio-juridique, accueil et médicale), destinées aux professionnelles,
- et la permanence téléphonique Guyane, destinée aux professionnelles.

Au total, les répondant.e.s du Comede ont traité **4 864 appels** en 2021 (-6% par rapport à 2020), dont 54% dans le cadre des PT nationales (+10%, voir tableau ci-dessous), 28% pour les PT Ile-de-France, 16% pour les PT Paca et 2% pour la PT Guyane. Ces appels ont bénéficié à **4 365 personnes exilées**, dont 2 456 pour les PT nationales et 1 909 pour les PT régionales.

Permanences téléphoniques en 2021

Type de PT	n	%	21/20	File Active
PT nationales	2 649	54%	+10%	2 456
socio-juridique	1 468	30%	+17%	1 335
médicale	1 120	23%	+4%	1 063
santé mentale	61	1%	-19%	58
PT Ile-de-France	1 358	28%	-10%	1 337
Centre de santé	998	21%	-26%	994
Paris socio-juri.	221	5%	nouv	206
Paris médicale	139	3%	nouv	137
PT Paca	783	16%	-32%	501
socio-juridique	658	14%	-18%	379
accueil	63	1%	nouv	63
médicale	62	1%	-82%	59
PT Guyane	74	2%	-24%	71
Total	4 864	100%	-6%	4 365

Les 2 649 réponses des PT nationales se répartissent entre les permanences socio-juridiques (55%), médicales (42%) et santé mentale (2%). Dix pour cent des sollicitations ont été effectuées par mél (275 fois en 2021), cette modalité de réponse étant en cours de développement selon les moyens disponibles.

Permanences téléphoniques, Régions et départements d'appel

Régions	PT Nat.	PT IDF	PT Paca	PT Guya.
Ile-de-France	74%	92%	<1%	-
75-Paris	28%	53%	<1%	-
77-Seine-et-Mar.	6%	2%	-	-
78-Yvelines	4%	4%	-	-
91-Essonne	6%	3%	-	-
92-Hauts-de-Sei.	5%	4%	-	-
93-Seine-St-De.	13%	14%	-	-
94-Val-de-Marne	10%	8%	-	-
95-Val-d'Oise	3%	4%	-	-
Paca	5%	1%	99%	1%
04-Alpes-Haut-P.	<1%	-	2%	-
05-Hautes-Alpes	<1%	-	2%	-
06-Alpes-Mariti.	<1%	-	1%	-
13-Bouches-d-R.	4%	1%	88%	-
83-Var	<1%	-	2%	1%
84-Vaucluse	<1%	-	4%	-
Outre-Mer	1%	-	-	100%
973-Guyane	<1%	-	-	100%
Auvergn.-Rhône-A.	5%	1%	-	-
38-Isere	2%	-	-	-
42-Loire	1%	-	-	-
69-Rhône	2%	1%	<1%	-
Autres régions	15%	6%	-	-
Bourgogne-F.-C.	1%	<1%	-	-
Bretagne	1%	<1%	<1%	-
35-Ille-et-Vilaine	1%	<1%	-	-
Centre-Val-de-Loi.	1%	-	-	-
45-Loiret	1%	-	-	-
Grand Est	2%	1%	-	-
Hauts-de-France	3%	1%	<1%	-
59-Nord	2%	-	-	-
Normandie	1%	<1%	-	-
Nouv. Aquitaine	1%	<1%	-	-
33-Gironde	1%	<1%	-	-
Occitanie	3%	1%	<1%	-
30-Gard	1%	1%	-	-
34-Herault	1%	-	<1%	-
Pays-de-la-Loire	2%	1%	-	-
44-Loire-Atlantique	1%	<1%	-	-
Effectif	2649	1358	783	74

Sur le plan géographique (voir tableau ci-contre), **les appels proviennent principalement de 6 régions** : Ile-de-France (92% des PT IDF et 74% des PT nationales), Provence-Alpes-Côte d'Azur (99% PT Paca et 5% PT Nat), Guyane (100% PT Guyane), Auvergne-Rhône-Alpes (5% PT Nat), Occitanie (3% PT Nat) et Hauts-de-France (3% PT Nat). Les principaux départements d'appel sont Paris (25% de l'ensemble des PT), les Bouches-du-Rhône (21%), la Seine-Saint-Denis (10%), le Val-de-Marne (8%), l'Essonne (4%), la Seine-et-Marne (4%), les Hauts-de-Seine (4%), les Yvelines (3%) et le Val d'Oise (3%), sachant que 5% des appels concernent des personnes résidant à l'étranger.

Le profil des appelant.e.s diffère significativement selon le type de permanence (voir tableau page suivante). **Les appelant.e.s** des PT nationales sont pour plus de la moitié des particuliers (total 57%, 33% sont les personnes concernées, 15% un.e membre de la famille et 6% un.e proche), les autres appels émanant des services publics (18%, AS et travailleurs sociaux 9%, CRA 6%), associations (14%), et services de santé (8%, hôpital 4%). Les appelant.e.s des PT Ile-de-France se répartissent de manière comparable (particuliers 53%, services publics 23%, associations 13%, services de santé 8%). La part des associations et des services de santé est prépondérante pour les PT Paca (respectivement 27% et 21%) et Guyane (46% et 25%, voir chapitres ad hoc).

Les demandes portent sur le droit au séjour et la protection contre l'éloignement pour raison médicale (63% des appels des PT nationales et 64% Paca), des questions d'accès aux soins et à la protection maladie (34% IDF, 20% Paca), de soutien et protection sociale (19% Guyane, 15% IDF), de droit au séjour pour autre motif (41% Guyane, 14% Paca.), d'information sur le plan médico-psychologique (6% IDF) ou dans le domaine de l'asile (5% Guyane).

S'agissant des demandes **de droit au séjour pour raison médicale**, les médecins du Comede estiment que les critères médicaux prévus par la loi sont remplis dans 75% des cas,

	PT nat.	PT IDF	PT Paca	PT Guy.
Effectifs	2649	1358	783	74

Profil des appelant.e.s

Associations de soutien	14%	13%	27%	46%
Ader	-	-	-	1%
Aides	<1%	-	1%	6%
Cade	<1%	-	1%	-
Cimade	2%	<1%	5%	-
Comede	2%	<1%	-	-
Entr'Aides Guyane	-	-	-	3%
Médecins du Monde	<1%	<1%	3%	12%
Points d'appui	<1%	-	2%	-
Avocats et tribunaux	2%	2%	5%	-
Collectifs	<1%	<1%	2%	-
Particuliers	57%	53%	7%	13%
Ami, proche	6%	3%	1%	3%
Famille	15%	3%	3%	-
Personne concernée	33%	41%	3%	9%
Services publics	18%	23%	23%	16%
ASE	<1%	<1%	<1%	-
Assistante social	5%	9%	5%	9%
Cada	1%	<1%	7%	-
CCAS	<1%	-	<1%	1%
CHRS	<1%	<1%	3%	-
CRA Assfam	2%	-	-	-
CRA Cimade	3%	-	-	-
CRA autre	1%	-	<1%	-
Travailleuse sociale	4%	<1%	2%	3%
Samu social	<1%	1%	-	-
Services de santé	8%	8%	21%	25%
CMP & psy.	1%	<1%	1%	2%
Hôpital	4%	4%	30%	15%
Médecine ville	2%	2%	1%	7%

Type des demandes

Droit au séj. raison méd.	63%	33%	64%	32%
Accès aux soins et PM	10%	34%	20%	nc
Soins médicaux et PM	9%	26%	19%	nc
Santé mentale	1%	8%	1%	nc
Autre info & soutien	30%	32%	31%	66%
Droit d'asile	3%	4%	3%	5%
Soutien social autre	14%	15%	13%	19%
Droit au séjour autre	11%	7%	14%	41%
Médico-psychologique	2%	6%	1%	1%

Orientation au terme de l'appel

Associations de soutien	26%	74%	9%	16%
Cimade	4%	1%	<1%	1%
Comede	16%	72%	8%	15%
Avocats et tribunaux	3%	<1%	1%	14%
Services publics	10%	2%	1%	1%
Assistante sociale	1%	<1%	<1%	-
Préfecture	4%	<1%	<1%	<1%
Sécurité sociale	1%	<1%	-	<1%
Services de santé	10%	6%	4%	1%
Hôpital & PASS	7%	3%	3%	-
Médecine ambulatoire	1%	2%	1%	-

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

L'**accompagnement** développé dans le cadre des permanences téléphoniques conduit à suivre certaines situations pendant plusieurs semaines. Au total, 10% des appels traités en 2021 correspondaient à de nouveaux appels pour les mêmes personnes, ce taux étant nettement plus élevé pour les PT Paca (36%) que pour les PT nationales (7%), Guyane (4%) et Ile-de-France (2%). 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 24% du total des appels (60% Paca, 25% Nat., 12% Guyane, 4% Ile-de-France).

Lorsqu'il est proposé une **orientation** au terme de la réponse téléphonique (dans 50% des cas en 2021), celle-ci se répartit entre les associations de soutien (74% IDF, 26% national, 16% Paca), en premier lieu l'un des dispositifs du Comede, puis les avocats et tribunaux (14% Guyane), les services publics (10% national) et les services de santé (10% national).

PT, CARACTERISTIQUES DES PERSONNES ACCOMPAGNEES

Au total, les répondant.e.s ont pu caractériser la situation de **4 365 bénéficiaires des appels téléphoniques en 2021** (voir tableaux page suivante), la part des appels concernant des personnes déjà suivies dans les dispositifs d'accueil du Comede étant de 3% (9% pour la PT du Centre de santé). Parmi ces bénéficiaires, on compte 1 738 femmes (40%) et 4 personnes trans, 489 migrants âgés ≥60 ans (11%), 405 demandeurs d'asile (9%), 341 enfants mineurs (8%) et 602 jeunes de 18 à 25 ans (14%).

Contribution des permanences téléphoniques à l'activité globale du Comede en 2021 :
23% des actes et 57% des bénéficiaires

Personnes accompagnées par l'ensemble des permanences téléphoniques

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

2021 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	91	2%	7	72	12	32	1	28	3	58	6	43	9
Afrique centrale	540	12%	36	423	74	242	16	201	25	298	21	228	49
Afrique de l'Est	66	2%		59	7	51		47	4	16		13	3
Afrique du Nord	1190	27%	118	872	200	692	71	527	94	497	47	344	106
Afr. de l'Ouest	1505	34%	130	1310	65	1016	91	895	30	489	39	415	35
Amér. du Nord	18	<1%		14	4	8		4	4	10		10	
Amér. du Sud	103	2%	4	87	12	40		34	6	62	4	52	6
Asie centrale	74	2%	4	69	1	65	4	61		9		8	1
Asie de l'Est	29	1%	4	19	6	8		4	4	20	4	14	2
Asie du Sud	127	3%	4	119	4	104	2	98	4	23	2	21	
Caraïbes	70	2%	1	66	3	35	1	33	1	35		33	2
Europe de l'Est	312	7%	22	243	47	183	13	151	19	129	9	92	28
Europe de l'Ou.	147	3%	4	97	44	80	2	51	27	67	2	48	17
Moyen-Orient	91	2%	6	76	9	66	5	59	2	25	1	17	7
Apatride & inc.	1	<1%			1	1			1				
Total*	4 365	100%	341	3535	489	2623	206	2193	224	1738	135	1338	265

* incluant 4 personnes trans

Les bénéficiaires des permanences téléphoniques sont originaires de 124 pays (voir détail des nationalités page 8), principalement d'Afrique de l'Ouest (total 34%, Côte d'Ivoire 8%, Guinée 7%, Mali 6%, Sénégal 5%), d'Afrique du Nord (27%, Algérie 18%, Maroc 5%), d'Afrique centrale (12%, Congo RD 4%), d'Europe de l'Est (7%), d'Europe de l'Ouest (3%), d'Asie du Sud (3%) et d'Amérique du Sud (2%). Ces personnes sont âgées de 37 ans en moyenne (voir tableaux infra) et récemment arrivées en France (moyenne 4 ans et médiane 2 ans lors des appels 2021). Plus de la moitié d'entre elles étaient atteintes d'une ou plusieurs maladies graves et/ou chroniques (55%, voir Etat de santé page XX). Plus d'un tiers avaient effectué par le

passé une demande d'asile, et plus d'un quart une demande de titre de séjour pour raison médicale. On constate des différences selon les groupes vulnérables (voir tableau infra) ainsi que par région d'origine et de résidence (tableau page suivante). Plus souvent originaires d'Europe de l'Est (63% d'entre eux ont fait une demande) et d'Afrique de l'Ouest (48%), les demandeurs d'asile sont plus souvent de jeunes hommes arrivés plus récemment en France (1 an). Les migrant.e.s âgé.e.s sont principalement des femmes (54%), et résident en France en moyenne depuis plus longtemps (5 ans). Les mineurs sont de jeunes enfants (âge moyen 10 ans) récemment arrivés en France (1 an en moyenne), en butte à des difficultés d'accès aux

Personnes accompagnées par l'ensemble des permanences téléphoniques

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, DETAIL PAR GROUPE VULNERABLE

2021	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD asile	ATCD dasem
Total	4 365	100%	40%	35 ans	37 ans	2 ans	4 ans	55%	34%	29%

Groupes vulnérables

Femmes	1 738	40%	100%	35 ans	39 ans	2 ans	3 ans	52%	32%	29%
Agées ≥60	489	11%	54%	67 ans	68 ans	1 an	5 ans	57%	7%	30%
Dem. asile	405	9%	37%	30 ans	31 ans	1 an	1,5 an	41%	100%	8%
Mineurs <18	341	8%	40%	10 ans	10 ans	1 an	1 an	45%	17%	23%
Jeun. 18/25	602	14%	32%	22 ans	22 ans	2 ans	2 ans	51%	42%	20%

Personnes accompagnées par l'ensemble des permanences téléphoniques

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

2021	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD asile	ATCD dasem
Total	4 365	100%	40%	35 ans	37 ans	2 ans	4 ans	55%	34%	29%

Région d'origine

Afrique O.	1505	34%	32%	30 ans	32 ans	2 ans	3 ans	58%	48%	25%
Afrique N.	1190	27%	42%	37 ans	39 ans	2 ans	4 ans	56%	4%	36%
Afrique C.	540	12%	55%	37 ans	39 ans	2,5 ans	4 ans	64%	40%	32%
Europe E.	312	7%	41%	40 ans	41 ans	2,5 ans	4 ans	54%	63%	43%
Europe O.	147	3%	46%	45 ans	48 ans	2 ans	6 ans	22%	2%	1%
Amériq.S.	103	2%	60%	33 ans	37 ans	2 ans	5 ans	45 ans	13%	17%

Ile-de-Fran.	2254	52%*	38%	35 ans	38 ans	3 ans	4 ans	70%	27%	30%
Paca	838	19%	40%	34 ans	36 ans	2 ans	3 ans	35%	43%	29%
Auv.-Rhôn.	147	3%	44%	36 ans	36 ans	2 ans	3 ans	71%	35%	26%
Occitanie	79	2%	34%	32 ans	34 ans	2 ans	3 ans	57%	36%	25%
Hauts-de-F.	72	2%	40%	36 ans	39 ans	2 ans	3 ans	67%	35%	46%

* ces pourcentages sont ici rapportés à l'ensemble des appels, le département ayant été renseigné dans 85% des cas

soins hospitaliers. Concernant la région d'origine, les femmes sont plus nombreuses pour l'Amérique du Sud (60%), l'Afrique centrale (55%) et l'Europe de l'Ouest (46%), et les hommes plus nombreux pour l'Afrique de l'Ouest (68%). Les plus jeunes sont originaires d'Afrique de l'Ouest (âge moyen 32 ans) et les plus âgés d'Europe de l'Ouest (48 ans). Les personnes ayant fait une demande de titre de séjour pour raison médicale sont plus nombreuses parmi les exilé.e.s d'Europe de l'Est (43%) et d'Afrique du Nord (36%). S'agissant de la région de résidence, les femmes sont plus nombreuses parmi les bénéficiaires en Auvergne-Rhône-Alpes, les personnes malades davantage représentées pour l'Ile-de-France, les demandeurs d'asile en Paca et les personnes ayant fait une demande de titre de séjour pour raison médicale dans les Hauts-de-France.

Enfin, parmi les 2 782 maladies graves déclarées par les bénéficiaires des PT en 2021 (voir tableau ci-contre, et Etat de santé page XX), les plus fréquentes sont les troubles psychiques (16%), les cancers (11%), les maladies cardiovasculaires (9%), l'infection chronique par le VHB (8%), le diabète (7%), les affections neurologiques (7%), l'infection par le VIH (6%), alors que les maladies rares (5%) sont

surreprésentées parmi les bénéficiaires des PT, motivant le plus souvent des demandes d'accompagnement en matière de droit au séjour pour raison médicale. Par ailleurs, une situation de handicap grave (physique et ou psychique) a été mentionnée pour 8% de l'ensemble des bénéficiaires (337 personnes).

Maladies graves déclarées par les bénéficiaires des PT

2021	n	%
Maladies chroniques	1771	64%
Cancer	299	11%
Diabète	206	7%
Drépanocytose	53	2%
Insuffisance rénale	78	3%
Maladies cardio-vasculair.	241	9%
Maladies rares	141	5%
Neurologique	197	7%
Ophtalmologie	96	3%
Maladies infectieuses	520	19%
Infection par le VHB	219	8%
Infection par le VHC	43	2%
Infection par le VIH	175	6%
Tuberculose maladie	55	2%
Troubles psychiques	458	16%
Dépression	53	2%
Psycho-traumatisme	98	4%
Total	2782	100%

FORMATION, ENSEIGNEMENT, INTERVENTIONS PUBLIQUES ET GROUPES EXPERTS

Fortement impactée en 2020 en raison de l'épidémie de Covid, l'activité de formation et d'information a retrouvé son niveau précédent. En 2021, les professionnel.le.s du Comede ont effectué **135 demi-journées de formation** professionnelle (87 en 2020 et 134 en 2019) correspondant à 59 formations, pour une moyenne de 13 stagiaires par demi-journée (voir tableau ci-dessous).

Les membres du Comede ont également assuré **20 séances d'enseignement** (21 en 2020) ; ainsi que **36 interventions publiques** (12 en 2020), pour une grande diversité institutionnelle d'acteurs, décideurs et personnes concernées

par la santé des exilés et le droit à la santé des étrangers (voir encadrés pages suivantes). Le Comede accueille en outre dans l'ensemble de ses dispositifs et de ses pôles d'activité des **stagiaires en formation**, une trentaine en 2021 dans les différents métiers. L'activité de l'association constitue également un terrain de recherche pour des mémoires et thèses, notamment en médecine, psychopathologie, santé publique et sciences sociales.

Enfin, le temps consacré aux travaux des groupes d'information, de recherche et de plaidoyer est resté très élevé au cours de l'année, dans la limite du temps disponible en complément des activités quotidiennes. Le Comede s'est ainsi investi sur plus de **43 groupes experts et collectifs** en 2021.

Formation professionnelle en 2021

135 demi-journées effectuées et 59 formations dans 22 villes pour 1 673 stagiaires* demi-journée
En moyenne 13 stagiaires par demi-journée. Nombre d'intervenant.e.s 18 au total, moyenne 1,4

En surligné vert, les stages directement organisés par le Comede ^H Hybride ^V Visioconférence

Ville	Cadre	Intitulé/Contenu	Intervenants X demi-journée	Dem- jour. 135	Stagi. x DJ 1673
22	59				
AVIGNON 84	CD84, /Espace	Accès aux droits sociaux des étrangers	Demagny B.	2	16
AVIGNON 84	CH Avignon	Accès aux droits santé des étrangers	Demagny B.	4	10
BICÈTRE 94	Comede stage nat.	Droit au séjour rais. méd.	Lefebvre O., Crochet K., Bamberger M.	6	14
BOBIGNY 93	PMI 93 Emaad	Protection maladie des étrangers	Maille D.	4	9
CAEN 14	PS Ireps Normandie	Santé des exilé.e.s	Tambourindéguy M, Bamberger M.	4	15
CARCASSON. 11	FAOL, /Cicade	Protection sociale des citoyens UE	Demagny B.	2	5
CAYENNE 973	CHC Pass	Accès aux droits et aux soins	Maille D., Abrias C	4	13
CAYENNE 973	CRF Urgence Covid	Accès aux droits et aux soins	Maille D., Abrias C	4	16
CAYENNE 973	CGSS	Accès aux droits et aux soins	Maille D., Abrias C	4	5
^V CRETEIL 94	ASE DPEJ	Santé des mineurs exilés	Lefebvre O.	1	15
CRETEIL 94	ASE MNA As. Fam.	Santé des MNA	Lefebvre O.	1	20
^V CRETEIL 94	Féd. Centres soc.	Accès aux soins et aux droits	Maille D.	2	24
DIJON 21	FAS Bourgogne	Protection sociale des citoyens non UE	Maille D.	4	10
ELBEUF 76	PS Ireps Normandie	Santé des exilé.e.s	Tambourindéguy M, Bamberger M.	4	13
^V EVRY 91	CRPVE	Santé des femmes primo-arrivantes	Wolmark, Petruzzi, Maille	4	9
GAP 05	ARS/Comede	Ateliers Pass 04 et 05	Demagny B.	1	6
^V GRENOBLE 38	Corevih/CH Annemasse	Droit au séjour pour soins	Liber A., Maille D	1	34
^V GRENOBLE 38	Cimade	Protection maladie et accès aux soins	Liber A.	1	12
LE KREM. Bi. 94	ONG MARDi	Accessing healthcare in France	De Pascalis C., Gaigeot O.	1	7
LILLE 59	Temps de vie MNA	Santé des jeunes migrants	Lefebvre O., Bamberger M.	2	11
MARSEILLE 13	ARS/Comede	Ateliers Pass 04 et 05	Demagny B.	1	7
MARSEILLE 13	Assab	Atelier mutualisation	Demagny B., Destouches A., Allier S.	1	25
MARSEILLE 13	Cada Adrim	Double demande asile et soins	Destouches A., Perl M.	1	5
MARSEILLE 13	CH Avignon	Droit santé des personnes exilées	Demagny B.	4	7
MARSEILLE 13	CH Valvert	Atelier cas complexes	Demagny B.	1	5
MARSEILLE 13	CH Valvert	Atelier cas complexes	Demagny B.	1	6
MARSEILLE 13	DRDFE Paca	Atelier discriminations & genre	Demagny B., Perl M	1	10

Ville	Cadre	Intitulé/Contenu	Intervenants X demi-journée	Dem- jour.	Stagi. x DJ
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Accès aux soins et aux droits	Destouches A.	2	10
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Accès aux droits liés à l'état de santé	Demagny B.	2	13
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Le droit d'asile en France	Destouches A.	2	13
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Protection sociale des citoyens UE	Demagny B.	2	15
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Protection sociale des citoyens non UE	Demagny B.	2	13
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Droit au séjour et accès aux soins	Demagny B.	2	14
MARSEILLE 13	Pass AP-HM	Atelier mutualisation	Demagny B., Destouches A., Allier S.	1	10
MONTPELLIER 34	Cicade/Comede	Accès aux droits sociaux citoyens UE	Demagny B.	2	11
MONTREUIL 93	Gisti/Comede	Accompagnement et droit au séjour	Legoff A.	1	15
ORANGE 84	CD84, /Espace	Accès aux droits sociaux des étrangers	Demagny B.	2	17
PANTIN 93	Aides	Droit au séjour pour raison médicale	Maille D.	4	12
PARIS 75	Assfam rétention	Accès aux droits et aux soins migrants	Lefebvre O.	2	25
PARIS 75	Assfam rétention	Accès aux droits et aux soins migrants	Lefebvre O.	2	15
PARIS 75	Comede stage nat.	Accès aux soins et aux droits	Maille D., Maraval B.	6	15
PARIS 75	Comede stage nat.	Santé des demandeurs d'asile	Wolmark L, Crochet K, Petruzzi M.	6	17
PARIS 75	Emmaüs connect	Initiation au numérique	Maraval B.	6	5
PARIS 75	Fnasat médiation	Accès aux soins des exilé.e.s	Maraval B., Tambourindeguy M	1	15
¶ PARIS 75	Gisti/Comede	Accompagnement et droit au séjour	Crochet K.	1	12
PARIS 75	Gisti/Comede	Protection sociale des étrangers	Maraval B.	1	15
PARIS 75	Gisti/Comede	Accompagnement et droit au séjour	Legoff A.	1	20
PARIS 75	Gisti/Comede	Accompagnement et droit au séjour	Crochet K	1	17
PARIS 75	Gisti/Comede	Accompagnement et droit au séjour	Legoff A.	1	20
¶ PARIS 75	Habitat-Cité	Droit au séjour étrangers malades	Lefebvre O.	1	14
PARIS 75	Maladies rares IS	Accès aux droits et au soins migrants	Lefebvre O.	1	3
¶ PARIS 75	MDM France	Droit à la santé des étrangers	Maille D.	4	14
¶ PARIS 75	MDM France	Droit à la santé des étrangers	Maille D.	4	8
PARIS 75	Secours cath. Paris	Introduction au droit des étrangers	Maille D.	1	15
¶ PARIS 75	Utopia 56	Accès aux soins	Tambourindeguy, Maraval, Heleno, De Pascalis	1	22
RASTEAU 84	CD84 /Espace	Accès aux droits sociaux des étrangers	Demagny B.	2	15
TOULON 83	ARS Comede	Atelier Pass 83	Demagny B.	1	7
TOULON 83	Espace/Comede	Accès droits sociaux citoyens non UE	Demagny B.	2	15
TOULON 83	Espace/Comede	Accès droits sociaux citoyens UE	Demagny B.	2	13

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

Enseignement en 2021

- Bobigny, DU Paris 13, Médiation en santé, *Accès aux droits et aux soins*, Maille D.
- Bobigny, DU Paris 13, Santé des migrants, *Accès aux droits et aux soins*, Maille D.
- ¶ Bobigny, DU Paris 13, Santé des migrants, *Demandeurs d'asile et étrangers privés de liberté*, Fessard C.
- Bobigny, ICM, DU, Santé des migrants, *Droits et santé des migrants*, Maille D.
- Bobigny, Paris 13, Jury thèse de doctorat en médecine, *Covid-19 et précarité en Seine-Saint-Denis*, Veisse A.
- Cayenne, DFR Santé, DU Médiation en santé, *Asile et droit au séjour pour les étrangers malades*, Abrias C.
- Cayenne, DFR Santé, DU Médiation en santé, *Accompagner les parcours de santé des usagers*, Abrias C.
- Cayenne, DFR Santé, DU Médiation en santé, *Savoir définir son métier*, Abrias C.
- Cayenne, DFR Santé, DU Médiation en santé, *Déontologie et éthique*, Abrias C.
- Cayenne, DFR Santé, DU Médiation en santé, *Préparation oral de stage*, Abrias C.
- Cayenne, DFR Santé, DU Médiation en santé, *Jury oral de fin d'année*, Abrias C.
- Cayenne, DFR Santé, *Protection sociale et protection maladie*, Abrias C.
- Lyon, DIU Santé, société et migration, *Enjeux de l'accès aux soins des personnes migrantes*, Veisse A.
- Paris 1, DU Violences de genre, *Exil et violences de genre*, Petruzzi M., Kiening M.
- Paris 2, DU Droit de l'asile, *Psychotraumatisme et clinique de l'asile*, Wolmark L.
- Paris 6, DMG Patients de culture différente, *Santé et accès aux soins des exilés*, Lefebvre O., Tambourindeguy M.
- Paris, Cnam, Licence Projets insertion sociale, *Santé et accès aux soins des Roms*, Rustico J.
- Paris, Cnam, Licence Projets insertion sociale, *Santé et accès aux soins des exilés*, 2 séances, Rustico J.
- ¶ Saint-Etienne, Université de médecine, *Place de l'interprète dans le soin*, Perl M.

Interventions publiques en 2021

En surligné vert, les enseignements et évènements directement organisés par le Comede [∇] Visioconférence

- ∇ Cayenne, Journée médiation en santé, *Médiation et publics migrants*, Gras F.
- ∇ Cayenne, Conseil économique social et env., *Immigration en Guyane*, Abrias C.
- Cayenne, Conseil intercommunal en santé mentale, *Sensibilisation journée de la santé mentale*, Ory B.
- Cayenne, Maia réseau gérontologie CTG, *Initiation titre de séjour pour soins, fondamentaux*, Abrias C.
- Cayenne, Sidaction, journée outremer, *Accès aux soins et aux droits des étrangers*, Maille D.
- Grenoble, Congrès SFLS, *Titres de séjour pour soins, fondamentaux et actualité*, Maille D., Chevit P., Liber A.
- Issy-les-Moulineaux, RFI Priorité santé, *Covid-19 et santé mentale des exilé.e.s*, Wolmark L.
- Lyon, Collectif santé Rhône, *Protection maladie des étrangers*, Maille D.
- ∇ Montreuil, Lycée Jean Jaurès, BTS SP3S, *Accueil au Centre de santé du Comede*, Fouchier L., Aw A.
- Orléans, Rencontres ReAGIR Patients migrants précaires, *Santé des exilés*, Lefebvre O.
- Paris, Assemblée nationale, Mission d'information sur les migrations, *Santé et accès aux soins des migrants*, Veisse A.
- Paris, Audition CNCDH, *Inégalités sociales en santé et populations migrantes*, Maille D.
- ∇ Paris, Audition DGS Stratégie nationale de santé sexuelle, *Santé sexuelle parmi les exilé.e.s*, Petrucci M.
- ∇ Paris, Colloque Association française de sociologie, *Accès aux soins de santé mentale pour les MNA*, Bertin H.
- Paris, Colloque Uraca, *Vivre avec le VIH et errance résidentielle*, Vescovacci K.
- Paris, Conférence de presse MSF Comede, *MNA : effets des ruptures, de la violence et de l'exclusion*, Wolmark L.
- Paris, Conférence de presse MSF Comede, *Santé mentale des MNA et partenariat MSF Comede*, Veisse A.
- ∇ Paris, Convention Sidaction, *Etrangers précaires dans les Outremer*, Maille D.
- ∇ Paris, Débat associatif Comede, *Les inégalités sociales de santé au temps du Covid*, Fassin D., Feldmann L., Lamour P.
- ∇ Paris, EHESP Réseau doctoral, *Etat de santé des migrants/exilés*, Veisse A.
- ∇ Paris, Journée ADDE/Cimade/Comede, *Droit au séjour des étrangers malades*, Demagny, Colin, Lefebvre, Crochet.
- ∇ Paris, Journée FAS, *Accès aux soins des exilé.e.s*, Crochet K.
- Paris, Journée Gilead, *Soins et accompagnement des patients migrants*, Lefebvre O.
- ∇ Paris, Journée Gisti, Face à l'administration, *Les médecins de l'Ofii, quelle indépendance ?*, Veisse A.
- Paris, Hôpital Bichat, Staff MI, *Droit d'asile et certification médicale*, Petrucci M., Crochet K.
- Paris, Inalco, Assises Coll. Dasem psy, *Conséquences psychiques de la perte de protection*, Roussel F.
- Paris, Inalco, Assises Coll. Dasem psy, *Dasem psy : enquête auprès des intervenant.e.s de terrain*, De Pascalis C.
- Paris, Inalco, Assises Coll. Dasem psy, *Evolution juridique, politique et pratique du Dasem*, Veisse A.
- Paris, Inalco, Assises Coll. Dasem psy, *Psychotraumatismes : les blessures invisibles face à l'administration*, Wolmark L.
- Paris, Radio Africa, *Conséquences du Covid sur la santé mentale des immigrés*, Veisse A.
- ∇ Paris, Rencontres Sidaction, *Etrangers précaires dans les Outremer*, Math A.
- Rennes, Séminaire Réseau Guillou, *Bilan de santé pour les migrants, enjeux et perspectives*, Veisse A.
- Saint-Denis, Caso MDM, *Le Comede et la santé des exilés*, Weinich L.
- Saint-Denis, Colloque Paris 8, Parcours traumatique, santé et migrations, *Santé mentale des exilés*, Veisse A.
- Saint-Denis, Hôpital Avicenne, Staff MI, *Droit d'asile et certification médicale*, Petrucci M., Crochet K.
- Vannes, Association d'éducation populaire, *Psychotraumatisme et clinique auprès des exilé.e.s*, Bamberger M.

Groupes experts et collectifs en 2021

- Aceso, Comité de pilot., Vescovacci K., Dommange P.
- Adfem, Crochet K., Flitti Y.
- Anafé, Mongin C, Polo Devoto J.
- ARS IDF, Praps, Rustico J., Wolmark L.
- ARS Guyane, Comité de veille, Abrias C.
- ASE 94 Mineurs étrangers isolés, Lefebvre O.
- Asile Ile-de-France, Crochet K., Legoff A.
- CFDA, Crochet K., Legoff A.
- ClimHB, Maraval B., Vescovacci K.
- CNS, Conf. nationale de santé, Veisse A., Flitti Y.
- Coll. Droit Guyane, Abrias C.
- Coll. que personne ne dorme à la rue, Comede Loire.
- Coll. Interorga Paris, Maraval B, Weinich L, Aw A.
- CISM Guyane, Ory B.
- Cpm 93 inter-orga., Maille D., De Pascalis C.
- Dasem psy, Veisse A., Wolmark L., Lefebvre O.
- DDD, Comité d'entente santé, Maille D.
- DDD, GT Dasem, Maille D., Lefebvre O.
- Dequeldroit, Maille D., Flitti Y.
- DGCS, Domiciliation, Maille D., Maraval B.
- -DGS, Groupe hépatites, Lefebvre O.
- DGS, Comité de suivi tuberculose, Lefebvre O.
- DGS/DGCS/DSS/Cnam/PHI, Gütle M.-M.
- Diabète R2D, réseau régional, Vescovacci K.
- DSS, Groupe de suivi accès aux soins, Maille D.
- EGHB SOS Hépatites, Copil, Lefebvre O.
- EGM, Etats généraux des migrations, Feldmann L.
- FAP IDF, Droits sociaux, Maraval B.
- FAP FAS IDF, Comité de veille Dalot, Maraval B.
- FNCS, Rustico J., Mongin C.
- Fonds CSS, Comité de suivi associatif, Maille D.
- Groupe Egalité des droits sociaux, Maille D.
- Hôpital Delafontaine, Copil PASS, Maille D.
- Guyane Promo santé / Ireps, CA, Abrias C.
- Migrants en Isère, groupe santé, Chevit P.
- MOM, Migrants Outre-mer, Maille D., Gras F.
- MSA, Prévention discriminations, Veisse, Crochet, Flitti
- Observatoire logement Marseille, Demagny B.
- ODSE, Maille D., Demagny B., Lefebvre O.
- OEE, De Pascalis C., Humez M.
- Osiris Copil, Demagny B., Flitti Y., Veisse A.
- PTSM Guyane, Ory B et Abrias C.
- Solipam, Périnatalité et précarité, Petrucci M.

OBSERVATOIRE, RECHERCHE ET PUBLICATIONS

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

- Consultations individuelles et ateliers collectifs à Bicêtre, Paris, Pantin, Saint-Etienne, Marseille et Cayenne.
- Appels et méls traités par les permanences téléphoniques nationales et régionales ;
- Observation qualitative des obstacles à l'accès aux soins et aux droits, effectuée par les intervenant.e.s du Comede, en lien avec les partenaires et groupes experts.

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

En 2021, le Comede a réalisé ou participé à **36 publications spécialisées** (34 en 2020, voir encadré page suivante). L'ensemble des publications sont consultables et téléchargeables sur le site internet (voir Association page 11), incluant des **notes pratiques** rédigées par le pôle social et juridique.

Quatre numéros de **Maux d'exil**, la lettre du Comede sur la santé des exilés, ont été publiés en 2021. D'un tirage moyen de 6 000 exemplaires par numéro, Maux d'exil est destiné aux acteurs de la santé, du social, du droit, de l'administration, de l'enseignement et de la recherche. Chaque numéro est consacré à un dossier proposant des regards croisés sur le même thème (voir encadré page suivante).

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

Le **Livret de santé bilingue** est édité par le Comede depuis 2001. Suite à la première version conçue avec le Haut-Comité aux réfugiés, le partenariat entrepris en 2004 autour du Guide avec l'Inpes et la DGS s'était étendu à une version enrichie du Livret, avec une version 2006 disponible en 23 langues. Parue fin 2018, la dernière édition, disponible en 15 langues, est également le fruit d'un partenariat avec Santé Publique France et la DGS, à l'issue d'un travail d'élaboration associant de nombreux acteurs de la santé des migrants.

Publications du Comede en 2021

- Abrias C., Fessard C., « Evasan », *quand l'enfant part sans ses parents*, Maux d'exil n°67.
- Beck F., Santé Publique France, *Prévention et promotion de la santé*, Maux d'exil n°68.
- Buffière M., *Santé en rétention : un régime d'exception ?*, Maux d'exil n°69.
- Calvar R., « *On part de loin et il reste tant à faire...* », Maux d'exil n°67.
- Clochard O., *La fuite en avant d'une politique inopérante*, Maux d'exil n°69.
- Comede, *Enfermement des étranger.e.s, aux frontières de l'État de droit*, Maux d'exil n°69, dossier septembre.
- Comede, *Etat d'urgence pour la santé et les droits des exilé.e.s*, Maux d'exil n°68, dossier juin.
- Comede, *Exil et santé en Outre-mer*, Maux d'exil n°67, dossier mars.
- Comede, *VIH/sida, l'épidémie n'est pas finie !*, Maux d'exil n°70, dossier décembre.
- Conan M., De Pascal C., Journet F., *Le suivi psychiatrique des exilés, enquête auprès des soignants*, Plein Droit n°131.
- Demagny B., Mayeux A., *Personnes étrangères vivant avec le VIH : une remise en cause de la protection par le droit au séjour*, Maux d'exil n°70.
- De Pascal C., *Enquête auprès des intervenants sur le terrain des Dasem*, Pour la recherche, n°108-109.
- Douris V., *Quelles conséquences de la pandémie de Covid-19 sur les populations touchées par le VIH ou fortement exposées ?*, Maux d'exil n°70.
- Fassin D., *La « santé des migrants », notes pour une généalogie*, La santé en action, n°455.
- Fessard C., Hyvert G., *Santé des migrants sur le Haut-Maroni : enjeux et prise en charge*, La santé en action, n°455.
- Fischmeister J., *Étranger.e.s détenu.e.s : autopsie d'une exclusion par le droit*, Maux d'exil n°69.
- Flitti Y., *L'interprétariat professionnel en santé, expérience du Comede et enjeux de financement*, Maux d'exil n°68.
- Hamel E., Veisse A., Kotobi L., *coor. dossier Migrants en situation de vulnérabilité et santé*, La santé en action, n°455.
- Lefebvre O., *Protéger les étranger.e.s malades contre l'éloignement*, Maux d'exil n°69.
- Lefilleul A., *Soigner les marges pour soigner le monde*, podcast Autrement dit, Institut français.
- Le Joubiou C., Tlili R., Boloko A., Mapi Audigé I., Tantet C., Cailhol J., *Enquête Parchemins & conséquences de la pandémie sur la santé des personnes migrantes en Seine-Saint-Denis*, Maux d'exil n°68.
- Le Liard P., Dia S., *La politique d'éloignement dans les Outre-mers à l'épreuve du droit à la santé*, Maux d'exil n°67.
- Leroy H., *En Bretagne, les premiers résultats prometteurs de l'expérimentation CIME*, Maux d'exil n°68.
- Math A., *Droits sociaux et accès aux soins : (encore plus) mal traités en outre-mer*, Maux d'exil n°67.
- Mucem, commissaires de l'exposition, *VIH/sida, l'épidémie n'est pas finie*, Maux d'exil n°70.
- MSF, Comede, *Vivre le confinement, les mineurs non accompagnés en recours face à l'épidémie de Covid 19*, Rapport.
- MSF, Comede, *La santé mentale des MNA, effets des ruptures, de la violence et de l'exclusion*, Rapport.
- Ndepo P., *Prévention VIH des femmes migrantes : l'approche de l'association Afrique Avenir*, Maux d'exil n°70.
- Remark F., Veisse A., *Droit au séjour et santé mentale, évolution et enjeux*, Plein Droit n°131.
- Saglio-Yatzimirsky M.-C., Wolmark L., *Psychotraumatismes : les blessures invisibles face à l'administration de la preuve*, Pour la recherche, n°108-109.
- SFLS, Spilf, SPF, *Aborder la sexualité avec les femmes migrantes*, Repères pour votre pratique, SPF.
- Vescovacci K., Dommange P., *Accompagner les exilés pour qu'ils deviennent acteurs de leur santé*, La santé en action.
- Veisse A., *Évolution juridique, politique et pratique du droit au séjour pour raison médicale*, Pour la recherche, n°108-109.
- Veisse A., *Heurs et malheurs de l'accès aux soins des personnes étrangères en France*, VIH/sida, l'épidémie n'est pas finie, Anamosa/Mucem.
- Wolmark L., *Migrants mineurs non accompagnés : une protection pas toujours effective*, La santé en action, n°455.
- Wolmark L., Saglio-Yatzimirsky M.-C., *La parole en souffrance et son discrédit*, Plein Droit n°131.

L'EQUIPE DU CENTRE-RESSOURCES en mai 2022

Sabine Allier (*Accueillante sociale*), Chloë Abrias (*Coordinatrice Guyane, juriste*), Assane Aw (*Référent de l'accueil*), Muriel Bamberger (*Psychologue référente*), Marcia Burnier (*Assistante sociale*), Nils Castel (*Médiateur santé*), Pascal Chevit (*Médecin bénévole*), Karine Crochet (*Coordinatrice Paris*), Chiara De Pascal C. (*Médiatrice santé*), Benjamin Demagny (*Coordinateur Paca*), Aurélie Destouches (*Assistante sociale référente*), Claire Fessard (*Médecin référente*), Yasmine Flitti (*Directrice administrative et financière*), Lucie Fouchier (*Accueillante sociale*), Océane Gageot (*Médecin référente*), Dalila Haddadi-Collet (*Coordinatrice Loire*), Marie Jacob (*Psychologue référente*), Claire Katembwe (*Assistante de direction*), Jean-Pierre Lazarus (*Travailleur social bénévole*), Olivier Lefebvre (*Coordinateur médical*), Anne Legoff (*Assistante sociale*), Annie Liber (*Médecin bénévole*), Didier Maille (*Coordinateur social et juridique*), Bénédicte Maraval (*Assistante sociale référente*), Andrée Martins (*Accueillante bénévole*), Faroudja Mameri (*Comptable*), Antoine Math (*Juriste bénévole*), Christian Mongin (*Médecin bénévole*), Patrick Mony (*Juriste*), Céline Pellegrin (*Responsable des financements*), Magali Perl (*Psychologue référente*), Mathilde Petit (*Gestionnaire de base de données*), Daniel Popovic (*Chargé de financements*), Marie Petrucci (*Coordinatrice Paris*), Jose Polo Devoto (*Médecin référent*), Céline Rabourdin (*Juriste*), Sylvie Rey (*Médecin bénévole*), Kateryna Ropers (*Chargée d'administration et RH*), Joseph Rustico (*Directeur du Centre de santé*), Marion Tambourindéguy (*Médecin référente*), Lydie Tindo (*Médecin*), Pauline Trebuchet (*Médecin*), Arnaud Veisse (*Directeur général*), Khaldia Vescovacci (*Coordinatrice prévention et promotion de la santé*), Laura Weinich (*Médecin référente*), Zornitza Zlatanova (*Psychologue référente*).



Le Centre de santé à Bicêtre

Hébergé depuis 1989 par l'hôpital Bicêtre (AP-HP, Hôpitaux universitaires Paris-Sud) au Kremlin-Bicêtre, le Centre de santé du Comede a délivré **10 632 consultations** en 2021 pour une file active de 2 415 personnes. L'activité s'est également déployée hors-les-murs avec **560 entretiens de médiation**, alors que la permanence téléphonique a traité **998 appels**. Après l'année précédente marquée par la pandémie de Covid, la stabilité globale de l'activité (total 12 157 actes, +3%) est due à la mise en place en 2021 de la médiation santé et à la réaugmentation des consultations de prévention et promotion de la santé (+30%), ayant permis de compenser la diminution de l'activité médicale (-12%). Dans le même temps, l'activité d'accueil a été recentrée sur les consultations (+19%) par rapport à la permanence téléphonique (-26%).

En février 2022, l'équipe du Centre de santé compte 28 salarié.e.s et 16 bénévoles, outre les interprètes professionnel.le.s présent.e.s.

FILE ACTIVE ET CONSULTATIONS

La file active globale du Centre de santé (nombre de patient.e.s reçus au moins une fois en consultation) a augmenté de 9%, **le nombre de bénéficiaires étant de 2 525** en y ajoutant les personnes suivies hors-les-murs. De 15 mois pour l'ensemble des consultations, la durée moyenne de suivi (depuis la 1^{ère} consultation au CDS) est plus longue sur le plan socio-juridique (27 mois) et en psychothérapie (20 mois), et plus courte en consultation médicale « du jour » (sans rendez-vous, 6 mois). Le nombre moyen de consultations est de 4,4 sur l'année (5,3 en psychothérapie, 3,4 en médecine de suivi). Près de la moitié des consultations ont lieu en langue étrangère (42% du total, 53% en éducation thérapeutique), un tiers étant effectuées à l'aide d'un.e interprète professionnel.le, en présentiel (20% du total) ou par téléphone (13%). En 2021, les consultations ont été effectuées en 40 langues étrangères (voir tableau page suivante), les principales étant le bengali (30%), l'anglais

Consultations, médiation hors-les-murs et permanence téléphonique

2021	n	%	21/20	File active n	%	Cs / pers.	Suivi moyenne	Langue étrang.	Interp. prés.	Interp. par tél.
Total consultat.	10632	87%	+2%	2415	69%	4,4	15 mois	42%	20%	13%
Cs médicales	3974	33%	-12%	1327	38%	3,0	15 mois	46%	23%	16%
Cs de suivi	2554	21%	-19%	759	22%	3,4	19 mois	45%	28%	11%
Cs du jour	1209	10%	+2%	927	26%	1,3	6 mois	52%	16%	27%
Gynécologie	211	2%	+37%	83	2%	2,5	15 mois	32%	9%	18%
Cs accueil	3346	27%	+19%	2082	59%	1,6	9 mois	42%	14%	17%
Cs psychologiques	1182	10%	-3%	224	6%	5,3	20 mois	47%	40%	1%
Cs socio-juridiques	1151	9%	-1%	359	10%	3,2	27 mois	28%	12%	13%
dont écriv. public	56	<1%	nouv	51	1%	1,1	18 mois	34%	14%	4%
Cs prévention PS	710	6%	+30%	431	12%	1,6	16 mois	34%	18%	9%
Cs infirmière	310	3%	x2,5	213	6%	1,5	14 mois	12%	2%	5%
Cs éducation thé.	275	2%	-18%	124	4%	2,2	18 mois	53%	36%	11%
Cs podologie	59	<1%	nouv	47	1%	1,3	24 mois	49%	31%	5%
Cs sage-femme	58	<1%	-25%	39	1%	1,5	8 mois	33%	7%	20%
Cs médiation	6	<1%	nouv	2	<1%	3,0	5 mois	6/6	0/6	0/6
Cs addicto	2	<1%	nouv	2	<1%	1,0	40 mois	0/2	0/2	0/2
Cs ostéopathie	273	2%	+24%	104	3%	2,6	16 mois	23%	7%	6%
Total médiation	560	5%	nouv	110	5%					
Total PT	998	8%	-26%	994	28%					
Total actes	12190	100%	+3%	3519	100%					

4427 consultations en langue étrangère

Langue	n	%	Langue	n	%
Bengali	1319	30%	Bambara	62	1%
Anglais	568	13%	Tigrinya	50	1%
Tamoul	558	13%	Cinghalais	50	1%
Dari	332	7%	Roumain	42	1%
Arabe	258	6%	Espagnol	30	1%
Pachtou	219	5%	Somali	26	1%
Pular	219	5%	Oromo	21	<1%
Ourdou	138	3%	Farsi	17	<1%
Soninke	107	2%	Diola	15	<1%
Lingala	82	2%	Hindi	14	<1%

Orientation vers le Centre de santé et à partir des consultations

2 415 patient.e.s et 6 122 orientations externes

2021	A l'entrée.	A la sortie
Associations de soutien	13%	65%
Accueil de jour	<1%	1%
Aide alimentaire	<1%	1%
Cimade	1%	<1%
Comede	2%	55%
Domiciliation	<1%	1%
Tickets service	1%	1%
Avocats et CNDA	3%	1%
Médias, internet	1%	<1%
Particuliers	69%	-
Ami, proche	3%	-
Famille	1%	-
Personne concernée	3%	-
Services publics	10%	9%
AS, TS et CCAS	2%	1%
Ofii	2%	1%
Préfecture	<1%	1%
Samu social & SIAO	1%	1%
Sécurité sociale & ST	<1%	3%
Services de santé	4%	25%
Centre de santé	<1%	2%
CMP et disp. psy.	<1%	1%
Hôpital	1%	10%
dont Pass	<1%	8%
Laboratoire d'analyses	<1%	1%
Médecin Ville	1%	6%
PMI	<1%	1%
Total	100%	100%

Département de résidence

En 2021, sur 1135 enregistrements renseignés pour le département, les patient.e.s du Centre de santé résidaient dans 27% des cas en Seine-Saint-Denis, 25% à Paris, 20% dans le Val-de-Marne, 9% dans le Val-d'Oise, 6% dans les Hauts-de-Seine, 6% dans l'Essonne, 4% dans les Yvelines et 3% en Seine-et-Marne.

(13%), le tamoul (13%), le dari (7%), l'arabe (6%), le pachtou et le pular (5%). Ces consultations ont fait intervenir un.e interprète professionnel.le dans 81% des cas, les autres étant effectuées directement en langue étrangère, principalement par les consultant.e.s du Comede (12%, dont 89% en anglais), et 7% à l'aide d'un accompagnateur, en cas de non-disponibilité de l'interprétariat requis.

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

Les deux-tiers des patient.e.s du Centre de santé sont **orienté.e.s** par des particuliers (68% en 2021, voir tableau ci-contre), 13% par des associations, 10% par des services publics et 4% par des services de santé. La progression régulière des recours de première intention vers le Centre de santé au cours des dernières années est liée à la priorisation des critères de vulnérabilité sociale, les personnes venant spontanément étant encore plus souvent en situation de grande vulnérabilité (voir Etat de santé page XX). Par ailleurs, l'équipe d'accueil et l'ensemble des consultant.e.s du Centre de santé ont caractérisé 6 122 orientations externes en 2021, en premier lieu vers les services du Comede (55%), puis les autres services de santé (total 25%, hôpital 10%, médecine ambulatoire 6%), les autres associations de soutien (total 10%, le plus souvent pour des aides à la vie quotidienne), et enfin vers les services publics (9%, sécurité sociale et dispositif solidarité transports 3%).

Personnes accompagnées par le Centre de santé (consultations et entretiens HLM)

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE SELON LA REGION D'ORIGINE EN 2021

Région d'origine	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	15	1%		12	3	4		3	1	11		9	1
Afrique centrale	404	16%	25	352	27	186	9	167	10	218	16	186	17
Afrique de l'Est	65	3%		64	1	44		43	1	21		21	
Afrique du Nord	85	3%	6	75	4	62	5	55	2	23	1	20	2
Afr. de l'Ouest	865	34%	35	818	12	594	23	562	9	271	12	255	3
Amér. du Sud	9	<1%	1	5	3	5	1	3	1	4		2	2
Asie centrale	164	6%	1	160	3	149	1	148		15		12	3
Asie de l'Est	7	<1%		7		4		4		3		3	
Asie du Sud	655	26%	6	639	10	572	4	562	6	83	2	77	4
Caraïbes	7	<1%		5	2	5		3	2	2		2	
Europe de l'Est	107	4%	18	83	6	54	13	38	3	53	5	45	3
Europe de l'Ou.	110	4%	17	91	2	42	10	32		68	7	59	2
Moyen-Orient	30	1%	1	26	3	26	1	22	3	4		4	
Apatrides & ind.	2	<1%		2		2		2					
Total	2525	100%	110	2339	76	1749	67	1644	38	776	43	695	38

28

CARACTERISTIQUES DES PATIENT.E.S

Le Centre de santé du Comede a accompagné 2 525 personnes en 2021, dont 1034 demandeurs d'asile et réfugiés (43%), 776 femmes (31%), 110 mineurs <18 ans (4%) et 76 personnes âgées ≥60 ans (3%, voir tableau ci-dessus). Ces personnes sont jeunes (âge médian 33 ans, moyen 25 ans), et récemment arrivé.e.s en France (médiane 2 ans, moyenne 3 ans). Elles déclarent 75 nationalités (voir détail

page 8), principalement d'Afrique de l'Ouest (total 34%, Guinée Conakry 15%, Côte d'Ivoire 7%, Mali 5%), d'Asie du Sud (26%, Bangladesh 18%, Sri Lanka 6%), d'Afrique centrale (16%, Congo RD 12%), d'Asie centrale (6%, Afghanistan 6%), d'Europe de l'Ouest (4%, Roumanie 4%) et d'Europe de l'Est (4%). Les femmes sont davantage représentées parmi les patient.e.s d'Afrique centrale (54%) et les personnes âgées (49%), alors qu'elles sont très minoritaires parmi les exilé.e.s d'Asie centrale

Patient.e.s du Centre de santé

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES PERSONNES RECUES EN CONSULTATION EN 2021

	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	en Fra. méd	en Fra. moy	Maladie grave	Nouv. patients
Total	2415	100%	29%	33 ans	35 ans	2 ans	3 ans	27%	64%

Groupes vulnérables

Dem. asile	1034	43%	25%	32 ans	33 ans	1,5 an	2 ans	36%	59%
Femmes	712	29%	100%	34 ans	36 ans	1,5 an	3 ans	31%	62%
Mineurs<18	89	4%	40%	12 ans	11 ans	6 mois	1 an	10%	85%
Agés≥60	75	3%	49%	66 ans	67 ans	3 ans	7 ans	40%	52%

Afrique O.	862	36%	31%	31 ans	32 ans	2 ans	3 ans	33%	57%
Asie du S.	656	27%	13%	35 ans	36 ans	1,5 an	2 ans	23%	69%
Afrique C.	405	17%	54%	37 ans	38 ans	2 ans	4 ans	34%	53%
Asie centrale	164	7%	9%	28 ans	30 ans	1 an	1,5 an	19%	80%
Afrique N.	85	4%	27%	34 ans	35 ans	1 an	3 ans	6%	76%
Europe E.	80	3%	49%	43 ans	40 ans	1 an	2 ans	11%	86%

(9%) et d'Asie du Sud (13%). Les personnes les plus jeunes sont les exilé.e.s d'Asie centrale (âge médian 28 ans) et d'Afrique de l'Ouest (31 ans), les plus âgées sont originaires d'Europe de l'Est (43 ans). Ce sont les mineur.e.s qui consultent le plus tôt après l'arrivée en France (moyenne 1 an) et les migrant.e.s âgé.e.s le plus tard (7 ans). Les caractéristiques des principaux groupes vulnérables sont détaillées dans les chapitres Populations et Etat de santé.

Suite à la réduction des activités de prévention et de dépistage en 2020 en raison de l'épidémie de Covid, et notamment des obstacles à la réalisation des bilans de santé, l'activité de dépistage n'a repris que partiellement en 2021 concernant les maladies non transmissibles et les maladies infectieuses, dont la proportion parmi l'ensemble des maladies graves (voir tableau ci-joint) a chuté par rapport aux années précédentes. Il en résulte en 2021 une faible proportion de patient.e.s du Centre de santé repéré.e.s comme étant atteint.e.s d'une maladie grave (27%, versus 42% en 2017).

Dans ce contexte, les maladies graves repérées le plus fréquemment sont les troubles psychiques (45%), les maladies cardio-vasculaires (12%), l'infection par le VHB (9%) et le diabète (9%), voir Etat de santé page XX.

Maladies graves dépistées chez les patients du CDS

2021	n	%
Maladies chroniques NT*	345	34%
Asthme persistant	16	2%
Diabète	85	8%
Maladies cardio-vasculair.	122	12%
Maladies gynécologiques	19	2%
Maladies thyroïde	9	1%
Maladies infectieuses	214	21%
Anguillulose intestinale	41	4%
Bilharziose/Schistosomose	47	5%
Infection par le VHB	82	9%
Infection par le VHC	9	1%
Infection par le VIH	13	1%
Tuberculose	12	1%
Troubles psychiques	457	45%
Total	10161	100%

* Maladies chroniques non transmissibles

Evolution de la vulnérabilité sociale au cours du suivi au Comede

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

Les situations de vulnérabilité sociale des patient.e.s du Centre de santé sont régulièrement évaluées au cours du suivi. Sur une durée médiane de 13 mois entre la première et la dernière évaluation effectuée pour 1542 patient.e.s entre 2016 et 2021, **la situation s'est améliorée en premier lieu sur le plan de la protection maladie** (+53 points, le taux des personnes dépourvues a baissé de 80% à 27%, voir tableau), dans une moindre mesure sur le plan des ressources (+25, de 82% à 57%), pour l'accès à l'hébergement (+24, de 58% à 34%), et plus faiblement par rapport à l'isolement relationnel (+16, de 47% à 31%), à l'alimentation (+12, de 28% à 16%), aux difficultés de déplacement (+12, de 34% à 22%) au séjour (+11, de 34% à 23%), et à la communication en français (+8, de 41% à 33%). La part des patient.e.s en situation de détresse sociale a diminué de 25 points (de 40% à 15%).

	Date médiane	1 pas Com.	2 Héb préc.	3 pas proche	4 diff. dépla.	5 pas séjour	6 pas PMal.	7 pas alim.	8 pas ress.	Dét. soc.
Première évaluat.	08/12/17	41%	58%	47%	34%	34%	80%	28%	82%	40%
Dernière évaluat.	09/01/19	33%	34%	31%	22%	23%	27%	16%	57%	15%

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

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

**ACCUEIL, CONSULTATIONS
ET PERMANENCE TELEPHONIQUE**

La permanence d'accueil du Centre de santé est assurée du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 (à l'exception du jeudi matin où le centre est fermé au public). Cette mission réclame à la fois une écoute active, de la patience ainsi qu'une grande disponibilité afin de rassurer des personnes fragilisées par les conditions de leur exil. Suite à l'organisation mise en place en 2020 pour faire face à l'épidémie de Covid où la permanence téléphonique avait été privilégiée, la priorité a été à nouveau donnée en 2021 au travail d'accueil en présentiel, avec une augmentation des consultations et simultanément une diminution des permanences téléphoniques.

En 2021, les accueillant.e.s ont effectué **3 346 consultations** (+19%), dont 42% en langue étrangère (interprète présent 14%, par tél. 17%), pour 2 082 patient.e.s (86% de la file active des consultations). Les entretiens d'accueil permettent d'évaluer la situation de vulnérabilité sociale et une orientation adaptée. En 2021, la moitié de ces patient.e.s (51%) ont été intégré.e.s dans les autres consultations du Centre de santé. Les accueillant.e.s proposent également d'autres orientations, vers des services de santé, des associations de soutien et des dispositifs d'aide sociale et administrative (voir tableau page 28).

Particulièrement utile lors des périodes de confinement, la permanence téléphonique du Centre de santé (voir aussi Centre-ressources page 17 et tableau ci-contre), a également traité **998 appels** (-26%) émanant de particuliers (total 70%, en premier lieu la personne concernée), puis des services publics (16%, assistantes et travailleuses sociales 13%), associations (7%) et services de santé (6%). Les demandes (972 caractérisées) portent sur l'accès aux soins (46%, santé mentale 11%), un soutien social (28%) ou en matière de droit au séjour pour raison médicale (18%), et enfin une information médicale ou psychologique (8%). Les orientations sont principalement effectuées en interne (Comede CDS 58%) ou vers les autres

Permanence téléphonique
998 appels et 1053 orientations en 2021

	Appels	Orientat.
Associations & Comede	7%	89%
Comede CDS		58%
Comede PT & autre		28%
Avocats	1%	<1%
Particuliers	70%	-
Ami, proche	4%	
Famille	4%	
Personne concernée	54%	
Services publics	16%	2%
Ass. et trav. Social	13%	1%
Services de santé	6%	7%
Hôpital et Pass	2%	3%
Médecin Ville et CDS	1%	3%
Total	100%	100%

dispositifs du Comede (28%), ainsi que vers les services de santé (7%) et services publics (2%).

**CONSULTATIONS MEDICALES DU JOUR,
CONSULTATIONS INFIRMIERES ET VACCINATION**

Les consultations médicales « du jour » (sans rendez-vous) interviennent en soutien direct des consultations d'accueil. Elles permettent de répondre aux besoins médicaux ne pouvant attendre les délais de rendez-vous avec les consultations médicales et psychologiques. Cette activité est restée stable en 2021 (+2%), avec **1 209 consultations médicales du jour** effectuées pour 927 patient.e.s, dont 52% en langue étrangère (16% interprétariat présentiel et 27% par téléphone). En outre, **310 consultations infirmières** ont été effectuées pour 213 patient.e.s, participant aux consultations « du jour » et en particulier aux activités de prévention. Ces consultations infirmières ont fortement réaugmenté en 2021 suite à une diminution des activités de prévention en 2020 en raison des périodes de confinement (x2,5).

Les consultations du jour et consultations infirmières portent notamment sur les activités de **vaccination** (voir encadré page suivante), à partir des résultats du bilan médical. Après une diminution en 2020, cette activité a réaugmenté en 2021 avec 641 injections effectuées (+17%) pour 247 personnes, ceci notamment en raison

Centre de vaccination

Au total, **646 vaccinations** ont été effectuées en 2021 (+18%) **pour 252 personnes** (dont 85 femmes et 25 mineur.e.s), dont 203 étaient âgées de 15 à 44 ans.

Les **vaccins utilisés** ont été Priorix (rougeole, oreillons, rubéole, 25%), Comirnaty (vaccination covid mise en place en juillet, 22%), Boostrix tetra / Tetravac (diphtérie, tétanos coqueluche, poliomyélite, 18%), Engerix B (VHB, 16%), Revaxis (DTP, 14%), Neisvac (méningocoque C, 2%), Vaxigrip (grippe, 1%) et vaccins du pneumocoque (1%).

de l'introduction de la création de temps de consultations supplémentaires dédiées à la vaccination contre le Covid.

Dans le cadre d'un partenariat avec la fondation Essilor et la Pass ophtalmologique de l'hôpital Rotschild, la consultation infirmière propose un **dépistage de troubles visuels** pour les patient.e.s du Centre de santé. En 2021 ont été ainsi effectuées 99 orientations de patient.e.s vers la Pass (+6%) pour équipement de lunettes.

CONSULTATIONS MEDICALES DE SUIVI, GYNECOLOGIQUES ET SAGE-FEMME

Au total en 2021, les médecins ont effectué **3 974 consultations** (-12%), dont 46% en langue étrangère (interprète présent 23%, par tel. 16%), pour 1 327 patient.e.s. Ces consultations se répartissent en consultations de bilan et suivi (64%), consultations du jour (30%) et gynécologie santé sexuelle (5%). La consultation médicale permet de proposer le bilan de santé dont les résultats vont déterminer les soins préventifs (éducation santé, vaccination, ETP, sage-femme), curatifs (médicaux, psychothérapeutiques, ostéopathiques) et l'accompagnement social et juridique. D'une durée moyenne de 15 mois, les soins médicaux reposent sur l'écoute et le soutien des patient.e.s exilé.e.s, et favorise l'inscription des personnes dans un réseau de soins et de soutien de proximité, en relais du Comede.

La pratique du **bilan de santé** a été entravée pendant les périodes de confinements en raison de la transformation d'activité du laboratoire

Edison en Centre covid, les analyses biologiques et radiologiques étant inaccessibles au dépistage pour les personnes sans protection maladie, ou pratiquées dans certaines situations par des dispositifs ciblés (Cegidd, Pass etc.). Avec la reprise progressive d'activité du centre Edison, les examens complémentaires du bilan de santé sont réalisés dans des laboratoires spécialisés avec le soutien de la Dases (Paris), dans le cadre d'un partenariat continu depuis 1984. Les résultats du bilan sont remis au/à la patient.e et commentés lors de la consultation suivante. Ils permettent la prévention, le dépistage précoce et les soins de diverses affections graves (voir Epidémiologie page XX). 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 XX). Les consultations de médecine conduisent à la délivrance de médicaments par la pharmacie du Comede (67% des patients, voir encadré), dans l'attente de l'ouverture des droits, les procédures réglementaires d'instruction rapide des droits n'étant que rarement respectées par la sécurité sociale (voir Accès aux soins page XX)

Pharmacie

Sous la responsabilité d'une pharmacienne bénévole, la pharmacie du Comede fournit une prestation essentielle en matière d'accès aux soins pour tou.te.s les patient.e.s en attente de protection maladie. L'approvisionnement s'effectue dans le cadre d'une convention entre la Cnamts et Pharmacie humanitaire internationale (PHI), dont le Comité de suivi est assuré par la DGS, la DSS, la DGCS, la Cnam, PHI, ainsi que les représentants des associations médicales dont le Comede.

En 2021, la pharmacie a honoré **4 336 prescriptions** correspondant à 1 606 consultations concernant 885 patient.e.s, soit 67% de la file active de médecine. Les molécules les plus utilisées sont les antalgiques (22%), psychotropes (19%), gastro-entérologiques (13%), anti-inflammatoires (11%), cardiologiques (9%), dermatologiques (8%), antibiotiques et antiparasitaires (3%), antihistaminiques (3%) et antidiabétiques (3%).

Suivi médical

Les activités du Suivi médical sont dédiées à la coordination et à la continuité des soins pour les patient.e.s du Centre de santé. Les médecins y traitent l'ensemble des courriers médicaux, effectuent la mise à jour des dossiers et l'information de l'équipe soignante, et assurent la transmission des renseignements médicaux aux médecins partenaires. Elles/ils s'enquêtent régulièrement des comptes-rendus de consultation, d'hospitalisation, de centre de lutte anti-tuberculeuse ou d'autres services vers lesquels les patient.e.s du Comede sont orientés. Elles vérifient les résultats des examens complémentaires et bilans de santé, afin d'anticiper et d'organiser les prises en charge à effectuer.

Le Suivi médical occupe un poste d'observation détaillée sur la pathologie et les soins apportés aux exilé.e.s. A partir de ses activités quotidiennes, le Comede peut dresser une carte épidémiologique permettant de cerner les besoins, d'évaluer les actions de santé en cours et de cibler les actions prioritaires à mettre en place (voir Epidémiologie page XX).

Les médecins sont régulièrement confronté.e.s aux demandes de **certificat médical** (voir Accès aux droits page XX), en particulier à l'appui d'une demande d'asile (41 fois en 2021), en matière de droit au séjour pour raison médicale ou encore en vue de faciliter l'accès à un hébergement (voir Accès aux droits page XX).

Les **consultations gynécologiques** permettent d'aborder les questions relatives à la santé sexuelle pour des femmes ayant été confrontées à de multiples violences dans ce domaine (voir Etat de santé page XX). En 2021, 211 consultations ont été effectuées (+37%) pour 83 patientes, dont 32% en langue étrangère (interprétariat présentiel 9%, téléphone 18%). Ces consultations intègrent également des actions de prévention, dépistage (frottis cervico-vaginal), contraception et traitements.

Enfin, 32 **femmes enceintes** ont été suivies en 2021, bénéficiant de 249 consultations pluridisciplinaires, et notamment de la part d'une sage-femme (58 consultations). Les caractéristiques des femmes enceintes sont développées dans le chapitre Etat de santé page XX.

EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

En 2021 ont été effectuées 275 consultations d'ETP (-18%) pour 124 personnes atteintes de maladie chronique, dont 53% en langue étrangère (36% interprète présentiel, 11% par téléphone). Des consultations de podologie ont également été mises en place, 59 ayant été réalisées. Le nombre moyen de consultations d'ETP et podologie est de 3,4 par personne, avec une durée moyenne de suivi de 18 mois. L'éducation thérapeutique vise à renforcer l'autonomie des patient.e.s en termes d'orientation dans le système de santé et d'accès aux droits, et à améliorer la maîtrise par les patient.e.s de leur traitement en termes de connaissance, de compétences, et d'adaptation en cas d'incident. L'ETP prend notamment en compte les conditions de vie de la personne, son alimentation et les conditions de son accès aux soins.

Les actions d'éducation thérapeutique effectuées au Centre de santé sont déployées de manière complémentaire dans le cadre du Comede Paris, où elles sont également complétées par des activités de groupe associant des associations partenaires et « patients experts » (voir chapitre suivant).

OSTEOPATHIE

En 2021, les ostéopathes ont effectué **273 séances d'ostéopathie** (+24%) pour 104 patient.e.s. L'ostéopathie a pour objectif de permettre à toutes les structures de l'organisme de se mouvoir de façon optimale. L'action de l'ostéopathe consiste à libérer l'ensemble des contraintes qui entravent le libre mouvement des structures anatomiques entre elles. Parmi les exilé.e.s, les traumatismes subis restent présents dans le corps, et le but de l'ostéopathe est de redonner leur mobilité à ces tissus lésés, meurtris, porteurs de l'histoire du/de la patient.e, afin d'en restaurer la fonction. Rendre leur mobilité aux structures anatomiques représente ainsi davantage qu'un simple soulagement de la douleur en restaurant la personne dans son intégrité.

CONSULTATIONS PSYCHOLOGIQUES

En 2020, les psychologues ont effectué **1 182 entretiens** (-3%), dont 47% en langue étrangère (interprète en présentiel 40%, par téléphone 1%), pour 224 patient.e. Sur l'année, le nombre moyen de consultations était de 5,3 par personne et la durée moyenne de suivi de 21 mois.

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

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

Délai d'amélioration de l'état psychique

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

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

CONSULTATIONS SOCIALES ET JURIDIQUES

Les intervenantes sociales et juridiques ont effectué **1 151 consultations** (-1%), dont 28% en langue étrangère (interprète en présentiel 12%, tel. 13%), pour 359 patient.e.s. Elles incluent depuis 2021 des consultations d'écrivaine publique (56 sur l'année). Le nombre moyen de consultations était de 3,2 et la durée moyenne de suivi de 27 mois. L'orientation est proposée par les autres consultant.e.s, ou directement par l'accueil en cas d'urgence, pour des interventions relatives à l'exercice des droits (à la santé, à l'hébergement, à l'asile et au séjour), ainsi que pour des activités de soutien social pour les personnes les plus vulnérables. En complément des consultations d'accueil, les interventions sociales incluent très souvent une aide à la vie quotidienne, directement ou à travers une orientation vers les partenaires publics ou associatifs.

Face à la détérioration des conditions d'hébergement des exilé.e.s (voir page XX), le Comede développe un partenariat avec la Fondation Abbé Pierre pour défendre le droit à l'hébergement et au logement des exilés (voir encadré page suivante). Les carences des dispositifs publics d'hébergement d'urgence posent des problèmes particulièrement aigus pour les personnes en situation de détresse sociale. Dans ce contexte, l'accompagnement

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

Les assistantes sociales du Centre de santé caractérisent les situations d'urgence de mise à l'abri. En 2021, les 134 personnes concernées étaient pour moitié des femmes (51%, alors qu'elles représentent moins d'un tiers de la file active), jeunes (âge moyen 36 ans, de 25 nationalités, principalement Guinée (28%), Congo RD (17%), Côte d'Ivoire (11%), Bangladesh (10%) et Afghanistan (5%). Parmi les 275 situations caractérisées en 2021, on compte 40 demandes de logement social, 7 requêtes devant le tribunal administratif pour des recours DAHO avec un accompagnement à l'audience, 1 demande de reconnaissance prioritaire DAHO et 11 demandes de reconnaissance prioritaire DALO.

des familles est particulièrement difficile, qu'il s'agisse de la scolarisation des enfants ou de l'inscription dans un dispositif médical pérenne (à l'hôpital ou en ambulatoire).

MEDIATION SANTE ET ACTIVITES HORS-LES-MURS

L'équipe du Centre de santé du Comede a mis en place en mars 2021 des activités de médiation santé. Nous intervenons en petite équipe, avec en général un.e ou deux médiateur.ice.s en santé, une assistante sociale, un.e médecin généraliste et un.e interprète. Les médiateurs et médiatrices en santé sont des professionnelles de santé dont le rôle consiste à créer une interface entre les populations vulnérables vivant en habitat précaire et en difficulté sur leur parcours de soin, les différents acteurs du système de santé et leur environnement.

L'objectif est double : premièrement, réduire les inégalités de santé en améliorant l'accès aux droits et aux soins tout en favorisant l'autonomie des personnes ; deuxièmement, sensibiliser les professionnel.le.s aux difficultés de réalisation des parcours de santé. Pour ces raisons, la médiation en santé s'appuie sur

l'« aller-vers », l'identification des difficultés, l'accompagnement, la coordination des soins grâce à une bonne connaissance des publics, l'interprétariat professionnel et des capacités d'écoute et de non jugement.

Sur l'ensemble de l'année, **560 entretiens individuels** ont été effectués au bénéfice de 110 personnes, lors de sorties effectuées a minima en binôme mais le plus souvent au sein d'une équipe pluridisciplinaire sur les terrains. Ces entretiens nous permettent de proposer un accompagnement dans l'accès aux soins et aux droits comme l'aide à la domiciliation, la demande de protection maladie, l'orientation vers une structure de santé (avec souvent aide à la prise de rendez-vous), ou encore l'explication des documents médicaux et administratif. Ces entretiens ont été effectués sur 5 lieux : deux bidonvilles dans le Val de Marne (90% des entretiens réalisés au cours de 22 sorties), deux squats dans l'Essonne et le Val de Marne (5%, 6 sorties) et enfin dans un campement informel toujours dans le Val de Marne (3%, 6 sorties). Les échanges ont eu lieu en langue étrangère dans les trois quarts des cas (total 77%, roumain 48%, russe 19%, italien 7%, moldave 2%), principalement à l'aide d'un.e interprète professionnel.le (présentiel 26%, par tél. 37%).

Les 176 orientations caractérisées au terme de ces entretiens se répartissent principalement entre les associations (total 42%, Comede CDS 34%) et les services de santé (41%, hôpital & Pass 28%, médecine ambulatoire 6%), et plus marginalement les services publics (3%). Même si un.e médecin est présente lors de la sortie, nous ne réalisons pas de consultation sur place. Le but de cette activité de médiation est que les personnes que nous rencontrons aient accès aux soins mais aussi qu'elles puissent s'orienter dans un système de santé complexe et connaître leurs droits. Quand les obstacles à l'accès aux soins sont tels que la prise en charge risque d'être trop retardée par rapport à ce que l'état de santé d'un.e patient.e impose, nous l'orientons en consultation de médecine dans notre centre de santé de l'hôpital de Bicêtre.

Les 110 bénéficiaires caractérisé.e.s comprennent une majorité de femmes (59%), 20% de mineur.e.s, et déclarent 6 nationalités, principalement roumaine (70%), moldave (24%) et guinéenne (4%). Sur le plan administratif, ces personnes se trouvent le plus souvent sans droit au séjour (51%) ou en demande d'asile (22%).

Enfin, la médiation en santé repose aussi sur la sensibilisation des professionnel.le.s de santé et des institutions aux difficultés rencontrées par les personnes que nous accompagnons. Dans cette perspective, nous avons organisé des rencontres avec les Permanences d'Accès Aux Soins (Pass) de l'hôpital de Bicêtre, de l'hôpital Hôtel Dieu, de l'hôpital Henri Mondor mais aussi des associations comme Joly ou Audition Solidarité. Au cours de l'année 2021, l'équipe de médiation a également accompagné 19 personnes lors de leurs rendez-vous dans 13 lieux de soins.

GESTION ET PERSPECTIVES

Dans un contexte de forte dégradation des conditions d'accueil, d'accès aux soins et aux droits des exilé.e.s en France et notamment en région Ile-de-France, les activités du Centre de santé du Comede constituent une ressource essentielle pour de nombreuses personnes en situation de grande vulnérabilité. Pourtant, depuis mars 2022, ces activités sont entravées par des problèmes de locaux affectant le bâtiment La Force de l'hôpital de Bicêtre, où le Comede est hébergé à titre gratuit par l'AP-HP depuis 1989. Une perspective de réinstallation partielle dans le bâtiment est envisagée pour juin 2022, mais la période de travaux est annoncée pour plusieurs mois par l'hôpital afin de pouvoir réintégrer l'ensemble de la surface dédiée au Centre de santé ainsi qu'aux activités du siège du Comede.

Dans ce contexte, et outre une importante diminution d'activité à déplorer au détriment des patient.e.s du Centre de santé pour l'année 2022, le Comede devra pouvoir compter sur le soutien de ses différents partenaires pour déployer une partie de ses actions dans des

locaux complémentaires afin de permettre, au moins en partie, la continuité des activités historiques et le développement des nouvelles actions entreprises ■

L'EQUIPE DU CENTRE DE SANTE en mai 2022

Rose Adu (*Agent d'entretien*), Antoine Affagard (*Médecin*), Assane Aw (*Référent de l'accueil*), Muriel Bamberger (*Psychologue référente*), Andrea Barros-Leal (*Psychologue*), Nils Castel (*Médiateur santé*), Guy De Gontaut (*Accueillant bénévole*), Chiara De Pascalis (*Médiatrice santé*), Perrine Dommange (*Infirmière bénévole*), Marie Eckert (*Référente des ostéopathes*), Celina Heleno (*Psychologue*), Claire Fessard (*Médecin référente*), Lucie Fouchier (*Accueillante sociale*), Océane Gaigeot (*Médecin référente*), Marie-Madeleine Gutle (*Pharmacienne bénévole*), Alexis Hazera (*Podologue*), Muriel Ini-Visse (*Médecin bénévole*), Claire Katembwe (*Assistante de direction*), Clémence Le Joubioux (*Médecin*), Elsa Le Pape (*Médecin*), Olivier Lefebvre (*Coordinateur médical*), Liliane Leconte (*Médecin bénévole*), Anne Legoff (*Assistante sociale*), Bénédicte Maraval (*Assistante sociale référente*), Andrée Martins (*Accueillante bénévole*), Barbara Pellegri-Guegnault (*Médecin*), Mathilde Petit (*Gestionnaire de base de données*), Marie Petruzzi (*Coordinatrice Paris*), Jose Polo Devoto (*Médecin référent*), Joseph Rustico (*Directeur du Centre de santé*), Clémence Stouffet (*Sage-femme bénévole*), Marion Tambourindeguy (*Médecin référente*), Lydie Tindo (*Médecin*), Khaldia Vescovacci (*Coordinatrice prévention et promotion de la santé*), Franck Vignal (*Médecin bénévole*), Laura Weinich (*Médecin référente*), et les ostéopathes bénévoles Olivier de Beauchaine; Leïla Chaïb, Pierre Launay, Anaïs de Mareuil, Felix Meyer, Manisha Shibdoyal, Audrey Lebihan et Alexia Hisseli-Guevel ;), outre la participation occasionnelle des membres du pôle Gestion.

Contribution du Centre de santé à l'activité globale du Comede en 2021 :

58% des actes et 33% des bénéficiaires



Le Comede Paris à Championnet

Le Comede développe depuis 2018 des ateliers collectifs pour les personnes exilées dans ses locaux du 18^{ème} arrondissement de Paris, et depuis 2021 des consultations individuelles ainsi que des permanences téléphoniques dédiées aux professionnel.le.s et associations. En 2021, le Comede Paris a dispensé **878 consultations, ateliers et entretiens** pour **478 bénéficiaires**. Soutenue principalement par la Mairie de Paris et l'ARS, l'activité s'est fortement développée (x2,7 par rapport à l'année précédente) et diversifiée, pour une approche globale de la santé des exilé.e.s en complément des activités du Centre de santé à Bicêtre. Si les ateliers et consultations constituent plus de la moitié de l'activité (59%), la majorité des bénéficiaires du Comede Paris sont accompagné.e.s par les permanences téléphoniques (72%). En mai 2022, l'équipe du Comede Paris (voir encadré page 36) est composée de 8 salarié.e.s et 6 bénévoles.

CARACTERISTIQUES DES CONSULTATIONS, ATELIERS ET PERMANENCES TELEPHONIQUES

Pour sa première année entière d'activité, l'équipe du Comede Paris a délivré 227 **consultations** pour une file active de 71 personnes. Cette activité associe des consultations socio-juridiques (44%), d'éducation thérapeutique (21%), médicales (16%) et psychologiques (9%), alors que 11% des consultations en 2021 ont été effectuées au sein de la permanence LDH/RESF de Paris 14/6^{ème}, dédiées aux questions d'accès aux soins. La durée moyenne de suivi est de 7 mois avec en moyenne 3,2 consultations par personne sur l'année. Une consultation sur cinq a eu lieu en langue étrangère (total 18%, médical 25%), avec le concours d'un.e interprète professionnel.le dans les trois quarts des cas, essentiellement par téléphone jusqu'à présent.

Consultations, ateliers et permanences téléphoniques

Total actes	878	100%	x2,7	478	100%
-------------	-----	------	------	-----	------

Consultations et ateliers	n	%	21/20	File active n	%	Cs / Pers.	Suivi moyenne	Langue étrang.	Interp. prés.	Interp. par tél.
Total consultat.	227	26%	x2,5	71	15%	3,2	7 mois	18%	<1%	14%
socio-juridiques	99	11%	x3	36	8%	2,8	7 mois	21%	-	17%
éducation thérap.	47	5%	x5	16	3%	2,9	6 mois	13%	-	13%
médicales	36	4%	x2	25	5%	1,4	4 mois	25%	-	17%
psychologiques	21	2%	nouv	8	2%	2,6	2 mois	19%	4%	-
accès aux soins LDH	24	3%	-29%	9	2%	2,7				
Total ateliers	291	33%	+25%	64	13%	4,5				
activité physique	176	20%	+76%	15	3%	12				
pt accueil LGBTQI	36	4%	nouv	14	3%	5,0				
ETP & nutrition	22	3%	-49%	16	3%	1,4				
danse au 104	17	2%	-36%	4	1%	4,2				
système de santé	11	1%	/7	7	1%	1,6				
divers	29	3%	-47%	8	2%	3,6				

Permanences téléphoniques	n	%	21/20	File active n	%	Département					
						75	78	92	93	94	95
Total PT	360	41%	nouv	343	72%	58%	3%	5%	13%	7%	5%
socio-juridique	221	25%	nouv	206	43%	52%	5%	5%	16%	8%	6%
médicale	139	16%	nouv	137	29%	67%	1%	4%	9%	6%	2%

Parmi les 41 consultations en langue étrangère, les principales langues utilisées sont le bangali (41%), le pular (22%) et l'anglais (17%). Les consultations portent en particulier sur les questions d'accès aux soins et de droit de la santé (accompagnement des demandes de carte de séjour pour raison médicale, double demande asile & raison médicale, interventions face aux retards, restrictions et refus de soins, dettes hospitalières). Les consultations dédiées à la prévention et à la coordination des soins intègrent l'ensemble des actions d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique, ou encore la vérification ou l'orientation pour la réalisation du bilan de santé recommandé. Des entretiens psychologiques ont également débuté en 2021 pour des personnes exilées LGBTQI, en complément des activités de groupe (voir infra).

Interrompus en 2020 pendant les périodes de confinement, les **ateliers** collectifs ont été à nouveau développés en 2021, avec 291 participations pour 64 personnes. Animés le plus souvent en binôme interprofessionnel, parfois avec un partenaire du Comede, ces ateliers recouvrent une grande diversité d'activité dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé et de la thérapie : activité physique adaptée (60%, partenariat avec Viacti), point d'accueil LGBTQI au centre LGBT+ (12%, voir page 41), ETP & nutrition (8%, avec Gaïa et MSF), atelier de danse pour les femmes exilées au 104 (6%, voir page 41), information sur le système de santé (4%, avec Asalée), et diverses autres thématiques (10%). En moyenne, les bénéficiaires ont participé à 4,5 séances (5 pour le groupe LGBTQI).

Mises en place en mars 2021 pour les professionnel.le.s de la région Ile-de-France, les **permanences téléphoniques** du Comede Paris (PT, voir aussi Centre-ressources page 17) ont traité 360 appels (PT socio-juridique 61%, PT médicale 39%) et méls (6% des réponses), au bénéfice de 343 bénéficiaires caractérisé.e.s. Les appels proviennent principalement des départements de Paris (58%), puis de la Seine-Saint-Denis (13%), du Val-de-Marne (7%), des Hauts-de-Seine (5%), du Val d'Oise (5%), et des Yvelines (3%).

Orientation vers et depuis le Comede Paris

360 appels et 135 personnes accueillies (Cs et ateliers)

2021	PT	orient.	Cons.
effectifs	360	78	135
Associations	31%	71%	96%
Ardhis	-	-	8%
Asalée	1%	2%	2%
Cimade	1%	2%	1%
Comede	-	67%	48%
Droit d'urgence	3%	-	-
France terre d'asile	1%	-	-
Gaia 94	-	-	4%
MSF & pré-passerel.	-	-	9%
Melting Point	-	-	15%
Secours catholique	1%	-	1%
Avocats	4%	1%	1%
Particuliers	8%	-	2%
Famille	1%	-	-
Personne concernée	6%	-	2%
Services publics	43%	12%	-
Assistante sociale	13%	1%	-
Travailleuse sociale	23%	-	-
CHRS & médicalisé	4%	-	-
Samu social & 115	3%	-	-
Services de santé	14%	14%	1%
Hôpital	11%	7%	1%
dont AS	7%	2%	1%
Médecine ville	2%	7%	-

Les **orientations** vers le Comede (voir tableau ci-contre) sont effectuées en premier lieu par les associations (31% des PT et 96% en consultation, notamment Comede, Melting Point, MSF, Ardhis et Droits d'urgence), les services publics (43% PT, en particulier les travailleuses sociales, AS et CHRS) et les services de santé (14% PT, en premier lieu l'hôpital). Au terme de l'appel, une orientation est proposée dans 22% des cas, principalement vers une association (71% des orientations, majoritairement au Comede), un service de santé (14%), ou un service public (12%).

Les **demandes** documentées portent principalement sur les aspects socio-juridiques. Elles se répartissent entre le droit au séjour pour raison médicale (73% PT et 64% Cs), autre accompagnement social et juridique (17% PT, 20% Cs) et accès aux soins (5% PT et 22% Cs). Ces données devront être complétées à l'avenir afin de mieux rendre compte de la diversité des activités notamment dans le domaine des soins médico-psychologiques, de la prévention et de l'éducation pour la santé

Personnes accompagnées par le Comede Paris (tous actes)

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

2021 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	6	1%		6		1		1		5		5	
Afrique centrale	89	19%	8	73	8	32	5	24	3	57	3	49	5
Afrique de l'Est	3	1%		2	1	2		1	1	1		1	
Afrique du Nord	62	13%		54	8	23		20	3	39		34	5
Afr. de l'Ouest	226	47%	12	213	1	126	8	117	1	100	4	96	
Amér. du Nord	1	<1%		1						1		1	
Amér. du Sud	10	2%		9	1	1		1		8		7	1
Asie centrale	4	1%		4		3		3		1		1	
Asie de l'Est	7	1%		7		1		1		6		6	
Asie du Sud	33	7%		32	1	26		25	1	7		7	
Caraïbes	8	2%		8		3		3		8		8	
Europe de l'Est	13	3%		11	2	8		7	1	5		4	1
Europe de l'Ou.	6	1%		3	3	3		1	2	3		2	1
Moyen-Orient	9	2%		9		9		9					
Total	478	100%	20	433	25	239	13	214	12	238	7	218	13

CARACTERISTIQUES DES PERSONNES SOUTENUES

Les 878 entretiens, consultations et ateliers ont concerné **478 personnes** en 2021, dont 238 femmes (50%, voir tableau ci-dessus), 27 demandeurs d'asile (6%), 25 migrant.e.s âgé.e.s ≥60 ans (5%) et 20 enfants mineurs (4%). La mise en place d'indicateurs de genre permettra dans les prochains rapports de préciser le nombre de personnes LGBTQI, qui constituent l'un des publics prioritaires du Comede (voir page 41). Ces exilé.e.s sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (47%, principalement Côte d'Ivoire, Guinée, Mali et Sénégal, voir page suivante détail des nationalités des personnes accueillies), d'Afrique centrale (19%, Congo RD, Cameroun, Congo), d'Afrique du Nord (13%, Algérie,

Maroc), d'Asie du Sud (7%, Bangladesh) et d'Europe de l'Est (3%).

Les exilé.e.s accompagné.e.s par le Comede Paris sont jeunes (âge moyen 35 ans en consultation, 38 ans dans les PT, voir tableau ci-dessus) et récemment arrivé.e.s en France (en moyenne depuis 4 ans en consultation, 6 ans dans les PT). Ces personnes sont majoritairement atteintes d'une maladie grave et/ou chronique (51% Cs, 72% PT). Près de la moitié des bénéficiaires des PT ont fait une demande d'asile par le passé ou en cours (47%) et plus d'un tiers ont effectué une demande de titre de séjour pour raison médicale (42%). Les exilés d'Afrique de l'Ouest sont plus souvent des hommes, plus jeunes et ont plus souvent fait une demande d'asile.

Personnes accompagnées par le Comede Paris (PT & consultations)

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

2021	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD Asile	ATCD Dasem
Cs total	71	15%	38%	35 ans	35 ans	4 ans	4 ans	51%	nc	nc
PT total	343	72%	52%	35 ans	38 ans	3 ans	6 ans	72%	47%	42%
PT femmes	179	37%	100%	35 ans	39 ans	3 ans	5 ans	69%	47%	34%
PT Afrique O.	162	34%	48%	33 ans	34 ans	4 ans	5 ans	74%	55%	42%

Personnes accueillies dans les consultations et les ateliers à Paris

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

2021 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	1	1%		1						1		1	
Afrique centrale	35	26%	5	27	3	11	2	9		24	3	18	3
Afrique de l'Est	2	1%		2		1		1		1		1	
Afrique du Nord	6	4%		6		2		2		4		4	
Afr. de l'Ouest	64	47%	10	54		41	8	33		23	2	21	
Amér. du Nord	1	1%		1						1		1	
Amér. du Sud	2	1%		2		1		1		1		1	
Asie centrale	3	2%		3		3		3					
Asie de l'Est	1	1%		1						1		1	
Asie du Sud	16	12%		16		13		13		3		3	
Caraïbes	2	1%		2		2		2					
Europe de l'Est	1	1%		1		1		1					
Total	135	100%	15	117	3	76	10	66		59	5	51	3

30 nationalités : Congo RD 23, Côte d'Ivoire 18, Guinée Conakry 17, Bangladesh 14, Mali 11, Sénégal 10, Cameroun 6, Afghanistan, Algérie, Maroc, Mauritanie 3, Colombie, Congo, Haïti, Nigeria, Pakistan, Tchétchénie 2, Angola, Comores, Erythrée, Gambie, Georgie, Guinée Bissau, Mexique, Ouganda, Philippines, Sierra Leone, Soudan, Tchad, Tunisie 1.

**Maladies graves observées
parmi les personnes accueillies (Cs)**

2021	n	%
Maladies chroniques	26	59%
Diabète	7	16%
Maladies cardio-vasculair.	5	11%
Neurologique	3	7%
Maladies infectieuses	12	27%
Infection par le VHB	8	18%
Infection par le VIH	2	5%
Troubles psychiques	6	14%
Total	44	100%

**Maladies graves déclarées
parmi les bénéficiaires des PT**

2021	n	%
Maladies chroniques	179	62%
Cancer	22	8%
Diabète	27	9%
Drépanocytose maladie	17	6%
Maladies cardio-vasculair.	20	7%
Maladies rares	13	6%
Néphrologie/dialyse	9	3%
Neurologie	21	7%
Maladies infectieuses	75	26%
Infection par le VHB	27	9%
Infection par le VIH	34	12%
Tuberculose	9	3%
Troubles psychiques	34	12%
Total	288	100%

Les maladies graves les plus souvent déclarées parmi les appelant.e.s ou constatées chez les patient.e.s sont les troubles psychiques (12% dans le cadre des permanences téléphoniques et 5% en consultation, voir tableaux ci-contre), l'infection par le VIH (12% PT et 5% Cs), le diabète (9% PT et 16% Cs), les maladies cardiovasculaires (7% PT et 11% Cs), les cancers (8% PT), les affections neurologiques (7% PT et 7% Cs), la drépanocytose (6% PT) et les maladies rares (6% PT). Par rapport à la répartition épidémiologique au sein des populations exilées (voir Etat de santé page 77), sont notamment surreprésentés les cancers, le VIH, le diabète, les affections neurologiques et les maladies rares, alors que les troubles psychiques sont sous-représentés.

Cette répartition des maladies graves est liée aux activités développées par le dispositif, en particulier la part des permanences téléphoniques (voir Centre-ressources) et des consultations notamment dédiées au droit au séjour pour raison médicale et à l'éducation thérapeutique. La mise en place des consultations psychologiques destinées aux personnes LGBTQI favorisera l'augmentation de la part des troubles psychiques parmi les patient.e.s suivis sur le plan individuel.

VIOLENCE DE GENRE ET APPROCHES COLLECTIVES EN SANTE MENTALE

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

Conçu par une psychologue danseuse et coanimé avec une médecin bénévole, l'atelier de danse se déroule au Cinq, l'espace dédié aux activités artistiques pour les amateurs du Centquatre Paris (19^e). Ce groupe semi-ouvert se réunit une fois par semaine sous la forme de trois ateliers de danse puis un atelier de discussion/création pour consolider les racines de l'atelier, à la demande des participantes. Depuis 2017, 30 femmes ont participé à ces ateliers, qui ont dû être suspendus pendant les périodes de confinement. Souvent victimes de violences, ces femmes se trouvent le plus souvent en situation de suspension administrative, sociale et psychique.

L'atelier mêle danses traditionnelles, « phrases » dansées inspirées de la danse contemporaine, relaxation et échange. Des membres de l'équipe professionnelle y participent régulièrement dans une perspective de psychothérapie institutionnelle. L'atelier est co-construit par l'animatrice et les participantes, ce qui permet de se déprendre des positions habituelles de soignantes et de soignées, avec pour objectif une autonomisation progressive des femmes et une réflexion sur le rôle des soignant.e.s. Le dispositif s'inscrit dans un cadre thérapeutique clinique prenant en compte les questions du trauma et de la mémoire traumatique, tout en proposant de travailler à

partir de « l'ici et maintenant » pour opérer une ouverture vers un avenir possible. L'appui sur le collectif de femmes est un tissage nécessaire pour soutenir la re-création de liens sociaux. Enfin, le moment de la danse est aussi un moment de plaisir, permettant aux participantes de réinvestir leur corps, malmené par les violences et les vécus de précarité.

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

Au cours de l'année écoulée, plus de 50 personnes ont participé à ces activités (46 au sein des groupes, et 10 en suivi individuel). Cette expérience confirme l'importance de faciliter l'accès à un.e psychologue pour les personnes qui le souhaitent, à coordonner avec les suivis médical et social existants. La localisation des groupes de parole au centre LGBT de Paris, bien repéré par la population LGBTQI+ en exil, constitue un facteur d'adhésion, permettant également de distinguer les espaces de suivi en individuel et en collectif, tant pour le cadre que pour les thérapeutes. Les groupes sont coanimés par deux psychologues, l'un est destiné aux hommes/gay/HSH, et l'autre aux femmes/lesbiennes/FSF.

Pour faciliter la venue des personnes et leur mise en lien, les groupes sont ouverts pour « y venir à l'envie », autant de fois que l'on souhaite,

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

Les groupes révèlent deux fonctions majeures : d'une part un espace d'échange et de soutien où l'on se sent en sécurité et soutenu.e (« parler, ça rend le problème moins présent ») ; et en tant que dispositif « d'aller vers », le groupe sert aussi de porte d'entrée à l'accès au soin individuel médico-psycho-social sein du dispositif du Comede Paris. Parmi les perspectives d'amélioration pour faciliter l'accueil des personnes toujours plus nombreuses et la continuité du fonctionnement du groupe, il serait souhaitable qu'une des deux psychologues animatrices puisse prendre un temps de rencontre, avant d'intégrer le groupe, avec chaque nouvelle personne pour permettre de faire lien.

GESTION ET PERSPECTIVES

Le Comede Paris développe l'ensemble des activités de l'association sur la Ville et la région, à la fois sur le plan de l'accueil, du soin et de l'accompagnement, en individuel et en collectif, et en matière de centre-ressources pour les professionnel.le.s, notamment avec les permanences téléphoniques et les formations. Pour l'avenir, la pérennité et le développement de ces activités nécessitent des ressources supplémentaires sur le plan financier et RH, mais également de locaux disponibles. En mai 2022, compte-tenu des difficultés survenues au sein de l'hôpital de Bicêtre, le Comede Paris accueille en outre certaines activités du Centre de santé (voir page 36) dans la limite de la disponibilité des salles.

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

L'EQUIPE DU COMEDE PARIS en mai 2022

Anastasia Chauchard (*Travailleuse sociale bénévole*), Karine Crochet (*Coordinatrice Paris*), Perrine Dommange (*Infirmière bénévole*), Lucie Fouchier (*Accueillante sociale*), Mathilde Kiening (*Psychologue*), Mathilde Petit (*Gestionnaire de base de données*), Jean-Pierre Lazarus (*Travailleur social bénévole*), Andrée Martins (*Accueillante bénévole*), Marie Petrucci (*Coordinatrice Paris*), Sarah Schulmann (*Psychologue bénévole*), Marion Tambourindeguy (*Médecin référente*), Monique Valentino (*Médecin bénévole*), Khalda Vescovacci (*Coordinatrice prévention et promotion de la santé*) et Zornitza Zlatanova (*Psychologue référente, en charge de l'atelier de danse*), outre la participation occasionnelle des membres du pôle Gestion et de l'équipe du Centre de santé.

**Contribution du Comede Paris
à l'activité globale du Comede en 2021 :**
4% des actes et 6% des bénéficiaires



Activités du Comede au Centre MSF à Pantin

Depuis 2017, dans le cadre d'un partenariat avec Médecins sans frontières, le pôle santé mentale du Comede développe des activités au sein du centre de Pantin géré par MSF pour les Mineurs non accompagnés (MNA). Ce centre accueille des mineurs étrangers non reconnus mineurs par l'Aide sociale à l'enfance (ASE), et propose un accompagnement dans les démarches juridiques, sociales et de santé, avec recours possible à une psychothérapie. Les consultations y sont effectuées par des psychologues des deux associations.

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

Médecins sans frontières, www.msf.fr

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

CONSULTATIONS, ATELIERS ET PATIENTS

A l'arrivée au centre de Pantin, il est proposé à tous les jeunes inclus dans le dispositif de participer à un atelier sur la santé mentale animé par une psychologue, ce qui permet souvent une orientation secondaire. Après une diminution en 2020 en raison de la pandémie, l'activité s'est à nouveau développée en 2021. Sur l'ensemble de l'année, les psychologues du Comede et de MSF ont délivré **1 569 consultations** de santé mentale pour **238 patients**, soit 26% des 909 jeunes admis au centre. Chaque jeune a ainsi bénéficié en moyenne de 6,6 consultations sur la période. Cette réaugmentation de l'activité de suivi individuel (+24%) s'est accompagnée de la tenue de 137 séances d'ateliers de santé mentale. Près de la moitié des consultations ont eu lieu à l'aide d'un.e interprète professionnel.le (46%, en soninke, bambara, dioula, wolof, pular, arabe, dari, pachtou, lingala et bengali), alors que l'anglais et le portugais ont également été utilisés directement par les psychologues.

Parmi les mineur.e.s suivi.e.s en psychothérapie en 2021, 142 étaient des nouveaux patients, dont 123 garçons et 19 filles (13%), âgés de 13 à 17 ans. Ces jeunes déclaraient 16 nationalités, principalement d'Afrique de l'Ouest (total 77%, Côte d'Ivoire 28%, Mali 25%, Guinée 19%) d'Afrique centrale (total 11%, Cameroun 6%), d'Afghanistan (5%) et du Bangladesh (4%).

Sur l'ensemble de l'année, 108 orientations ont été effectuées vers des dispositifs de santé mentale en premier lieu le CPOA (26%), les Maisons des adolescents (9%), les Pass de l'hôpital (8%), les CMP (6%), le Ciapa (6%), les Centres d'accueil et de crise (4%) ou encore le Centre de santé du Comede (3%).

Neuf hospitalisations ont eu lieu en service de psychiatrie, dont 5 pendant les périodes de confinement.

FACTEURS DE RISQUE ET TROUBLES PSYCHIQUES

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

Pendant le trajet vers l'Europe et la France, 84% ont affronté la traversée de la Méditerranée dans une embarcation de fortune, et 18% ont survécu à un naufrage. La plupart ont été témoins de violence (63%), 23% ont perdu leurs soutiens durant le trajet, 16% ont traversé des zones de guerre, 16% ont été prisonniers ou kidnappés, 16% ont subi des tortures ou traitement inhumains, 11% ont perdu un proche, et 4% sont des victimes de traite des êtres humains. En France, 65% ont connu des périodes sans aucun hébergement, « dans la rue » et 48% ont connu des difficultés d'accès à l'alimentation. Quatorze pour cent de ces jeunes ont fait une demande d'asile.

Ces jeunes suivis en psychothérapie souffrent de multiples symptômes, tristesse (77%), insomnie (77%), cauchemars (73%), anxiété (71%), isolement/retrait (51%), reviviscences traumatiques (48%), troubles de la mémoire (32%), plaintes somatiques (26%), idées suicidaires (19% et passage à l'acte pour 1%), instabilité émotionnelle (17%), et agressivité (6%). Les principaux diagnostics sont les psychotraumatismes (48%), troubles de l'ajustement / détresse psychologique (43%), puis les dépressions (8%), autres troubles anxieux (4%) et troubles psychotiques (3%)

Les psychologues de MSF et du Comede ont observé que la moitié des jeunes bénéficient d'un suivi psychologique sans pour autant présenter un tableau clinique relevant du



Lors d'une conférence de presse en novembre 2021, MSF et le Comede ont présenté le rapport « La santé mentale des mineurs non accompagnés – Effets des ruptures, de la violence et de l'exclusion », qui alertait sur les conséquences de l'exil et de la politique de non-accueil de la France sur la santé mentale d'un nombre important de mineurs non accompagnés (MNA) qui ne sont pas pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance (ASE).

psychotraumatisme ou de la dépression. Ils éprouvent une détresse massive et réactionnelle à la précarité de leur vie en France, qui se manifeste par une humeur triste, de l'anxiété, des troubles du sommeil (insomnies), des troubles de la concentration, des mouvements de retrait social, un sentiment d'impossibilité à faire face, à faire des projets ou à tenir dans la situation actuelle. Elle peut également se traduire par des idées suicidaires. Les jeunes qui souffrent de ces troubles connaissent souvent une première phase au cours de laquelle l'anxiété est majeure. S'ensuit une seconde phase pendant laquelle l'aspect dépressif prédomine. Les désinvestissements apparaissent, ainsi que la tendance à l'isolement et le retrait social. C'est pendant cette seconde phase que les idées suicidaires peuvent émerger. D'après la CIM 10, le diagnostic le plus proche de ce type de trouble psychique est « réaction à un facteur de stress sévère » ■

LES INTERVENANTES DU COMEDE A MSF PANTIN en mai 2022

Muriel Bamberger (*Psychologue référente*)
et Andrea Barros-Leal (*Psychologue*)



Le Comede Loire/Aura à Saint-Etienne

Fondé en 2012 en tant que membre associé du Comede et intégré à l'association en 2019, le Comede Loire développe depuis 2017 des consultations de santé mentale pour les personnes exilées à Saint-Etienne, et depuis 2019 un atelier de danse destiné aux femmes. En outre, les permanences téléphoniques nationales du Comede, notamment effectuées depuis Grenoble et Lyon, consacrent une partie de leur activité à l'accompagnement de bénéficiaires résidant dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

En 2021, l'équipe du Comede a dispensé **688 consultations, ateliers et entretiens** pour **230 bénéficiaires** résidant dans la région, dont 106 patient.e.s du Comede Loire accueilli.e.s dans les locaux de la maison des associations et de la paroisse du Soleil. Si les consultations constituent la plus grande part de l'activité (81%), plus de la moitié des bénéficiaires du Comede en région Aura sont accompagné.e.s par les permanences téléphoniques (54%). Cette augmentation d'activité (consultations +65%) s'est appuyée sur le renforcement des soutiens financiers (DDCS 42, ARS, Fondation de France et Fondation Rotschild) ayant permis de renforcer l'équipe bénévole par des membres salariées. En mai 2022, l'équipe du Comede Loire (voir encadré page 48) est composée de 5 salariées et 7 bénévoles.

CONSULTATIONS INDIVIDUELLES ET ATELIER DE DANSE

Effectuées le plus souvent en binôme, 557 **consultations** de santé mentale ont été délivrées sur l'année, dont 40% ont fait intervenir un.e psychiatre (224 consultations médicales). Ces consultations ont bénéficié à 101 personnes. La durée moyenne de suivi est de 6 mois (psychologiques 5 mois, médicales 8 mois), avec en moyenne 5,5 consultations par personne sur l'année. Neuf pour cent des consultations ont eu lieu en langue étrangère avec le concours d'un.e interprète professionnel.le dans près de la moitié des cas (4% au total, 1% en présentiel et 3% par téléphone). Parmi les 46 consultations en langue étrangère, les principales langues utilisées sont l'anglais (46%), l'albanais (15%), l'arabe, le portugais et le tigrinya (7%), le lingala, le soussou, le swahili et le tchéchène (4%).

Mis en place en 2019 sur le modèle de l'atelier du Comede Paris (voir page 41), l'**atelier de danse** destiné aux femmes exilées a été entravé en 2021 par les périodes de confinement, l'exigence du Pass sanitaire à l'entrée du centre dédié, ainsi qu'un congé maladie de la part de l'animatrice. Cinq séances ont pu être organisées au printemps, avec 9 participations pour 5 femmes.

Consultations, atelier danse et permanences téléphoniques

Total actes	688	100%	+40%	230	100%						
Consultations et atelier	n	%	21/20	File active n	%	Cs / Pers.	Suivi moyenne	Langue étrang.	Interp. prés.	Interp. par tél.	
Total consultat.	557	81%	+65%	101	44%	5,5	6 mois	9%	1%	3%	
psychologiques	333	48%	+73%	50	22%	6,7	5 mois	9%	2%	2%	
médicales	224	33%	+56%	54	23%	4,1	8 mois	8%	-	4%	
Atelier danse	9	1%	-77%	5	2%	1,8					
Permanences téléphoniques	n	%	21/20	File active n	%	Département					
Total PT Aura	131	19%	-2%	124	54%	38	42	63	69	73	74
socio-juridique	61	9%	-23%	60	26%	28%	13%	5%	41%	1%	3%
médico-psy	70	10%	+27%	64	28%	44%	11%	7%	20%	6%	4%

Les patient.e.s sont adressé.e.s vers le Comede Loire en premier lieu par des associations (total 43%, Renaitre 2%), les services publics (38%, Cada et dispositifs d'hébergement pour les demandeurs d'asile 11%, travailleur social 8%, Aide sociale à l'enfance 6%, Assistante sociale 3%), puis les services de santé (15%, hôpital et Pass 11%). Au terme des consultations, seules 10 orientations ont été caractérisées en 2021, essentiellement vers les associations, dont les autres dispositifs du Comede.

Les caractéristiques des orientations vers et depuis les permanences téléphoniques nationales sont développées dans le chapitre Centre-ressources, voir page 18.

Orientation vers et depuis le Comede Loire

101 patient.e.s et 10 orientations (Consultations)

2021	admission	orientation
effectifs	101	10
Associations	43%	7%
Cimade	1%	-
Comede	1%	6%
Points d'appui	1%	-
Renaitre	2%	-
Collectifs	4%	1%
Services publics	38%	1%
ASE	6%	1%
Assistante sociale	3%	-
Travailleur social	8%	-
Cada et héb. asile	11%	-
CHRS	2%	-
Pada	2%	-
Services de santé	15%	1%
Hôpital dont Pass	11%	-

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

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

2021	Ensemble					Hommes				Femmes				
	Région d'origine	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	1	<1%		1							1		1	
Afrique centrale	41	18%	6	35		17	2	15		24	4	20		
Afrique de l'Est	3	1%		3		2		2		1		1		
Afrique du Nord	49	21%	5	38	6	27	4	21	2	22	1	17	4	
Afr. de l'Ouest	89	39%	4	54	1	72	30	42		17	4	12	1	
Amér. du Sud	3	1%	2	1		2	1	1		1	1			
Asie centrale	3	1%		2	1	1		1		2		1	1	
Asie du Sud	1	<1%		1										
Europe de l'Est	37	16%	5	30	2	22	1	19	2	15	4	11		
Moyen-Orient	3	1%		3		3		3						
Total	230	100%	52	168	10	147	38	105	4	83	14	63	6	

CARACTERISTIQUES DES PERSONNES SOUTENUES

Les 688 consultations, ateliers et entretiens ont concerné **230 personnes** en 2021, dont 83 femmes (36%, voir tableau ci-dessus), 52 enfants mineurs (23%), 46 demandeurs d'asile

(20%), et 6 migrant.e.s âgé.e.s ≥60 ans (3%). Ces exilé.e.s sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (39%, notamment Guinée, Côte d'Ivoire en consultations - voir page suivante détail des nationalités – et Nigeria pour les permanences téléphoniques), d'Afrique du

Personnes accompagnées par le Comede Paris (Consultations & PT)

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

2021	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD Asile	ATCD Dasem
Cs total	101	44%	34%	20 ans	23 ans	2 ans	2 ans	73%	nc	nc
PT total	131	54%	37%	36 ans	37 ans	3 ans	4 ans	70%	38%	31%

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

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

2021 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	1	1%		1						1		1	
Afrique centrale	23	22%	4	19		6	1	5		17	3	14	
Afrique de l'Est	3	3%		3		2		2		1		1	
Afrique du Nord	4	4%	1	3		3	1	2		1		1	
Afr. de l'Ouest	60	57%	31	29		49	28	21		11	3	8	
Amér. du Sud	3	3%	2	1		2	1	1		1	1		
Asie centrale	1	1%		1		1		1					
Europe de l'Est	10	9%	2	8		5	1	4		5	1	4	
Moyen-Orient	1	1%		1		1		1					
Total	106	100%	40	66		69	32	37		37	8	29	

29 nationalités : Guinée Conakry 27, Côte d'Ivoire 9, Albanie, Congo RD 7, Angola, Sénégal 6, Congo, Nigeria 5, Cameroun 4, Tchétchénie, Venezuela 3, Benin, Burkina Faso, Gambie, Mali, Maroc, Niger 2, Afghanistan, Algérie, Burundi, Comores, Erythrée, Ghana, Guinée Bissau, Kenya, Sierra Leone, Somalie, Syrie, Tunisie 1.

Nord (Algérie, Maroc, Tunisie, essentiellement dans le cadre des PT), d'Afrique centrale (18%, Congo RD, Cameroun) et d'Europe de l'Est (16%, Albanie). Sur le plan démographique, les activités du Comede en région Aura s'adressent à deux publics différents : les consultations du Comede Loire bénéficient à de jeunes exilé.e.s (âge moyen 23 ans, 38% sont mineur.e.s) récemment arrivé.e.s en France (en moyenne depuis 2 ans en consultation), alors que les PT nationales accompagnent des personnes plus âgées (37 ans en moyenne), et en France depuis plus longtemps (4 ans). Ces personnes sont majoritairement atteintes d'une maladie grave et/ou chronique (73% Cs, 70% PT). Plus d'un tiers des bénéficiaires des PT ont fait une demande d'asile par le passé ou en cours (38%) et près d'un tiers ont effectué une demande de titre de séjour pour raison médicale (31%).

La répartition des maladies graves diffère significativement selon les activités (voir tableaux ci-contre) : les patient.e.s du Comede Loire souffrent très majoritairement de troubles psychiques (90%, troubles anxieux, psychotraumatiques et dépression), alors que les bénéficiaires des permanences téléphoniques déclarent principalement des maladies chroniques non transmissibles (73%, cancers, maladies cardiovasculaires, affections neurologiques, maladies graves), troubles psychiques (15%) et maladies infectieuses

(12%). La mise en place d'un bilan de santé par le Comede Loire permettra à l'avenir d'ouvrir le dispositif de soins aux personnes souffrant d'autres maladies que les troubles psychiques.

Maladies graves observées parmi les personnes accueillies (Cs)

2021	n	%
Maladies chroniques	5	6%
Maladies infectieuses	3	4%
Troubles psychiques	76	90%
Dépression	15	18%
Troubles anxieux	30	36%
Troubles psychotraumatiq.	27	32%
Total	84	100%

Maladies graves déclarées parmi les bénéficiaires des PT

2021	n	%
Maladies chroniques	68	73%
Cancer	10	11%
Diabète	4	4%
Maladies cardio-vasculair.	9	10%
Maladies rares	7	8%
Néphrologie/dialyse	4	4%
Neurologie	7	8%
Maladies infectieuses	11	12%
Infection par le VHB	4	4%
Infection par le VIH	4	4%
Troubles psychiques	14	15%
Total	93	100%

ASPECTS CLINIQUES, GESTION ET PERSPECTIVES

Pour les consultations dispensées par le Comede Loire, le premier entretien est consacré à l'évaluation de la situation et à cerner la nature de la demande, permettant de déterminer le suivi et les orientations vers les structures appropriées. L'atelier de danse intègre également un premier temps d'accueil. La séance se poursuit par un moment de danse libre, puis en alternance des propositions de jeux dansants, l'exploration des différentes qualités de mouvement et un travail de composition à partir de ce qu'elles apportent. Enfin après un moment de détente, la séance est clôturée par un temps de collation, d'échanges et d'élaboration.

Suivies en consultation et/ou au sein de l'atelier de danse, les femmes exilées disent vivre dans une grande solitude, les violences qu'elles ont subies étant fréquemment associées à la difficulté d'être en lien et d'aller à la rencontre de l'autre. Les Mineurs non accompagnés (MNA) nécessitent également une attention particulière. La plupart ont rencontré des difficultés familiales à l'origine de la décision de fuir en compagnie ou sous l'influence d'un.e proche, dans un contexte de famille dissociée ou recomposée et de conflits intrafamiliaux. Presque tous ces jeunes ont subi des violences physiques et morales (chantage et pression spoliatrice sur leur famille, séquestration, humiliations) et d'autres traumatismes tels que la disparition et la mort d'un.e proche. La culpabilité d'avoir survécu alors que le compagnon a disparu hante certains, ou se manifeste après coup de manière inopinée pendant les apprentissages ou l'occasion d'un conflit bénin.

Pour ces patient.e.s en situation de grande vulnérabilité (voir Rapport d'observation page 69), les besoins de soins et d'accompagnement pluridisciplinaire nécessitent des ressources supplémentaires, en premier lieu un local d'accueil et de soins, ainsi que du temps de coordination et de consultation salariée en soutien de l'équipe bénévole. L'accroissement

des subventions publiques et privées en 2021 a permis le recrutement d'une accueillante sociale et de deux psychologues, ainsi que la mise en place d'un local d'accueil et de soins au centre de Saint-Etienne (ouverture prévue en juin 2022), qui permettront d'améliorer les conditions d'accompagnement des personnes exilées et de développer les activités de soins en individuel et en collectif. Le renfort d'une juriste intervenant dans le cadre du Centre-ressources national, et le concours de trois médecins bénévoles intervenant également dans le cadre des permanences téléphoniques contribuent également aux activités d'information et de formation développées par le Comede dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, dont le développement dépendra des sources régionales de financement.

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

L'EQUIPE DU COMEDE LOIRE en mai 2022

Marie-Lou Cutayar (*Accueillante sociale*), Dalila Haddadi-Collet (*Coordinatrice Loire*), Sylvie Laisné (*Psychologue, en charge de l'atelier danse Saint-Etienne*), Agnès Monchovet-Godard (*Médecin bénévole*), Sylvie Prout (*Infirmière bénévole*), Céline Rabourdin (*Juriste*), Christine Racodon (*Psychiatre bénévole*), François Ribeyron (*Infirmier psychiatrique bénévole*), Marie-Christine Rico (*Infirmière bénévole*), François Roussel (*Psychiatre bénévole*), Séverine Second (*Psychologue*), et Pascal Zimmermann (*Infirmier psychiatrique bénévole*).

**Contribution du Comede Loire/Aura
à l'activité globale du Comede en 2021**
3% des actes et 3% des bénéficiaires



Le Comede Paca à Marseille

Le Comede développe depuis 2012 des activités de centre-ressources en région Paca et depuis 2018 des activités d'accueil, de soins et d'accompagnement des exilé.e.s dans ses locaux situés dans le 1^{er} arrondissement de Marseille. En 2021, le Comede Paca a dispensé **2 560 consultations, ateliers et entretiens** pour une file active de **908 personnes** résidant dans la région. Soutenue au niveau régional par l'ARS et la DRDFE, l'augmentation de l'activité (+6% par rapport à l'année précédente) a reposé sur le développement de l'accueil et des consultations pluridisciplinaires (+29%) ainsi que sur la mise en place d'ateliers de prévention, en dépit de la forte diminution de l'activité médicale jusqu'en septembre (voir tableau) liée à des difficultés de recrutement de médecins. Si les consultations d'accueil et de soins constituent plus de la moitié de l'activité (57%), la majorité des bénéficiaires du Comede Paca sont accompagnés par les permanences téléphoniques (68%). En mai 2022, l'équipe du Comede Paca (voir encadré page 55) est composée de 6 salarié.e.s et 5 bénévoles.

CARACTERISTIQUES DES CONSULTATIONS, ATELIERS ET PERMANENCES TELEPHONIQUES

Dans son centre d'accueil et de soins, l'équipe du Comede Paca a délivré 1 469 **consultations** (dont 2% par téléphone) pour une file active de 256 personnes. L'activité associe des consultations psychologiques (35%), socio-juridiques (32%), accueil social (25%), médicales (5%), et accompagnement dans les démarches (déplacements 2%). La durée moyenne de suivi est de 15 mois (socio-juridique 19 mois, psychothérapie 9 mois), avec en moyenne 5,7 consultations par personne sur l'année. Les deux tiers des consultations ont eu lieu en langue étrangère (total 67%, médical 85%), avec le concours d'un.e interprète professionnel.le dans un tiers des cas (plus de la moitié des cas en psychothérapie). Parmi les 998 consultations en langue étrangère, les principales langues utilisées sont l'anglais (68%), le géorgien (6%), l'albanais (4%), le peul, l'arabe, le kurde (3%), le dari, le diola (2%), le russe, le malinke, le mongol, l'espagnol, l'arménien et la bambara (1%).

Consultations, ateliers et permanences téléphoniques

Total actes	2 560	100%	+6%	908	100%
-------------	-------	------	-----	-----	------

Consultations et ateliers	n	%	21/20	File active n	%	Cs / Pers.	Suivi moyenne	Langue étrang.	Interp. prés.	Interp. par tél.
Total consultat.	1 469	57%	+29%	256	28%	5,7	15 mois	67%	16%	9%
psychologiques	515	21%	+45%	93	10%	5,5	9 mois	70%	39%	2%
socio-juridiques	471	18%	+10%	110	12%	4,3	19 mois	57%	2%	19%
accueil social	371	14%	x7	149	16%	2,5	17 mois	75%	2%	3%
médicales	78	3%	-75%	59	6%	1,3	9 mois	85%	2%	25%
déplacements	34	1%	x4	27	3%	1,3				
Total ateliers	187	7%	x11	36	4%	5,2				

Permanences téléphoniques	n	%	21/20	File active n	%	Département					
						04	05	06	13	83	84
Total PT	904	35%	-28%	616	68%	1%	2%	2%	85%	3%	4%
PT régionale	783	31%	-33%	501	55%	13	17	9	675	14	30
socio-juridique	658	26%	-19%	378	42%	10	14	7	572	10	29
accueil	63	2%	nouv	63	7%			1	58	1	1
médicale	62	2%	-82%	59	6%	3	3	1	45	3	
PT nationale	121	5%	+27%	115	13%		2	10	96	10	3

Interrompus en 2020 en raison des mesures de confinement, les **ateliers** de prévention ont été développés en 2021 (187 participations pour 36 personnes), avec 18 séances de *café santé* destinées aux mineurs non accompagnés (en partenariat avec MSF), 4 séances dédiées aux demandeurs d'asile dans le cadre de la *Journée mondiale des réfugiés* (partenariat MSF), 3 séances de *causerie* pour les femmes exilées (avec le planning familial), et une séance *d'atelier bucco dentaire*.

Les **permanences téléphoniques** (PT, voir aussi Centre-ressources page 17) ont traité 904 appels et méls (7% des réponses), principalement depuis les permanences régionales (total 87%, socio-juridique 73%, accueil 7%, médical 7%, et 13% permanences nationales), au bénéfice de 616 bénéficiaires caractérisé.e.s. Un quart des sollicitations sont traitées en dehors des heures des permanences téléphoniques, et 60% des appels nécessitent un travail poursuivi après la première réponse. Les appels proviennent principalement des Bouches-du-Rhône (85%), et plus marginalement du Vaucluse (4%), du Var (3%), des Hautes-Alpes et des Alpes-Maritimes (2%).

Les **orientations** vers le Comede (voir tableau ci-contre) sont effectuées en premier lieu par les associations (27% des PT et 46% en consultation, notamment MSF, Cimade, MDM et Points d'appui), les services de santé (35% PT, 18% Cs, en particulier l'hôpital), et les services publics (23% PT, 16% Cs, notamment les Cada). Au terme de l'appel, une orientation est proposée dans 15% des cas, principalement vers une association (62% des orientations, en premier lieu Comede), un service de santé (26%), ou un avocat (6%).

Les **demandes** documentées portent principalement sur les aspects socio-juridiques. Elles se répartissent entre le droit au séjour pour raison médicale (64% PT et 33% Cs, dont 5% pour les parents d'enfants malades), accès aux soins (19% PT et 19% Cs) et autre accompagnement social et juridique (31% PT, 47% Cs). Ces données devront être complétées

Orientation vers et depuis le Comede Paca
783 appels et 256 personnes accueillies (Consultations)

2021	PT	orient.	Cons.
effectifs	783	119	256
Associations	27%	62%	46%
Aides	1%	<1%	-
Cade	1%	2%	-
Cimade	5%	1%	9%
Comede	<1%	55%	5%
Médecins du Monde	3%	-	2%
Médecins sans front.	<1%	-	15%
Points d'appui	2%	1%	-
Avocats	5%	6%	6%
Collectifs	2%	-	3%
Particuliers	7%	-	13%
Ami, proche	1%	-	6%
Famille	1%	-	2%
Personne concernée	3%	-	4%
Services publics	23%	4%	13%
115	-	-	2%
AS & travail. Social	7%	2%	2%
Cada & héb. asile	8%	1%	7%
CHRS & médicalisé	4%	-	1%
Préfecture	-	2%	-
Services de santé	35%	26%	18%
CMP & Cs psy	1%	5%	2%
PMI	<1%	3%	1%
Hôpital	30%	18%	8%
dont AS	27%	4%	2%
dont PASS	1%	12%	4%
Médecine ville	1%	4%	6%

Type des demandes

2021	PT	Cons.
effectifs	783	1469
Droit au séjour raison médicale	64%	33%
dont Protection contre éloign.	nc	3%
Parent d'enfant malade	nc	5%
Accès aux soins et prot. malad.	19%	19%
dont soins de santé mentale	1%	nc
Autre information et soutien	31%	47%
Demande d'asile	3%	nc
Séjour autre	14%	8%
Social autre	13%	39%
Médico-psychologique	1%	nc

à l'avenir afin de mieux rendre compte de la diversification des activités notamment dans le domaine des soins médico-psychologiques ainsi que de la médiation et des diverses actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Personnes accompagnées en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (tous actes)

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

2021 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	20	2%	1	18	1	4		3	1	16	1	15	
Afrique centrale	31	3%	1	29	1	20		19	1	11	1	10	
Afrique de l'Est	17	2%		17		15		15		2		2	
Afrique du Nord	268	30%	22	220	26	175	12	147	16	93	10	73	10
Afr. de l'Ouest	340	37%	40	295	5	235	26	206	3	105	14	89	2
Amér. du Nord	4	<1%		2	2	2			2	2		2	
Amér. du Sud	11	1%		7	4	5		4	1	6		3	3
Asie centrale	20	2%	7	12	1	17	6	10	1	3	1	2	
Asie de l'Est	5	1%	2	3		1		1		4	2	2	
Asie du Sud	5	1%		5		2		2		3		3	
Caraïbes	4	<1%		4		2		2		2		2	
Europe de l'Est	116	13%	12	89	15	58	6	46	6	58	6	43	8
Europe de l'Ou.	46	5%	1	35	10	26		21	5	20	1	14	5
Moyen-Orient	21	2%	2	16	3	7	1	6		14	1	10	3
Total	908	100%	88	752	68	569	51	482	36	339	37	270	32

CARACTERISTIQUES DES PERSONNES SOUTENUES

Les 2 560 entretiens, consultations et ateliers ont concerné **908 personnes** en 2021, dont 339 femmes (37%, voir tableau ci-dessus), 253 demandeurs d'asile (28%), 88 enfants mineurs (10%) et 68 migrant.e.s âgé.e.s ≥60 ans (7%). Ces exilé.e.s sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (37%, voir page suivante détail des nationalités des personnes accueillies), d'Afrique du Nord (30%), d'Europe de l'Est (13%), et d'Europe de l'Ouest (5%). Parmi les personnes accueillies (voir page suivante), sont surreprésentés les migrants originaires d'Afrique de l'Ouest.

Les exilé.e.s accompagné.e.s par le Comede Paca sont jeunes (âge moyen 34 ans dans les PT, et 31 ans en consultation, voir tableau ci-dessus) et récemment arrivé.e.s en France (en moyenne depuis 4 ans. Les personnes accueillies au centre de soins sont majoritairement atteintes d'une maladie grave et/ou chronique (60%). Près de la moitié des bénéficiaires des PT ont fait une demande d'asile par le passé ou en cours (41%) et près d'un tiers ont effectué une demande de titre de séjour pour raison médicale (31%). Plus souvent demandeurs d'asile, les exilé.e.s d'Afrique de l'Ouest sont plus jeunes et plus récemment arrivés en France.

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

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD Asile	ATCD Dasem
Dispositif										
PT régional.	501	55%	39%	34 ans	35 ans	2 ans	4 ans	23%	44%	31%
Consultation	256	28%	29%	31 ans	32 ans	3 ans	4 ans	60%	nc	nc
Groupes vulnérables et régions d'origine										
PT Femmes	195	21%	100%	35 ans	36 ans	3 ans	5 ans	14%	49%	28%
PT AFN	172	19%	31%	40 ans	41 ans	2 ans	3 ans	22%	3%	43%
Cs AFO	149	16%	21%	28 ans	29 ans	2 ans	3 ans	60%	nc	nc
PT AFO	140	15%	37%	30 ans	30 ans	2 ans	2 ans	31%	82%	23%

Personnes accueillies dans les consultations et les ateliers en région Paca

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

2021 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	5	2%		5						5		5	
Afrique centrale	8	3%	1	7		5		5		3	1	2	
Afrique de l'Est	1	<1%		1						1		1	
Afrique du Nord	49	17%	4	41	4	28	3	23	2	21	1	18	2
Afr. de l'Ouest	172	59%	33	138	1	127	21	95	1	45	12	33	
Amérique Sud	2	1%		2						2		2	
Asie centrale	10	3%	5	4	1	9	4	4	1	1	1		
Europe de l'Est	40	14%	9	26	5	21	5	14	2	19	4	12	3
Europe Ouest	1	<1%		1		1		1					
Moyen-Orient	4	1%		2	2	1		1		3		1	2
Total	292	100%	52	227	13	192	33	143	6	100	8	85	7

37 nationalités : Nigeria 74, Algérie 34, Guinée Conakry 20, Georgie 17, Sierra Leone 16, Côte d'Ivoire 15, Ghana 14, Sénégal 12, Tunisie 10, Albanie, Mali 9, Afghanistan 7, Comores, Gambie, Maroc 5, Niger 4, Mongolie, Russie, Turquie, Syrie 3, Biélorussie, Cameroun, Congo, Congo RD, Guinée Bissau, Serbie 2, Angola, Brésil, Kosovo, Libéria, Palestine, Pologne, Soudan, Tchad, Ukraine, Venezuela 1

Maladies graves observées parmi les personnes accueillies

2021	n	%
Maladies chroniques	76	37%
Cancer	7	3%
Diabète	11	5%
Drépanocytose	4	2%
Maladies cardio-vasculair.	16	8%
Maladies rares	9	4%
Maladies infectieuses	18	9%
Infection par le VHB	12	6%
Infection par le VHC	4	2%
Troubles psychiques	94	46%
Total	205	100%

Maladies graves déclarées parmi les bénéficiaires des PT

2021	n	%
Maladies chroniques	67	35%
Cancer	18	9%
Diabète	13	7%
Maladies cardio-vasculair.	13	7%
Néphrologie/dialyse	6	3%
Neurologie	8	4%
Maladies infectieuses	58	30%
Infection par le VHB	18	9%
Infection par le VHC	5	3%
Infection par le VIH	28	15%
Tuberculose	5	3%
Troubles psychiques	67	35%
Total	192	100%

Les maladies graves les plus souvent constatées chez les patient.e.s et déclarées parmi les appelant.e.s sont les troubles psychiques (46% en consultation et 35% dans le cadre des permanences téléphoniques), voir tableaux ci-contre), l'infection par le VIH (15% PT), les maladies cardiovasculaires (8% Cs et 7% PT), l'infection chronique par le VHB (9% PT et 6% Cs), et les cancers (9% PT et 3% Cs).

En 2021, le développement des consultations psychologiques a permis de mieux prendre en compte les besoins en matière de santé mentale, notamment pour les demandeurs d'asile et les mineurs non accompagnés, ces derniers étant pris en charge dans le cadre d'un partenariat avec MSF. Au cours du second semestre, le renforcement de l'accueil social et de la consultation médicale ont également permis de favoriser une approche pluridisciplinaire, orientée à la fois sur le plan curatif, préventif (vérification de la réalisation des bilans de santé recommandés, voir Etat de santé page 77), de la coordination des soins et de l'accompagnement social et juridique.

CENTRE-RESSOURCES, FORMATION ET RESEAU

Les activités de formation, qui avaient dû être fortement réduites en 2020 en raison de la pandémie, ont pu reprendre au cours de l'année écoulée et notamment au second semestre 2021. Au total, l'équipe du Comede Paca effectué **39 demi-journées de formation** sur la région, incluant des ateliers de mutualisation et ateliers dédiée aux cas complexes (11 en 2020 et 55 en 2019), pour une moyenne de 12 stagiaires par demi-journée. Plusieurs de ces formations ont été dispensées dans le cadre du partenariat avec l'ARS (Pass hospitalières des Alpes de Haute-Provence, des Hautes-Alpes et du Var), et avec Espace auprès des acteurs de première ligne dans l'accès aux soins et aux droits sociaux (20 demi-journées réalisées à Avignon, Marseille, Orange, Rasteau et Toulon).

Les membres du Comede Paca ont également participé aux activités d'information et de

formation déployées par le Centre-ressources au niveau national, voir page 22). Le Comede contribue par ailleurs aux travaux de plusieurs groupes de mutualisation d'expériences, d'expertise et de plaidoyer à Marseille, mais également au niveau national au sein de l'ODSE (collectifs associatifs page 24). Enfin, l'équipe du Comede Paca participe activement aux publications de l'association et à la diffusion de fiches pratiques, notamment sur les réformes (2019-2021) en matière d'accès à une protection maladie (voir Publications page 26).

Les liens avec les acteurs hospitaliers se sont poursuivis, par l'accompagnement commun de patient.e.s dans leurs démarches d'ouverture de droits à une protection maladie, d'admission au séjour pour raison médicale et d'autres droits liés à l'état de santé (AAH, etc.), en particulier avec les Pass hospitalières les services de santé mentale (CMP et structures hospitalières), les médecins de ville, ou encore les professionnels

Formation professionnelle et ateliers cas complexes

39 demi-journées effectuées et 22 formations dans 6 villes pour 457 stagiaires* demi-journée
En moyenne 12 stagiaires par demi-journée. Nombre d'intervenant.e.s 4 au total.

Ville	Cadre	Intitulé/Contenu	Intervenants X demi-journée	Dem- jour. 39	Stagi. x DJ 457
AVIGNON 84	CD84, /Espace	Accès aux droits sociaux des étrangers	Demagny B.	2	16
AVIGNON 84	CH Avignon	Accès aux droits santé des étrangers	Demagny B.	4	10
GAP 05	ARS/Comede	Ateliers Pass 04 et 05	Demagny B.	1	6
MARSEILLE 13	ARS/Comede	Ateliers Pass 04 et 05	Demagny B.	1	7
MARSEILLE 13	Assab	Atelier mutualisation	Demagny B., Destouches A., Allier S.	1	25
MARSEILLE 13	Cada Adrim	Double demande asile et soins	Destouches A., Perl M.	1	5
MARSEILLE 13	CH Avignon	Droit santé des personnes exilées	Demagny B.	4	7
MARSEILLE 13	CH Valvert	Atelier cas complexes	Demagny B.	1	5
MARSEILLE 13	CH Valvert	Atelier cas complexes	Demagny B.	1	6
MARSEILLE 13	DRDFE Paca	Atelier discriminations & genre	Demagny B., Perl M	1	10
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Accès aux soins et aux droits	Destouches A.	2	10
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Accès aux droits liés à l'état de santé	Demagny B.	2	13
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Le droit d'asile en France	Destouches A.	2	13
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Protection sociale des citoyens UE	Demagny B.	2	15
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Protection sociale des citoyens non UE	Demagny B.	2	13
MARSEILLE 13	Espace/Comede	Droit au séjour et accès aux soins	Demagny B.	2	14
MARSEILLE 13	Pass AP-HM	Atelier mutualisation	Demagny B., Destouches A., Allier S.	1	10
ORANGE 84	CD84, /Espace	Accès aux droits sociaux des étrangers	Demagny B.	2	17
RASTEAU 84	CD84 /Espace	Accès aux droits sociaux des étrangers	Demagny B.	2	15
TOULON 83	ARS Comede	Atelier Pass 83	Demagny B.	1	7
TOULON 83	Espace/Comede	Accès droits sociaux citoyens non UE	Demagny B.	2	15
TOULON 83	Espace/Comede	Accès droits sociaux citoyens UE	Demagny B.	2	13

d'établissements privés de santé, souvent peu dotés en travailleurs sociaux. La collaboration s'est également poursuivie avec les structures de prise en charge, d'accueil et d'hébergement des étrangers (ACT, Cada/Caes, CHRS, Caarud/Csapa, Centre Osiris, LHSS, Réseau Santé Marseille Sud, etc.).

GESTION ET PERSPECTIVES

Outre le soutien de l'Agence régionale de santé (ARS Provence-Alpes-Côte-d'Azur), les activités de Centre-ressources auprès des professionnel.le.s bénéficient de cofinancements nationaux (principalement Direction générale de la santé, Direction de l'accueil des étrangers et de la nationalité et Fonds européen asile et migrations, voir page 13). Le développement des actions de prévention et de promotion de la santé, et de l'accès aux soins et aux droits des migrants/étrangers doit être poursuivi, notamment auprès de publics particulièrement vulnérables : femmes isolées et/ou victimes de violence et/ou de traite, demandeurs d'asile, migrant.e.s âgé.e.s, mineurs non accompagnés, travailleurs et retraités agricoles, personnes sans domicile stable ou encore citoyens de l'Union européenne en situation précaire.

Enfin, l'association doit également poursuivre le développement de ses actions régionales d'observatoire et de plaidoyer pour la santé des exilés et le droit à la santé des étrangers, portées par les salarié.e.s, bénévoles et membres du Comede en partenariat avec les acteurs associatifs, professionnels et institutionnels ■

Contribution du Comede en Paca à l'activité globale du Comede en 2021 12% des actes et 12% des bénéficiaires

L'EQUIPE DU COMEDE PACA en mai 2022

Sabine Allier (*Accueillante sociale*), Cécile Chaussignand (*Accueillante bénévole*), Benjamin Demagny (*Coordinateur Comede Paca, Juriste*), Aurélie Destouches (*Assistante sociale référente*), Marie Jacob (*Psychologue clinicienne référente*), Neila Khodja Nabitz (*Accueillante bénévole*), Alice Lefilleul (*Accueillante bénévole*), Lucie Lombes (*Médecin consultante*), Dorothee Naudet (*Médecin bénévole*), Magali Perl (*Psychologue clinicienne référente*), et Alba Rafols (*Accueillante bénévole*).



Le Comede Guyane à Cayenne

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

En 2021, l'équipe du Comede a dispensé **291 consultations et entretiens** pour **127 bénéficiaires**, dont 56 patient.e.s du Comede Guyane en fin d'année. Les consultations constituent les trois quarts de l'activité (75%), alors que la moitié des bénéficiaires du Comede en Guyane sont accompagné.e.s par les permanences téléphoniques (56%). Cette augmentation d'activité globale (total actes x3) a reposé sur le développement d'une approche pluridisciplinaire. En outre, les activités de formation et d'information des actrices et acteurs du médico-social se sont poursuivies tout au long de l'année. En mai 2022, l'équipe du Comede Guyane (voir encadré page 59) est composée de 5 salarié.e.s et régulièrement renforcée par les membres du Centre-ressources national.

CARACTERISTIQUES DES CONSULTATIONS ET DES PERMANENCES TELEPHONIQUES

Au cours des quatre derniers mois de l'année, l'équipe du Comede Guyane a délivré 217 **consultations** pour une file active de 56 personnes. Les entretiens psychologiques représentent plus de la moitié de l'activité (56% des consultations), les autres consultations enregistrées fin 2021 étaient socio-juridiques (18%), médicales (13%), d'accueil et médiation (12%). Des difficultés de recrutement ont eu pour effet de réduire la période des consultations sociales (effectuées pour partie à distance avec le concours des assistantes sociales du Comede hexagonal) ainsi que des consultations médicales (le médecin a rejoint l'équipe en novembre).

Sur ces données de démarrage, la durée moyenne de suivi est de 1 mois avec en moyenne 3,9 consultations par personnes (4,2 en psychothérapie). Un tiers des consultations ont eu lieu en langue étrangère (32% au total, 37% pour les consultations d'accueil et médiation), les entretiens étant conduits directement par les membres du Comede (24%, soient les deux tiers des consultations en langue étrangère), ou à l'aide d'un interprète (9%), les principales langues utilisées étant le créole haïtien (31%), l'anglais (29%), le portugais (21%) et l'espagnol (17%).

Consultations et permanence téléphonique

Total actes	291	100%	x3	127	100%						
Consultations	n	%	21/20	File active		Cs / Pers.	Suivi moyenne	Langue étrang.	Interp. prés.	Interp. par tél.	
Total consultat.	217	75%	nouv	56	44%	3,9	1 mois	32%	<1%	9%	
psychologiques	121	42%	nouv	29	23%	4,2	1 mois	31%	1%	13%	
socio-juridiques	40	14%	nouv	24	19%	1,7	1 mois	33%	-	-	
médicales	29	10%	nouv	20	16%	1,5	2 mois	31%	-	10%	
accueil & médiat.	27	9%	nouv	25	20%	1,1	<1 mois	37%	-	-	
Permanences téléphoniques	n	%	21/20	File active		Commune					
Total PT	74	25%	-24%	71	56%	300	310	313	317	320	351
						54%	6%	14%	3%	14%	6%

Avec la mise en place du centre de soins et de l'équipe du Comede Guyane, les activités de **permanence téléphonique** ont dû être réduites, 74 appels ou méls ayant été enregistrés (-24%) au bénéfice de 71 personnes. Les appels proviennent principalement des communes de Cayenne (54%), Saint-Laurent (14%), Saint-Georges (14%), Kourou (6%) et Matoury (6%).

Les **orientations** vers le Comede (voir tableau ci-contre) sont effectuées en premier lieu par les associations (46% des PT et 42% en consultation, notamment MDM, Aides et l'Arbre fromager), les services de santé (25% PT, 27% CS, Pass, EMPP, Centre de santé), les services publics (16% PT, 9% Cs, CRF, CCAS), et enfin par les particuliers. Les consultations orientent pour moitié vers les services publics (48%), puis vers les associations (26%) et les services de santé (22%).

Orientation vers et depuis le Comede Guyane
74 appels et 56 patient.e.s accueilli.e.s (consultations)

2021	PT	Cons.	orient.
effectifs	74	56	46
Associations	46%	42%	26%
Aide alimentaire	-	-	11%
Aides	6%	-	-
Arbre fromager	3%	9%	2%
Médecins du Monde	12%	13%	-
Avocats	-	2%	2%
Particuliers	13%	21%	-
Personne concernée	9%	-	-
Services publics	16%	9%	48%
AS & travail. Social	12%	-	-
Croix-rouge	3%	6%	11%
Mairie, CCAS	3%	6%	15%
Sécurité sociale	-	-	17%
Services de santé	25%	27%	22%
Centre de santé	7%	-	-
EMPP	6%	7%	-
Hôpital & Pass	15%	20%	9%
Médecine générale	-	-	7%

Personnes accompagnées par le Comede en Guyane (tous actes)

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

2021	Ensemble					Hommes				Femmes				
	Région d'origine	Total	%	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Afrique australe	1	1%		1		1		1						
Afrique centrale	5	4%		5		2		2		3		3		
Afrique du Nord	2	2%		2		2		2						
Afr. de l'Ouest	2	2%		2		2		2						
Amér. du Sud	46	36%	6	38	2	16	1	13	2	30	5	25		
Caraïbes	66	52%	5	59	2	35	3	32		31	2	27	2	
Europe Ouest	2	2%	1		1	1			1	1	1			
Moyen-Orient	3	2%		3		2		2		1		1		
Total	127	100%	12	110	5	61	4	54	3	66	8	56	2	

CARACTERISTIQUES DES PERSONNES SOUTENUES

Les 291 entretiens et consultations ont concerné **127 personnes** en 2021, dont 66 femmes (52%, voir tableau ci-dessus), 23 demandeurs d'asile

(18%), 12 enfants mineurs (9%) et 5 migrant.e.s âgé.e.s ≥60 ans (4%). Ces exilé.e.s sont principalement originaires des Caraïbes (52%, voir page suivante détail des nationalités des personnes accueillies), et d'Amérique du Sud

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

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

2021	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra moy	Malad. grave	ATCD Asile	ATCD Dasem
Cs total	56	44%	54%	33 ans	33 ans	3 ans	5 ans	49%	nc	nc
PT total	71	56%	51%	32 ans	36 ans	2 ans	7 ans	18%	33%	5%

Personnes accueillies dans les consultations à Cayenne

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

2021 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	1	2%		1		1		1					
Afrique centrale	3	5%		3		2		2		1		1	
Afrique du Nord	1	2%		1		1		1					
Afr. de l'Ouest	1	2%		1		1		1					
Amér. du Sud	15	27%	2	12	1	6	1	4	1	9	1	8	
Caraïbes	33	59%	4	28	1	14	2	12		19	2	16	1
Europe Ouest	1	2%	1							1	1		
Moyen-Orient	1	2%		1		1		1					
Total	56	100%	7	47	2	26	3	22	1	30	4	25	1

13 nationalités : Haïti 33, Brésil 11, Congo RD 2, Cameroun, Colombie, France, Guinée Bissau, Guyana, Maroc, Perou, Venezuela, Yemen, Zimbabwe 1.

(36%). Les bénéficiaires du Comede sont jeunes (âge moyen 33 ans Cs et 36 ans PT) et récemment arrivées sur le territoire français (médiane 2 ans PT et 3 ans Cs). Un tiers d'entre elles ont effectué une demande d'asile par le passé (33% PT), et la moitié sont atteintes d'au moins une maladie grave (49% Cs). La répartition des maladies graves diffère selon le type de recours au Comede : les patient.e.s suivis au centre souffrent principalement de troubles psychiques graves (46%, le plus

souvent des psychotraumatismes), et de maladies chroniques non transmissibles (43%, diabète), alors que les bénéficiaires des PT déclarent surtout des maladies infectieuses (54%, VIH), même si l'information manque pour une partie des entretiens.

CENTRE-RESSOURCES, FORMATION ET RESEAU

Après une année 2020 marquée par la pandémie et notamment les restrictions imposées aux différents services, les activités d'information et de formation des professionnel.le.s et associations ont progressivement repris en 2021, en complémentarité du processus d'ouverture du centre de soins du Comede. Au cours de l'année, les membres de l'association ont effectué 12 demi-journées de formation (pour la Pass du CHC de Cayenne, la CGSS et la CRF Urgence Covid, voir détail dans le chapitre Centre-ressources page 22), 7 séances d'enseignement universitaire et 5 interventions publiques.

Le Comede est notamment co-responsable pédagogique du D.U. sur la médiation en santé à l'Université de Guyane. Au total, 6 séances d'enseignement et d'oraux ont été effectuées en 2021. En outre, les membres du Comede ont participé en 2020 à 4 groupes d'expertise et/ou de plaidoyer.

Maladies graves observées parmi les personnes accueillies

2021	n	%
Maladies chroniques	16	43%
Diabète	2	5%
Maladies infectieuses	4	11%
Infection par le VIH	2	5%
Troubles psychiques	17	46%
Total	37	100%

Maladies graves déclarées parmi par les bénéficiaires des PT

2021	n	%
Maladies chroniques NT	6	46%
Diabète	3	23%
Maladies infectieuses	7	54%
Infection par le VIH	6	46%
Troubles psychiques	-	-
Total	13	100%

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

Le partenariat été entrepris fin 2020 avec l'Equipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) du Centre hospitalier de Cayenne s'est poursuivi dans les locaux du Comede depuis septembre 2001. Un psychiatre de l'EMPP consulte une demi-journée par semaine pour des personnes exilées orientées par les partenaires de l'association.

**Contribution du Comede Guyane
à l'activité globale du Comede en 2021**
1% des actes et 2% des bénéficiaires

L'EQUIPE DU COMEDE EN GUYANE en mai 2022

Chloë Abrias (*Coordinatrice Guyane*), Livio Ferreira De Sa (*Médiateur santé*), Alice Horn (*Assistante sociale*), Guillaume Lefebvre Deuse (*Médecin*), et Bethsabée Ory (*Psychologue*)

GESTION ET PERSPECTIVES

Les actions du Comede en Guyane sont soutenues par l'Agence régionale de santé (ARS Guyane) et Sidaction, ainsi que par des financeurs nationaux (principalement Direction générale de la santé, Direction de l'intégration et de l'accès à la nationalité, ministère des Outre mer, voir page 13). Les activités du Centre de soins se sont largement développées au cours du premier semestre 2022, avec plus de 200 patient.e.s suivi.e.s par l'équipe pluridisciplinaire, et le recours privilégié à l'interprétariat professionnel en présentiel. Les activités de Centre-ressources ont poursuivi leur réaaugmentation, avec notamment la mise en place, en mai 2022, d'une permanence téléphonique médico-psychologique en complément de la permanence socio-juridique dédiée aux professionnel.le.s du territoire.

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



Populations

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

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

POPULATION GLOBALE ET PUBLICS VULNERABLES

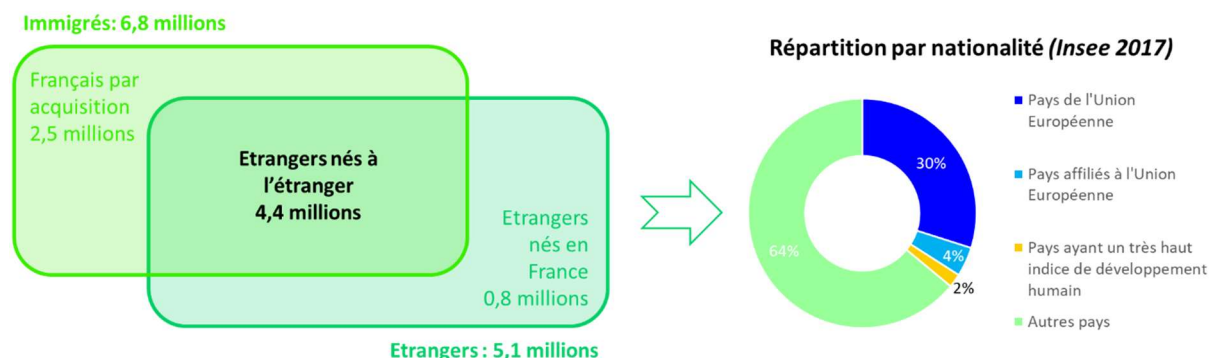
La France compte 6,8 millions d'immigré.e.s (incluant les Français.e.s « par acquisition ») et 5,1 millions d'étranger.e.s (Insee 2020) dont 34% ont la nationalité d'un pays d'Europe de l'Ouest (EEE + Andorre, Grande Bretagne, Monaco et Suisse, voir figure ci-dessous). Particulièrement exposé.e.s aux facteurs de précarité administrative et sociale, les **ressortissant.e.s de pays-tiers** étaient 3,3 millions fin 2019. D'après le recensement de 2017, les femmes représentent 50% des étrangers, elles sont moins nombreuses parmi

Définitions

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

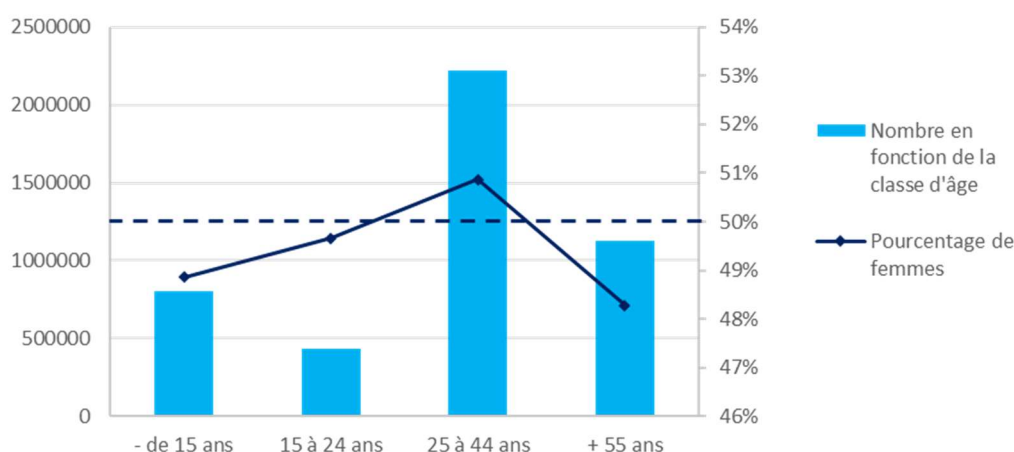
Populations d'étrangers et immigrés résidant en France

Sources Insee 2020 et ministère de l'Intérieur 2019 – population générale 67,1 millions début 2020



Etrangers en France - effectif par classe d'âge et part des femmes selon la tranche d'âge

Sources : recensement Insee 2017



les moins de 15 ans et les plus de 55 ans. Parmi l'ensemble des personnes étrangères, la moitié sont âgées de 25 à 44 ans, un quart ont moins de 25 ans et un quart plus de 55 ans (voir figure ci-dessus). Les ressortissants des pays tiers sont principalement originaires d'Afrique du Nord (38% d'entre eux, et 25% du total des étrangers en France, voir tableau ci-dessous), d'Afrique de l'Ouest (11%), d'Europe de l'Est (11%), d'Afrique centrale (7%), d'Asie de l'Est et du Moyen-Orient (6%). Parmi les demandeurs d'asile (66% sont des hommes), les régions hors Afrique du Nord sont sur-représentées,

particulièrement l'Europe de l'Est (23% en 2019) et l'Afrique de l'Ouest (21%). Les demandes d'asile sont majoritairement déposées en Ile-de-France (44%), Auvergne-Rhône-Alpes (8%), Outre-mer (7%), Grand-Est (7%), et Paca (6%). S'agissant des réfugié.e.s, la diversité des régions d'origine témoigne de celle des flux d'exilé.e.s au cours des dernières décennies. Dépourvu.e.s d'un titre de séjour, les bénéficiaires de l'Aide médicale Etat (382 899 en 2021) résident pour plus de la moitié en Ile-de-France (55% en 2013).

	Insee 2018		Ofpra 2019			
	Etrangers		Demandeurs d'asile		Réfugiés et bénéficiaires d'une protection	
Total	4 850 000	100%	132 826	100%	306 800	100%
Europe de l'Ouest	1 615 500	33%	34	<1%	605	<1%
Pays tiers	3 234 500	67%	132 792		308 583	
Afrique australe	205 600	4%	1 504	1%	990	<1%
Afrique centrale	246 000	5%	9 926	7%	33 384	11%
Afrique de l'Est	35 300	1%	10 494	8%	33 689	11%
Afrique du Nord	1 210 000	25%	5 045	4%	4 902	2%
Afrique de l'Ouest	361 500	7%	28 040	21%	37 151	12%
Asie centrale	26 700	1%	10 876	8%	25 978	8%
Asie de l'Est	205 700	4%	3 625	3%	32 492	11%
Asie du Sud	110 000	2%	12 329	9%	32 341	10%
Europe de l'Est	459 100	9%	35 396	27%	66 286	21%
Moyen-Orient	86 900	2%	7 559	6%	33 075	11%

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

▪ **Femmes exilées** : elles représentent 50% des étranger.e.s, et ont pour la moitié d'entre elles entre 25 et 44 ans. Elles constituent également 40% des réfugié.e.s et protégé.es subsidiaires en 2019 (10 000 d'entre elles, enfants et adultes, sont protégées contre la menace de Mutilation sexuelle féminine), 33% des demandeurs d'asile et 43% des personnes sollicitant un titre de séjour pour étrangers malades.

▪ **Demandeurs d'asile et réfugiés** : fin 2020, 308 000 personnes étaient placées sous la protection de l'Ofpra (73% réfugiées et 27% protections subsidiaires), qui enregistrait également 88 000 nouvelles demandes d'asile (versus 133 000 en 2019).

▪ **Enfants mineurs et jeunes exilés** : le nombre de mineurs non accompagnés pris en charge par les départements est estimé à 40 000 (2019), alors que 11 000 d'entre eux ont été confiés à l'Aide sociale à l'enfance en 2021 et 867 ont déposé une demande d'asile (634 en 2020).

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

▪ **Etrangers en séjour précaire** : fin 2019, le ministère de l'Intérieur comptait 682 000 étrangers disposant d'un document provisoire ou d'un titre de séjour \leq 1 an, alors que le nombre d'étrangers en séjour irrégulier est estimé à plus de 500 000. Au cours des dernières années, on observe la diminution du nombre d'étrangers malades protégés pour raison de santé (35 000 en 2014, voir Accès aux droits page 103), et l'augmentation de celui des étrangers privés de liberté (plus de 70 000 en 2019, voir encadré page 68).

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

Réfugié.e.s & protégés 308 000	Migrant.e.s \geq 60 ans RPT* 320 000
Mineurs vuln. \approx 50 000	Etrangers malades \approx 30 000
Etranger.e.s en séjour précaire \geq 1 200 000 <i>dont demandeurs d'asile et sans-papiers</i>	
Etrangers privés de liberté \approx 70 000, <i>dont plus de 3000 mineurs</i>	

* Ressortissants des pays tiers à l'Union européenne

POPULATIONS ET CARACTERISTIQUES DES PERSONNES ACCOMPAGNEES PAR LE COMEDE

En 2021, le Comede a soigné et accompagné 7 717 personnes, dont 4 365 dans le cadre des permanences téléphoniques (PT, 57%), 2 525 au Centre de santé et hors-les-murs (CDS, 33%) et 827 dans les autres lieux de soins (11%, à Paris, Pantin, Saint-Etienne, Marseille et Cayenne). Les publics vulnérables sont très largement représentés parmi ces bénéficiaires, leurs caractéristiques médico-psycho-sociales étant développées dans le chapitre Etat de santé :

➔ **2 740 femmes exilées**, dont 1 738 dans le cadre des permanences téléphoniques, 776 au CDS et 226 dans les autres lieux de soins ;

➔ **1 788 demandeurs d'asile réfugiés**, dont 1 034 au CDS, 405 accompagnés dans le cadre des PT et 349 dans les autres lieux d'accueil ;

➔ **803 enfants mineurs** : 341 par les PT, 110 au CDS et 352 dans les autres lieux de soins ; plus de la moitié sont des MNA ;

➔ **583 migrants âgés \geq 60 ans**, dont 489 accompagnés par téléphone, 76 au CDS et 18 dans les autres lieux de soins ;

➔ **Etrangers en séjour précaire** : les bénéficiaires du Comede se trouvent principalement en situation de séjour précaire et plus d'un tiers sont atteints d'une maladie grave (voir Etat de santé). Parmi les personnes accompagnées par les PT, 34% avaient déjà effectué une demande d'asile et 29% une demande de régularisation médicale.

.Bénéficiaires du Comede par dispositif d'accompagnement

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE

2021	Ensemble					Hommes				Femmes			
	Total	%*	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans	Total	<18 ans	18-59	≥60 ans
Perm. Téléph.	4365	58%	341	3535	489	2623	206	2193	224	1738	135	1338	265
Centre de santé	2525	34%	110	2339	76	1749	67	1644	38	776	43	695	38
Autres disposit.*	589	8%	114	457	18	363	78	268	7	226	25	190	11
Total	7479	100%	565	5988	583	4735	351	4105	269	2740	203	2223	314

* Les autres dispositifs d'accueil et de soins incluent Marseille (292 personnes), Paris (135), Saint-Etienne (106) et Cayenne (56). Les données ne sont pas disponibles pour MSF Pantin (centre MNA, 238 jeunes suivis avec le Comede).

EFFECTIFS PAR REGION D'ORIGINE ET NATIONALITE

NATIONALITE	TOT	PT	CDS	AUT	PT	CDS	AUT	PT	CDS	AUT
Nombre PERSONNES	129	124	75	46						
	7479	4365	2525	589						
AFRIQUE AUSTRALE	114	91	15	8						
COMORES	55	44	4	7						
ILE MAURICE	18	17	1							
MADAGASCAR	35	26	9							
ZAMBIE	2	1	1							
ZIMBABWE	4	3		1						
AFRIQUE CENTRALE	1013	540	404	69						
ANGOLA	50	25	17	8						
ANG./CABINDA	1		1							
BURUNDI	4	2	1	1						
CAMEROUN	190	138	39	13						
CENTRAFRIQUE	17	15	2							
CONGO	138	92	37	9						
🇸🇨 CONGO RD	510	180	296	34						
GABON	63	59	4							
RWANDA	4	3	1							
TCHAD	35	25	6	4						
AFRIQUE DE L'EST	138	66	65	7						
DJIBOUTI	6	6								
ERYTHREE	17	4	11	2						
ETHIOPIE	19	8	11							
KENYA	1			1						
OUGANDA	1			1						
SOMALIE	24	10	13	1						
SOUDAN	87	37	48	2						
SOUDAN SUD	1	1								
AFRIQUE DU NORD	1335	1190	85	60						
🇸🇩 ALGERIE	857	772	48	37						
LIBYE	4	2	2							
🇲🇦 MAROC	259	235	13	11						
SAHARA OCCID.	2	2								
TUNISIE	213	179	22	12						
AFRIQUE DE L'OUEST	2667	1505	865	297						
BENIN	52	46	4	2						
BURKINA FASO	33	24	7	2						
CAP VERT	16	14	2							
🇸🇳 COTE D'IVOI.	563	338	183	42						
GAMBIE	43	28	7	8						
GHANA	34	17	2	15						
GUINEE BISSAU	14	4	5	5						
🇸🇳 GUINEE CON.	756	299	389	68						
LIBERIA	1									
🇲🇱 MALI	422	282	117	23						
MAURITANIE	91	47	41	3						
NIGER	25	14	5	6						
🇳🇬 NIGERIA	255	146	28	81						
🇸🇳 SENEGAL	298	207	62	29						
SIERRA LEONE	31	12	2	17						
TOGO	31	26	5							
AMERIQUE CENT. & NORD	19	18		1						
CANADA	1	1								
ETATS-UNIS	14	14								
HONDURAS	1	1								
MEXIQUE	2	1		1						
NICARAGUA	1	1								
AMERIQUE DU SUD	132	103	9	20						
ARGENTINE	1	1								
BOLIVIE	1	1								
BRESIL	53	40	1	12						
CHILI	8	8								
COLOMBIE	32	24	5	3						
EQUATEUR	4	4								
GUYANA	3	2		1						
PARAGUAY	2	2								
PEROU	11	7	3	1						
SURINAM	6	6								
VENEZUELA	13	8		5						
ASIE CENTRALE	252	74	164	14						
🇰🇪 AFGHANIST.	237	66	160	11						
KAZAKHSTAN	3	2	1							
MONGOLIE	9	4	2	3						
TADJIKISTAN	2	1	1							
ASIE DE L'EST	37	29	7	1						
BIRMANIE	3		3							
CAMBODGE	2	1	1							
CHINE	13	12	1							
CHI/HONG-KON.	1	1								
CHI/TIBET	2	2								
COREE DU NO.	1	1								
JAPON	2	2								
LAOS	1	1								
PHILIPPINES	3	2		1						
THAILANDE	1	1								
VIETNAM	8	6	2							
ASIE DU SUD	798	127	655	16						
🇬🇧 BANGLADES.	517	59	444	14						
INDE	18	8	10							
NEPAL	6	3	3							
PAKISTAN	91	35	54	2						
SRI LANKA	166	22	144							
CARAÏBES	112	70	7	35						
CUBA	7	4	3							
DOMINIQUE	2	2								
HAITI	95	58	3	34						
JAMAÏQUE	3	2	1							
REP. DOMINIC.	4	4								
EUROPE DE L'EST	470	312	107	51						
ALBANIE	63	47		16						
ARMENIE	35	35								
AZERBAÏDJAN	6	4	2							
BIELORUSSIE	3	1		2						
BOSNIE	9	9								
GEORGIE	119	95	6	18						
KOSOVO	20	18	1	1						
MACEDOINE	2	2								
MOLDAVIE	71	8	63							
RUSSIE	39	24	12	3						
RUS/TCHETCH.	8	3	2	3						
SERBIE & MT.	30	26	2	2						
TURQUIE	37	23	11	3						
UKRAINE	25	16	8	1						
EUROPE DE L'OUEST	259	147	110	2						
ALLEMAGNE	4	4								
BELGIQUE	4	4								
BULGARIE	16	16								
CROATIE	5	5								
ESPAGNE	15	13	2							
FRANCE	23	18	4	1						
ITALIE	19	19								
LETTONIE	1	1								
LITUANIE	3	3								
POLOGNE	13	13		1						
PORTUGAL	9	8	1							
ROUMANIE	135	32	103							
ROYAUME-UNI	5	5								
SLOVAQUIE	1	1								
SUISSE	1	1								
MOYEN-ORIENT	127	91	30	6						
EGYPTE	33	28	5							
IRAK	23	9	14							
IRAN	21	15	6							
LIBAN	12	11	1							
PALESTINE	7	5	1	1						
SYRIE	26	21	1	4						
YEMEN	5	2	2	1						
APATRIDES & INDETERMINE	3	1	2							
INDETERMINE	3	1	2							

Bénéficiaires du Comede par région de résidence

EFFECTIFS PAR AGE ET PAR SEXE

2019 & 2020	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	7893	67%	557	6728	608	2581	209	2100	319	5254	343	4623	288
Paca	2173	19%	102	1865	206	875	31	748	96	1294	71	1113	110
Autres régions	1689	15%	287	1200	202	731	101	530	100	953	186	665	102
Total	11766	100%	946	9793	1016	4234	341	3378	515	7501	600	6401	500

EFFECTIFS PAR REGION D'ORIGINE ET NATIONALITE

NATIONALITE	TOT	IDF	PACA	AUT
nombre	134	120	89	91
PERSONNES	11766	7915	2173	1689
AFRIQUE AUSTRALE	210	80	22	210
AFRIQ. DU SUD	6	2	2	2
COMORES	78	13	54	11
ILE MAURICE	38	28	7	3
MADAGASCAR	61	14	6	81
MOZAMBIQUE	3		3	
ZAMBIE	3	3		
ZIMBABWE	1	1		
AFRIQUE CENTRALE	1485	1241	75	169
ANGOLA	88	75	2	11
BURUNDI	13	1		12
CAMEROUN	273	199	33	41
CENTRAFRIQUE	41	21	9	11
CONGO	193	164	9	20
CONGO RD	761	691	16	54
GABON	70	55	3	12
GUINEE EQUAT.	1	1		
RWANDA	3	3		
TCHAD	40	29	3	8
AFRIQUE DE L'EST	249	171	52	26
DJIBOUTI	4	1		3
ERYTHREE	52	50	2	
ETHIOPIE	23	15	3	5
KENYA	6	5		1
SOMALIE	39	27	6	6
SOUDAN	123	71	41	11
AFRIQUE DU NORD	2521	1391	762	368
ALGERIE	1754	951	595	208
LIBYE	28	14	14	
MAROC	449	257	83	109
SAHARA OCCID.	2			2
TUNISIE	288	169	70	49
AFRIQUE DE L'OUEST	3962	2981	639	342
BENIN	81	63	5	13
BURKINA FASO	61	37	5	19
CAP VERT	18	11	7	
COTE D'IVOIRE	816	676	77	63
GAMBIE	62	31	25	6
GHANA	49	10	38	1
GUINEE BISSAU	24	14	6	4
GUINEE CONA.	1081	871	113	97
MALI	717	594	61	62
MAURITANIE	111	99	8	4
NIGER	39	19	6	14
NIGERIA	326	110	195	21
SENEGAL	481	400	52	29
SIERRA LEONE	46	11	33	2
TOGO	50	35	8	7
AMERIQUE CENT. & NORD	29	18	6	5
ETATS-UNIS	20	12	4	4
HONDURAS	1			1
MEXIQUE	4	2	2	
SALVADOR	4	4		
AMERIQUE DU SUD	312	73	30	209
ARGENTINE	3	3		
BOLIVIE	3	2		1
BRESIL	111	9	12	90
CHILI	12	3	5	4
COLOMBIE	50	32	1	17
EQUATEUR	5	5		
GUYANA	28			28
PEROU	27	11	5	11
SURINAM	48	18		30
VENEZUELA	25	7		18
ASIE CENTRALE	355	316	24	15
AFGHANISTAN	328	302	13	13
KAZAKHSTAN	4	2		2
MONGOLIE	17	6	11	
TADJIKISTAN	5	5		
TURKMENISTAN	1	1		
ASIE DE L'EST	73	61	7	5
CAMBODGE	10	10		
CHINE	25	23	2	
CHINE/HONG-K.	2	2		
CHINE/TIBET	3	3		
JAPON	1	1		
LAOS	3	2		1
MYANMAR	7	7		
PHILIPPINES	12	8	3	1
VIETNAM	7	4	2	1
ASIE DU SUD	1050	1007	28	15
BANGLADESH	742	722	14	6
BHOUTAN	2	2		
INDE	27	26		1
NEPAL	3	3		
PAKISTAN	121	99	14	8
SRI LANKA	155	155		
CARAÏBES	336	57	7	272
BAHAMAS	1	1		
CUBA	12	6	4	2
DOMINIQUE	5	1	2	2
HAITI	279	44		235
JAMAÏQUE	6	3	1	2
NICARAGUA	2	2		
REP. DOMINIC.	30			30
SAINTE LUCIE	1			1
EUROPE DE L'EST	718	230	310	165
ALBANIE	137	12	82	43
ARMENIE	91	11	45	35
AZERBAÏDJAN	22	11	6	5
BIELORUSSIE	5	4	1	
BOSNIE	11	1	7	3
GEORGIE	191	97	55	37
KOSOVO	37	1	24	12
MACEDOINE	12	7	2	3
MOLDAVIE	19	11	6	2
MONTENEGRO	1			1
RUSSIE	48	21	12	15
RUS/TCHETCH.	9	9		
SERBIE	37	8	25	3
TURQUIE	48	21	4	2
UKRAINE	50	29	26	
EUROPE DE L'OUEST	279	104	123	50
ALLEMAGNE	6	1	3	2
BELGIQUE	6		6	
BULGARIE	24	6	12	6
CROATIE	8		8	
ESPAGNE	26	6	14	5
FRANCE	44	18	9	17
HONGRIE	2		2	
ITALIE	15	4	10	1
LETTONIE	2			2
LITUANIE	8	6	2	
NORVEGE	1		1	
PAYS-BAS	1		1	
POLOGNE	16	3	8	5
PORTUGAL	10	3	5	2
REP. TCHEQUE	2		1	1
ROUMANIE	98	53	34	10
ROYAUME-UNI	19	14	5	
SUEDE	8	8		
SUISSE	4	2	2	
MOYEN-ORIENT	184	126	30	24
EGYPTE	55	52	2	1
IRAK	41	34	5	2
IRAN	30	26	3	1
KOWEIT	7	7		
LIBAN	7	4	2	1
PALESTINE	15	3	7	5
SYRIE	30	6	11	13
YEMEN	10	9		1
OCEANIE	1	1		
AUSTRALIE	1	1		

En 2021, ces exilé.e.s étaient originaires de 129 pays, principalement d'Afrique de l'Ouest (total 36%, Guinée 10%, Côte d'Ivoire 8%, Mali 6%), d'Afrique du Nord (18%, Algérie 11%), d'Afrique centrale (14%, Congo RD 7%), d'Asie du Sud (11%, Bangladesh 7%), d'Europe de l'Est (6%), d'Asie centrale et d'Europe de l'Ouest (3%). Ces personnes résident majoritairement en régions Ile-de-France (67% de l'ensemble en 2019 & 2020, voir tableau page précédente), Provence-Alpes-Côte d'Azur (19%), Auvergne-Rhône-Alpes (7%), Occitanie (3%) et Guyane (1%),

avant l'ouverture du lieu de soins au second semestre 2021). D'âge moyen compris entre 32 ans (CDS) et 38 ans (PT), elles sont arrivées en France en moyenne depuis 1 an (CDS) et 3 ans (Paca, PT).

L'analyse par publics vulnérables accompagnés par les différents dispositifs (voir tableau ci-dessous et page suivante) permet d'observer certaines différences. Les demandeurs d'asile et les mineurs sont plus récemment arrivés en France que les autres bénéficiaires (médiane 4

Caractéristiques démographiques des bénéficiaires du Comede

2019 & 2020	n	%	Sexe F	Age méd	Age moy	En Fra méd	En Fra Moy	Malad. grave	ATCD Asile	ATCD dasem
-------------	---	---	--------	---------	---------	------------	------------	--------------	------------	------------

PAR DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT

PT	7370	64%	44%	35 ans	38 ans	1,5 an	3 ans	67%	29%	32%
CDS	3711	31%	30%	34 ans	32 ans	<1 an	1 an	34%	nc	nc
Paca	302	3%	33%	34 ans	37 ans	1,5 an	3 ans	66%	nc	nc

PAR GROUPE VULNERABLE

Femmes

PT	2893	69%	100%	36 ans	37 ans	1,5 an	3 ans	53%	21%	19 %
CDS	1125	29%	100%	34 ans	36 ans	1 ans	1 an	26%	nc	nc

Demandeurs d'asile

CDS	1606	63%	25 %	30 ans	32 ans	4 mois	1 an	23%	nc	nc
PT	828	32%	32 %	29 ans	31 ans	1 ans	1 an	61%	nc	6%

Enfants mineurs <18 ans

PT	730	77%	38%	8 ans	9 ans	1 an	1,5 an	50%	10%	12%
CDS	171	18%	32%	12 ans	14 ans	4 mois	1 an	8%	nc	nc

Migrants âgés ≥60 ans

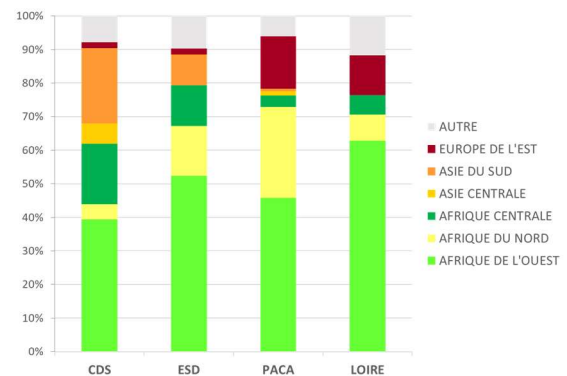
PT	818	81%	51%	67 ans	69 ans	1 an	4 ans	51%	10%	20%
CDS	151	15%	53%	65 ans	67 ans	<1 an	4 ans	40%	nc	nc

PAR REGION D'ORIGINE

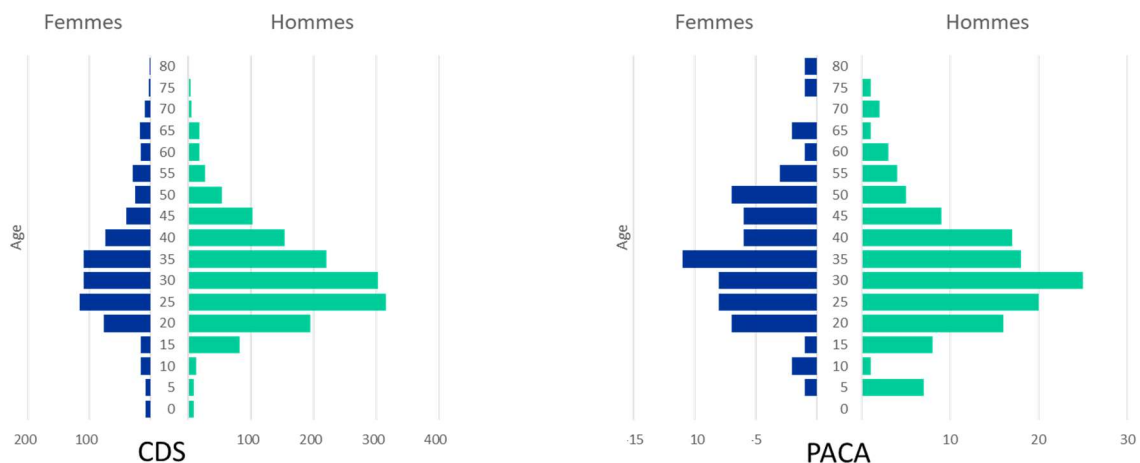
Afr. austr.	204	2%	62%	44 ans	42 ans	1 an	5 ans	48%	nc	nc
Afr. centr.	1462	13%	51%	39 ans	37 ans	<1 an	2 ans	53%	nc	nc
Afr. Est	248	2%	21%	31 ans	29 ans	1 an	1 an	57%	nc	nc
Afr. Nord	2503	22%	43%	39 ans	38 ans	3 ans	3 ans	44%	nc	nc
Afr. Ouest	3881	33%	30%	32 ans	30 ans	< 1 an	1,5 an	50%	nc	nc
Asie Sud	1043	9%	15%	35 ans	34 ans	<1 an	1 an	71%	nc	nc
Asie centr.	354	3%	8%	28 ans	26 ans	<1 an	1 an	69%	nc	nc
Caraiïbes	332	3%	50%	35 ans	35 ans	<1 an	1,5 an	60%	nc	nc
Europe Est	706	6%	38%	40 ans	40 ans	<1 an	3 ans	36 %	nc	nc
Moyen-Ori.	180	2%	30%	38 ans	35 ans	1 an	2 ans	56 %	nc	nc

mois au CDS). L'origine géographique des patient.e.s suivi.e.s par le Comede diffère selon la région d'implantation des dispositifs de soins (voir ci-contre). Si les personnes originaires d'Afrique de l'Ouest sont dans l'ensemble les plus nombreuses, celles d'Asie du Sud (Bangladesh, Sri Lanka) et d'Asie centrale (Afghanistan) se retrouvent presque exclusivement en Ile-de-France, celles d'Afrique du Nord davantage en Paca, et celles d'Europe de l'Est sont significativement plus présent.e.s dans les régions frontalières du Sud-Est (Aura/Loire et Paca).

Patients suivis en consultations, origine géographique 2019 & 2020

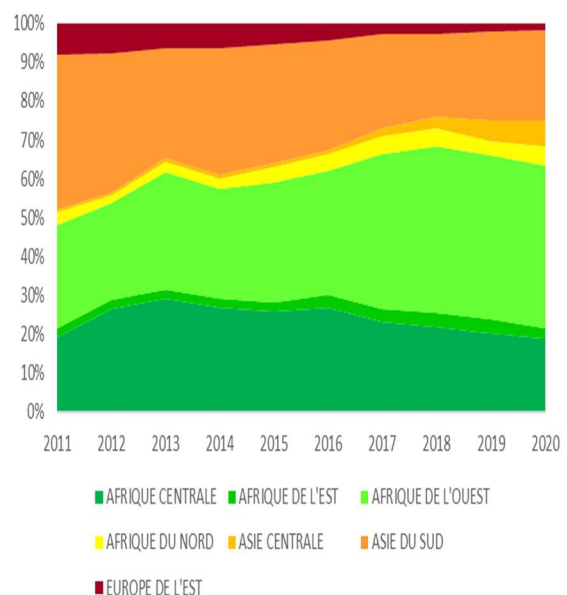


Patients suivis en consultations, âge 2019 & 2020



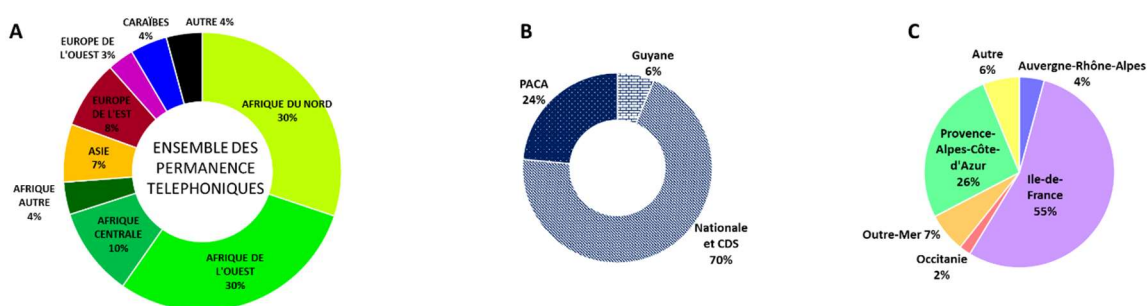
Plus des trois quarts des patient.e.s (78% entre 2019 et 2020) sont âgé.e.s de 20 et 45 ans, et plus des deux tiers (68%) sont des hommes. La proportion de femmes est plus élevée parmi les personnes d'Afrique australe (62%), d'Afrique centrale (51%) et des Caraïbes (50%), et plus faible parmi les exilé.e.s d'Asie centrale (8%) et du Sud (15%). Les femmes et les exilé.e.s d'Afrique du Nord et d'Europe de l'Est sont plus âgé.e.s, alors que les demandeurs d'asile et les patient.e.s d'Asie centrale sont plus jeunes. Le poids des différentes nationalités évolue sensiblement chaque année dans les dispositifs d'accueil, où sont reçues les personnes les plus vulnérables et les plus récemment exilées, notamment celles en demande d'asile. Dans le cas du Centre de santé en Ile-de-France (voir ci-contre), le nombre de patient.e.s originaires

Patients du Centre de santé, évolution de la région d'origine entre 2011 à 2020



Bénéficiaires des permanences téléphoniques, 2019 & 2020

(A) Nationalité (B) Part des différentes permanences (C) Région de provenance des appels



d'Afghanistan a ainsi décuplé entre 2011 et 2020, et celui des Guinéens est également en forte augmentation depuis 2017. A l'inverse, le nombre de patient.e.s sri-lankais.e.s a chuté sur les 10 dernières années, comme celui des exilé.e.s originaires de Russie/Tchéquie et de Turquie. Les permanences téléphoniques du Comede (voir ci-dessus) sont sollicitées par et pour des personnes exilées en France depuis un peu plus longtemps (4 ans en moyenne, 4 ans en Ile-de-France et 5 ans en Guyane) et la répartition par région et nationalité d'origine y est plus stable que dans les dispositifs d'accueil. La part des différentes régions est représentative de la diversité de ces populations d'exilé.e.s particulièrement vulnérables sur l'ensemble du territoire, incluant la prépondérance des personnes d'Afrique du Nord et de l'Ouest.

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

La situation de famille témoigne du grand isolement de ces personnes, en particulier parmi les patient.e.s du Centre de santé dont les deux-tiers vivent seul.e.s (64% entre 2014 et 2020, voir tableau ci-dessous). C'est également le cas de la moitié des bénéficiaires des permanences téléphoniques (47%), alors que 14% vivent en couple avec des enfants et 8% sont des parents isolés. La situation de solitude concerne les trois-quarts des demandeurs d'asile (70% PT, 78% CDS), elle est globalement plus fréquente parmi les exilé.e.s d'Afrique de l'Ouest et d'Asie du Sud. Un quart de l'ensemble des bénéficiaires vivent avec un autre membre de famille, et c'est le cas des deux tiers des

Situation familiale en France

Patient.e.s du Centre de santé à la première consultation et bénéficiaires des PT au premier appel (2014-2020)

	Total		Couple avec enfants		Couple sans enfant		Parent isolé		Seul		Autre	
	PT	CDS	PT	CDS	PT	CDS	PT	CDS	PT	CDS	PT	CDS
Total	10641	3527	14%	2%	6%	1%	8%	4%	47%	64%	24%	23%
Femmes	4564	1167	17%	4%	8%	2%	16%	10%	30%	49%	29%	35%
Demandeurs d'asile	1031	1604	13%	2%	4%	1%	6%	3%	70%	78%	7%	15%
Mineurs	2089	243	22%	0%	7%	0%	15%	1%	33%	78%	24%	21%
Agées	1168	172	4%	2%	7%	1%	2%	2%	23%	33%	64%	62%
Afrique centrale	1243	710	5%	0%	5%	1%	10%	7%	58%	61%	22%	31%
Afrique du Nord	3434	201	16%	4%	6%	0%	9%	2%	35%	34%	34%	59%
Afrique de l'Ouest	2678	1187	6%	2%	4%	1%	8%	5%	67%	78%	15%	14%
Asie du Sud	274	768	18%	2%	5%	1%	2%	2%	64%	76%	11%	19%
Europe de l'Est	1034	136	40%	8%	10%	2%	5%	8%	29%	24%	16%	57%
Auvergne-Rhône-Alpes	445		17%		9%		8%		42%		24%	
Ile-de-France	5855		10%		6%		7%		50%		27%	
Paca	2526		22%		6%		9%		48%		15%	

migrant.e.s âgé.e.s. Les personnes originaires d'Europe de l'Est vivent plus souvent en couple (50% PT), celles d'Afrique du Nord plus souvent avec d'autres membres de famille (59% CDS). Les femmes ont plus souvent des enfants (33%, le taux étant de 22% parmi l'ensemble des bénéficiaires), et sont plus souvent parentes isolées (16% PT). En matière de formation initiale (voir tableau ci-dessus), les deux tiers des patient.e.s du Centre de santé ont pu compléter leurs études (63%, dont 44% secondaires/professionnelles et 19% universitaires), un quart ont effectué des études

primaires (27%), alors que 10% n'avaient pas eu de scolarisation. La formation universitaire est plus fréquente parmi les demandeurs d'asile (22%), et parmi les exilé.e.s originaires d'Europe de l'Est (25%), d'Afrique centrale (23%) et d'Asie du Sud. C'est parmi les ressortissants d'Afrique de l'Ouest et de l'Est que la proportion de personnes n'ayant fait aucune étude est la plus élevée (21% et 19%). Les exilé.e.s âgé.e.s de plus de 60 ans sont moins de la moitié à avoir bénéficié d'une formation secondaire ou universitaire (43%).

Scolarisation et formation dans le pays d'origine

Patient.e.s du centre de santé à la première consultation, 2014-2020

	Total	Aucune	Primaire	Professionnelle	Secondaire	Universitaire
Total	5151	10%	27%	6%	38%	19%
Femmes	1638	9%	24%	9%	40%	18%
Demandeurs d'asile	2291	8%	25%	6%	40%	22%
Mineur.e.s	457	27%	41%	1%	31%	0%
Agées	207	13%	44%	6%	26%	11%
Afrique centrale	1124	3%	21%	12%	42%	23%
Afrique de l'Est	159	19%	39%	4%	25%	13%
Afrique du Nord	200	7%	26%	6%	42%	20%
Afrique de l'Ouest	1714	21%	34%	4%	28%	13%
Asie du Sud	1355	2%	24%	3%	49%	22%
Europe de l'Est	175	3%	19%	13%	41%	25%

Profession dans le pays d'origine

Patient.e.s du centre de santé à la première consultation, 2014-2020

	Total	Agriculteur	Artisan	Chef d'entreprise	Commerçant	Employé	Etudiant	Ouvrier	Prof intellectuelle	Prof intermédiaire	Retraité	Sans
Total	4604	5%	7%	1%	21%	13%	1%	7%	6%	8%	2%	32%
Femmes	1544	1%	6%	0%	15%	14%	1%	2%	6%	9%	3%	44%
Demandeurs d'asile	2247	6%	7%	1%	26%	14%	1%	7%	6%	7%	0%	23%
Mineur.e.s	187	5%	1%	0%	1%	2%	4%	2%	1%	1%	0%	84%
Agés	209	3%	3%	0%	13%	7%	0%	2%	6%	5%	26%	34%
Afrique centrale	1095	1%	7%	1%	16%	15%	1%	5%	12%	12%	2%	35%
Afrique de l'Est	149	21%	5%	1%	12%	11%	1%	9%	4%	4%	1%	30%
Afrique du Nord	194	2%	4%	2%	7%	13%	1%	8%	7%	7%	4%	43%
Afrique de l'Ouest	1418	6%	9%	0%	23%	9%	1%	9%	5%	5%	1%	32%
Asie centrale	59	14%	8%	3%	17%	12%	0%	12%	7%	7%	2%	17%
Asie de l'Est	31	23%	0%	0%	10%	16%	3%	6%	6%	6%	0%	32%
Asie du Sud	1324	6%	4%	1%	27%	15%	1%	6%	7%	7%	0%	26%
Europe de l'Est	175	2%	6%	1%	5%	15%	0%	11%	10%	10%	3%	31%
Moyen-Orient	69	6%	6%	4%	13%	10%	1%	9%	7%	7%	1%	28%

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

Au cours des dernières années, autour de 60 000 personnes de nationalité étrangère sont privées de liberté chaque année pour des raisons administratives, « à la frontière » (11 000 personnes maintenues dans les zones d'attente en 2019) et « en vue de leur éloignement » (50 000 personnes retenues dans les centres et locaux de rétention administrative en 2019 et 42 000 en 2021, voir infra). Outre ces mesures d'enfermement administratif qui leur sont spécifiques, les étrangers sont aussi largement représentés dans la population carcérale. Avec 15 000 personnes en 2017, ils représentaient 22% des détenus alors qu'ils ne correspondent qu'à 7% de la population générale.

D'après le rapport au parlement « Les étrangers en France » concernant l'année 2019, 50 498 personnes avaient été placées en centres de rétention, dont 3 377 enfants mineurs (+159% par rapport à 2018). L'immense majorité des enfants retenus l'étaient dans les territoires d'Outre-mer. Le rapport 2021 des associations intervenant dans les Centres de rétention comptait 42 353 personnes retenues en 2021, dont plus de la moitié en Outre-mer (27 649 personnes, dont 26 485 à Mayotte). De nombreux CRA ont été fermés en 2020 lors de la crise Covid, puis réouverts avec une jauge sanitaire en limitant l'occupation. Ces limitations ont été progressivement réduites pour atteindre à nouveau une capacité d'occupation habituelle depuis septembre 2021.

En 2019 et 2020, parmi les 2 112 appels et méls traités par les médecins des permanences téléphoniques du Comede, 289 (13%) concernaient des personnes étrangères en situation d'enfermement, pour évaluer les critères médicaux de protection contre l'éloignement pour raison médicale (voir Accès aux droits, Dasem). Ces appels émanent dans leur grande majorité des associations de soutien juridique (principalement Assfam et Cimade, voir page 19) qui interviennent dans les Centres de rétention administrative d'Ile-de-France. Dans ces centres, la situation des « étrangers malades » relevant d'une protection doit théoriquement être examinée par la/le médecin de zone de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii), lequel doit être alerté par la/le médecin de l'Unité médicale du centre de rétention (Umcr).a).

L'analyse de ces 289 situations révèle un défaut de protection à chacune des étapes de ce circuit médical. D'une part, les médecins des Umcr.a écartent un certain nombre de situations où les critères médicaux sont pourtant réunis selon les médecins du Comede (c'est le cas dans 71% de l'ensemble des appels/méls concernant un Dasem). Et par la suite, lorsque les médecins de l'Ofii sont sollicité.e.s, leur pratique se révèle encore plus défavorable aux malades en situation d'enfermement : le rapport 2020 de l'Ofii indique un taux d'accord particulièrement faible (24%) dans ces situations, nettement plus faible que celui (65%) observé dans le cadre de la procédure de droit au séjour (Art. L425-9 du Ceseda), et alors même que les situations médicales sont comparables. Tout se passe comme si l'évaluation médicale était influencée par le statut administratif et/ou pénal (une part croissante des demandeurs d'asile sont 86% à déclarer des\$), ceci en contradiction avec les obligations du Code de déontologie médicale.

S'agissant de la profession dans le pays d'origine (voir tableau page précédente), les deux tiers des patient.e.s du Centre de santé en exerçaient une (32% étaient sans profession, cette proportion incluant les étudiant.e.s). Les exilé.e.s sont plus souvent sans profession parmi les femmes (44%) et les personnes originaires d'Afrique du Nord (43%). Les professions le plus souvent déclarées sont commerçant.e.s (21% du total, 26% des demandeurs d'asile, 27% parmi les personnes d'Asie du Sud et 23% Afrique de

l'Ouest), employé.e.s (13% du total, davantage pour les exilé.e.s d'Afrique centrale, d'Asie de l'Est, d'Asie du Sud et d'Europe de l'Est), et professions intermédiaires (8% du total, 12% Afrique centrale, 10% Europe de l'Est). A noter la proportion élevée des agriculteur/rices parmi les exilé.e.s d'Asie de l'Est (23%) et d'Afrique de l'Est (21%). Les personnes originaires d'Afrique centrale et d'Europe de l'Est sont proportionnellement plus nombreuses à avoir exercé des professions intellectuelles (12% et 10%) ■



Etat de santé

Vulnérabilité sociale, violence et torture, épidémiologie médico-psychologique

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

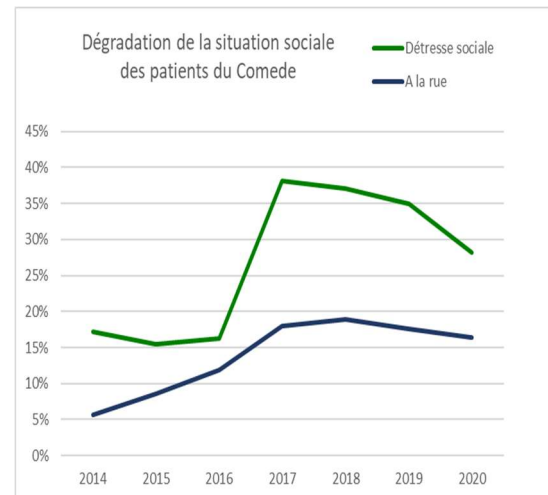
VULNERABILITE SOCIALE ET POPULATIONS PRIORITAIRES

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

Ces populations sont confrontées à un cumul de facteurs de vulnérabilité sociale, facteurs largement associés entre eux. La situation globale s'est aggravée depuis plusieurs années

Dégradation de la situation sociale

9 969 patient.e.s du CDS, 1^{ère} consultation 2014-2020



(voir graphique ci-dessus concernant les patient.e.s du Centre de santé en Ile-de-France). Elle est particulièrement préoccupante sur le plan de l'hébergement, seule une petite minorité de ces personnes disposant d'un logement personnel (97% des patient.e.s et 91% des bénéficiaires des PT n'ont pas de « chez soi », voir tableaux pages suivantes). Plus de 1 patient.e sur 3 et près de 1 appelant.e sur 6 se trouvent sans hébergement. En consultation, la proportion de patient.e.s ayant passé les dernières nuits « à la rue » a atteint 17% au cours des dernières années (voir tableau sur les conditions d'hébergement page 72). Sur le plan financier, la quasi-totalité des personnes accompagnées par le Comede ont des ressources financières inférieures au plafond de la CSS (99% Cs et 93% PT). Egalement très prégnante, la précarité du statut administratif (93% Cs et 89% PT, voir caractéristiques du séjour page 73) affecte directement les démarches d'accès aux droits. Principal obstacle à l'accès aux soins, l'absence de protection maladie est constatée parmi de nombreuses personnes (70% Cs et 27% PT), même si cette proportion s'explique pour une part importante par la nature du recours au Comede en vue d'un soutien dans ce domaine

Vulnérabilité sociale et administrative

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

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

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

Indicateurs de vulnérabilité sociale et de détresse sociale

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

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

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 aux consultations.

Vulnérabilité sociale et administrative

BENEFICIAIRES DES PERMANENCES TELEPHONIQUES, 2017-2020

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

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

(voir Accès aux soins page 85). Autres facteurs délétères pour la santé, les indicateurs de vulnérabilité sociale les plus souvent retrouvés sont les obstacles linguistiques (40% des patient.e.s du Comede ne peuvent s'exprimer en français ni en anglais), les restrictions alimentaires pour des raisons financières (29% PT, 20% Cs), l'isolement relationnel (33% des patient.e.s n'ont pas de proche « avec qui partager leurs émotions »), et les difficultés de

déplacements (25% Cs). Définie par la présence au moins de 5 facteurs de vulnérabilité, la situation de détresse sociale (voir encadré ci-contre) a concerné 27% des patient.e.s.

Ces indicateurs de vulnérabilité sociale sont plus fréquents encore dans certains groupes. La situation de détresse sociale est plus fréquente chez les femmes (29%), les obstacles à la communication linguistique sont majeurs parmi

les demandeurs d'asile (51%) et les migrantes âgées (45%), alors qu'un quart des mineurs sont isolés sur le plan relationnel (25%). Selon la région d'origine, le cumul des facteurs de vulnérabilité culmine pour les exilé.e.s d'Afrique de l'Ouest et d'Europe de l'Est (détresse sociale 35%), d'Afrique de l'Est (32%), d'Afrique centrale et d'Asie centrale (29%). Les besoins d'interprétariat concernent la grande majorité des personnes originaires d'Asie centrale (85%), Europe de l'Est (80%), d'Asie du Sud (77%), et du Moyen-Orient (76%), ainsi qu'une proportion importante des Africains (Afrique de l'Est 69%, Afrique du Nord 26%).

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

CARACTERISTIQUES DES CONDITIONS D'HEBERGEMENT ET DE SEJOUR

Au cours des 2 dernières années, près de la moitié (48%) des patient.e.s et près du tiers (30%) des appelant.e.s se trouvaient sans hébergement (voir tableau ci-dessous). Parmi les patient.e.s, 17% dormaient dans la rue et 11% dans un hébergement d'urgence (5% et 7% des PT). Les autres personnes bénéficiaient majoritairement d'un hébergement (49% Cs, 61% PT), le plus souvent chez un tiers (34%, 32%), et dans un centre dédié pour les demandeurs d'asile (10%, 6%).

La proportion de personnes sans-abri est plus importante parmi les hommes (49% Cs, 31% PT), les demandeurs d'asile (49% Cs, 35% PT), et parmi les exilé.e.s originaires d'Afrique de l'Est (59% Cs), d'Afrique de l'Ouest (58% Cs) et d'Asie centrale (57% Cs). S'agissant des demandeurs d'asile, seule une minorité d'entre elles/eux bénéficie d'un hébergement spécialisé (18% CDS, 36% PT), ce qui concerne un quart des exilé.e.s originaires d'Afrique de l'Est et un tiers de celles et ceux d'Asie centrale. Les migrantes âgées sont les personnes le plus souvent hébergées chez un tiers (48% CS, 62% PT). Enfin la disposition d'un logement autonome est plus importante parmi les femmes (12% PT), et les exilé.e.s d'Afrique du Nord (4% CS, 10% PT).

Conditions d'hébergement, détail

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

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

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

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

Conditions de séjour, détail

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

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

VIOLENCES, TRAUMATISMES ET RISQUES PSYCHIQUES

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

Entre 2017 et 2020, 70% des patient.e.s concerné.e.s déclaraient des antécédents de violence (définition OMS), 23% des antécédents de torture (définition ONU), et 27% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle. Parmi les personnes suivies en psychothérapie, ces taux s'élèvent respectivement à 86%, 33% et 40% (voir tableau page suivante). Les demandeurs d'asile sont 78% à déclarer des antécédents de violence, 27% de torture et 30% de violence liée au genre. Les antécédents de torture sont plus fréquents parmi les hommes (39% vs 12% des femmes), et ceux de violence liée au genre plus fréquents chez les femmes (55% vs 10%).

La présence des troubles psychiques graves nécessitant une psychothérapie (voir épidémiologie page 77) est ainsi corrélée aux antécédents de violence dans le pays d'origine et tout au long du parcours d'exil ($p < 0,001$). Parmi ces personnes, le risque relatif d'être suivi en psychothérapie au Comede est de 1,2 en cas d'antécédent de violence, de 1,4 en cas d'antécédent de torture, et de 1,5 en cas d'antécédent de violence liée au genre, situations dans lesquelles il s'élève à 1,9 pour les hommes.

On observe ainsi des conséquences psychiques comparables parmi les personnes ayant subi des violences intentionnelles liées à des systèmes de domination, que ce soit la torture ou les violences liées au genre et à l'orientation sexuelle, ces dernières ayant des conséquences graves encore plus fréquemment chez les hommes exilés.

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

Enfin, les différentes formes de violence sont également très liées aux indicateurs de vulnérabilité sociale. Leur fréquence est significativement plus élevée parmi les personnes en situation de détresse sociale, avec une proportion maximale d'antécédents de violence de genre chez les femmes concernées (59%) et de torture chez les hommes concernés (34%). La corrélation est particulièrement forte pour deux facteurs de vulnérabilité : l'isolement relationnel (75% des personnes concernées ont subi des violences) et les difficultés d'accès à l'alimentation (78%).

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

Antécédents de violences, de torture et de violence de genre

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

PAR GROUPE VULNERABLE

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

SELON LA NATIONALITE ET LE STATUT SOCIAL

File active	<i>n</i>	ATCD Violence	ATCD Torture	ATCD Vgenre
Médecine	1706	70%	23%	27%

Nationalité

Afghanistan	79	67%	6%	4%
Bangladesh	241	64%	12%	12%
Congo RD	263	86%	24%	24%
Côte d'Ivoir.	107	76%	7%	47%
Guinée C.	419	85%	41%	36%
Mali	72	39%	4%	10%
Mauritanie	33	58%	21%	2%
Sénégal	43	56%	5%	44%
Soudan	32	84%	28%	6%
Sri Lanka	116	73%	31%	21%

Formation

Aucune	127	78%	21%	31%
Primaire	295	75%	20%	22%
Secondaire	83	77%	20%	28%
Profession.	415	80%	28%	28%
Universitair.	187	81%	28%	34%

Profession

Agriculteur	50	64%	16%	0%
Employé	126	82%	27%	37%
Ouvrier	83	88%	43%	22%
Artisan	101	76%	23%	23%
Commerçant	262	86%	36%	25%
Prof. Interméd.	62	76%	24%	32%
Prof. Intellect.	76	75%	22%	28%
Étudiant	40	83%	38%	33%

SELON LA SITUATION DE VULNERABILITE SOCIALE

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

patient.e.s ayant subi des violences dans un pays d'accueil sont des femmes.

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

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

Au total, 40% des patient.e.s concerné.e.s ont subi des violences de genre (80% des femmes et 19% des hommes). Chez les femmes, les victimes de violences sont significativement plus jeunes que les autres victimes. A l'inverse les hommes sont plus âgés.

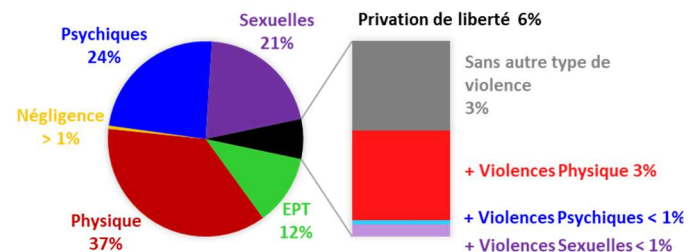
Dans leur pays d'origine, les femmes sont principalement victimes de leur famille (42% des évènements rapportés), de leur partenaire ou de leur belle-famille (28%), puis de représentants de l'Etat (policiers, militaires, geôliers, 19%). Les hommes quant à eux sont massivement victimes des représentants de l'Etat, le plus souvent en prison. Des patients rapportent le viol de leur conjointe ou de leur fille en tant que « représailles » par des policiers ou des militaires. Les travailleuses du sexe et les personnes LGBT sont majoritairement violentées par leur famille ou leur entourage (voisins, villageois...).

Type de violences en fonction du parcours d'exil

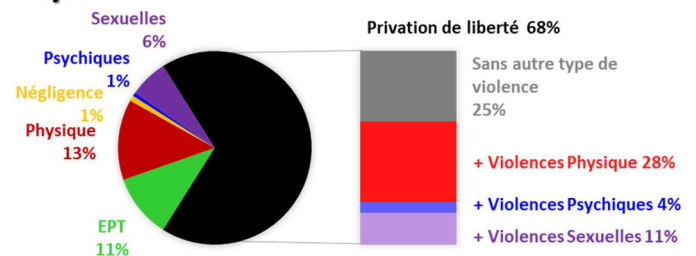
Etude retrospective sur 449 dossiers médicaux mentionnant des antécédents de violence. A gauche types de violences, à droite violences subies pendant une privation de liberté.

EPT : Evènements potentiellement traumatisants tels que assister à des scènes de violence.

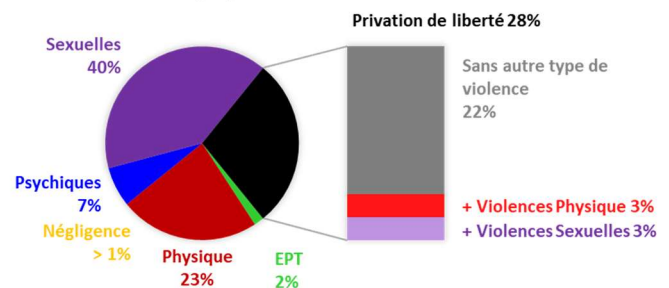
Pays d'origine



Trajet



France et autres pays d'accueil



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

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

MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES

Les données concernant les mutilations sexuelles féminines ont été intégrées à l'Observatoire du Comede. Elles sont recueillies lors des consultations de gynécologie, santé et sexualité au cours desquelles leur repérage est systématique. Entre 2017 et 2020, 48 femmes reçues en consultation ont déclaré avoir été excisées. Ces femmes sont jeunes (âge médian 27 ans), récemment arrivées en France (médiane 2 mois) et majoritairement originaires d'Afrique de l'Ouest (69% de Guinée Conakry). Elles sont quasiment toutes en cours de demande d'asile, en lien avec l'excision pour 20% d'entre elles. Dans notre observation, les raisons de la pratique des MGF/E ne sont le plus souvent pas connues par les femmes, qui témoignent d'un état de fait, de tradition ou de rituel. Peu de mots entourent cette pratique. Ce silence se poursuit parfois jusqu'en pays d'accueil, où il peut être difficile d'en parler dans la mesure où ces pratiques sont interdites et sanctionnées. La plupart des femmes ne l'évoquent pas spontanément en consultation. Pourtant, l'insatisfaction et les difficultés sexuelles qu'elles attribuent à l'excision sont des préoccupations prépondérantes.

Toutes ces femmes ont rapporté des troubles de la sexualité liés à l'excision : douleurs (65%) et absence de plaisir (65%) pendant les rapports sexuels, absence de désir voire évitement des

rapports sexuels (20%). Les autres conséquences sur la santé les plus souvent attribuées ont été une mauvaise perception de l'image de leur corps (25%), le fait de se sentir « anormale », et des souvenirs traumatiques (20%).

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

Repères sur les MGF/E

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

ÉPIDÉMIOLOGIE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE ET TAUX DE PRÉVALENCE

Centrées sur le dépistage des maladies graves les plus fréquentes, les données d'épidémiologie produites au Comede sont issues des résultats du bilan de santé proposé à l'ensemble des personnes suivies en médecine. Au terme de la première consultation et avec l'accord de la personne, la/le médecin complète l'anamnèse et l'examen clinique - incluant le repérage des troubles psychiques - par la réalisation d'examens complémentaires réalisés par les laboratoires mis à disposition par la Dases (Ville de Paris), dans le cadre d'un partenariat en cours depuis 1984. Entre 2011 et 2020, le bilan de santé a été pratiqué par 96% des patients (non proposé dans 4% des cas, et refus du patient dans moins d'un pour cent des cas).

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

Parmi les maladies graves ainsi dépistées et diagnostiquées par les médecins et psychologues, les troubles psychiques représentent plus d'un tiers des cas (37% entre 2010 et 2020) et les maladies infectieuses un quart (26%), les autres maladies chroniques, handicaps et risques médicaux graves représentant 37% des situations. Les principaux

motifs de suivi sont caractérisés dans la suite de ce chapitre par nombre décroissant de malades, les données de prévalence ayant été calculées sur les 11 091 patients suivis en médecine au cours des 11 dernières années. Les taux de prévalence par sexe et par âge indiqués ci-dessous sont issus des tableaux pages suivantes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

■ **Asthme persistant** : 158 diagnostics dont 67% connus au pays. Taux global de 14 pour 1000 (femmes 10, hommes 12). Plus fréquent parmi les exilé.e.s d'Afrique du Nord (hommes 36), d'Afrique Australe (femmes 20, hommes 87)

des Caraïbes (femmes 56) et d'Europe de l'Est (femmes 29). Taux plus élevés ≥ 45 ans.

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

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

■ **Principales parasitoses** : on observe une prévalence non négligeable des schistosomoses (bilharziose), notamment

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

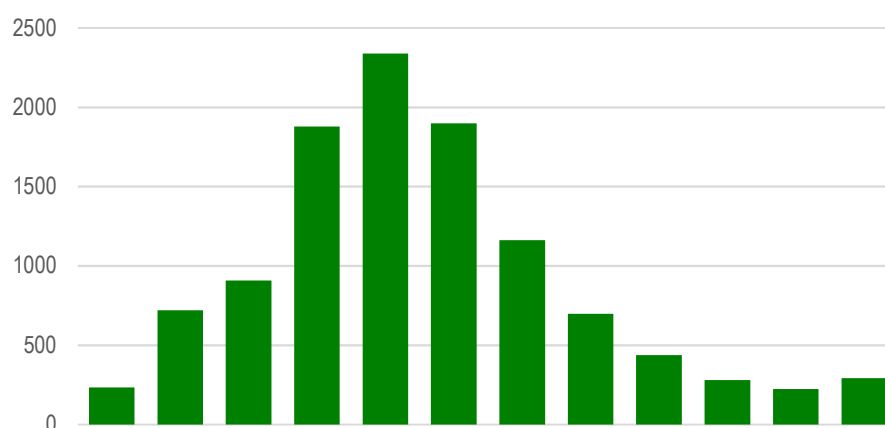
Certaines maladies plus fréquentes parmi les personnes en situation de détresse sociale

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EPIDEMIOLOGIE PAR GROUPE VULNERABLE ET PAR DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT

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

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

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

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

Caractéristiques des PVVIH exilé.e.s

Entre 2010 et 2019, 171 personnes vivant avec le VIH ont été suivies au Centre de santé du Comede, soit un peu plus de 2% des patient.e.s inclus.e.s dans le dispositif. Elles sont en moyenne suivies plus longtemps et bénéficient d'un nombre plus grand de consultations que les autres patient.e.s.

Ces personnes sont en grande majorité des femmes (70% versus 30% parmi les autres patient.e.s) et principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (50%) et d'Afrique centrale (42%). A l'exception de ces caractéristiques, les patient.e.s atteint.e.s d'infection par le VIH apparaissent très semblables aux autres patient.e.s sur les plans de l'âge, du niveau d'étude ou profession, ou de la situation administrative en France.

Les deux tiers (64%) des patient.e.s ont découvert leur séropositivité peu après leur arrivée au Comede, notamment au terme du bilan de santé. Plus de la moitié (51%) étaient en situation de détresse sociale lors de leur première consultation. A l'instar des autres patient.e.s, ces personnes sont largement dépourvues de protection maladie à leur arrivée au comede (89%). Elles sont encore plus isolées sur le plan social et relationnel (43% d'entre elles versus 33% pour l'ensemble des personnes suivies au CDS).

En terme de comorbidité, il n'y a pas de différence significative entre ces malades et l'ensemble des autres patient.e.s du Comede, ces PVVIH exilées étant principalement atteintes par des troubles psychiques avec une prévalence de 181 pour 1 000.

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

Enfin, si l'on considère l'origine géographique, les exilé.e.s originaires d'**Afrique** cumulent les risques de maladie grave (voir tableaux pages précédentes). Parmi les personnes originaires d'Afrique centrale, les troubles psychiques graves (250 pour 1000), les maladies cardiovasculaires (162), le diabète (61), l'infection à VHC (31) et l'infection à VIH (29) sont particulièrement fréquents. Parmi celles d'Afrique de l'Ouest, c'est le cas des psychotraumatismes (191), de l'infection à VHB (128), et de l'infection à VIH (27). Pour les

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

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

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

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

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

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

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

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

exilé.e.s d'Afrique de l'Est, il s'agit des troubles psychiques (222), du VHB (48) et du VIH (16), et pour celles et ceux d'Afrique du Nord, du diabète (112), des troubles psychiques autres que les psychotraumatismes (93), et des maladies cardiovasculaires (66). Concernant enfin les personnes originaires des autres continents, on observe pour l'Europe de l'Est et l'Asie centrale des taux de prévalence très élevés pour les troubles psychiques (308 et 415) et l'infection par le VHC (70 et 27), et pour l'Asie du Sud du diabète (79).

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

Pour autant, l'analyse du poids relatif des pathologies graves au sein de ces différents dispositifs permet de dégager un certain nombre de priorités en matière d'accès aux soins et aux droits. Les consultant.e.s du Comede ont ainsi recensé 6 516 maladies et risques médicaux

Répartition des pathologies graves

AU SEIN DES DIFFERENTS DISPOSITIFS DU COMEDE
EN 2019 ET 2020

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

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

graves en 2019 et 2020 (voir tableau ci-dessus). Les maladies non transmissibles représentent respectivement 64% et 70% des pathologies reportées lors des PT et au Comede Paca. Les troubles psychiques 15% et 16% (44% au CDS), et les maladies infectieuses et parasitaires 21% et 14% (23% au CDS). Certaines maladies sont sur-représentées dans certains dispositifs. C'est notamment le cas du cancer (1% « seulement » parmi les patient.e.s du Centre de santé, 4% au Comede Paca et 9% dans les PT), ainsi que de l'infection à VIH (1% au CDS, 9% dans les PT), A contrario, les personnes souffrant de troubles psychiques graves restent sous-représentées parmi les bénéficiaires des dispositifs d'accompagnement en dehors du CDS ■



Accès aux soins

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

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

PROGRESSION DES DISCRIMINATIONS A L'EGARD DES PLUS VULNERABLES

Dans l'introduction de son rapport 2016 sur *Les droits fondamentaux des étrangers en France*, le Défenseur des droits rappelait que, en dehors de la question du droit au séjour, « dans la plupart des domaines de la vie quotidienne, protection sociale, enfance, santé, logement..., le droit interdit a priori d'établir des différences de traitement. ». C'est pourtant ce qui se produit dans notre pays au cours des 30 dernières années, la dégradation progressive du droit à la protection maladie pour les étrangers étant directement liée à la précarisation de leur statut administratif. Exclues par le législateur de la sécurité sociale en 1993, de la Couverture maladie « universelle » en 1999 et enfin de l'Aide médicale Etat (AME) pendant les trois premiers mois de présence en France (2003), puis pendant les trois mois suivant la fin de leur visa ou de leur titre de séjour (2019), les personnes sans droit au séjour peuvent se trouver exclues des soins médicaux nécessaires à prévenir l'aggravation des maladies, au risque d'une hospitalisation tardive et en urgence. Au delà des

seuls « sans-papiers », c'est l'ensemble des personnes migrantes vulnérables, incluant les demandeurs d'asile, qui se trouvent fragilisées dans leurs démarches d'accès aux soins. Le durcissement des procédures d'accès à la protection maladie pour les étrangers s'est encore intensifié ces dernières années en raison des interventions croissantes du ministère de l'Intérieur dans ces domaines relevant pourtant des ministères des Affaires sociales et de la Santé. La réforme de 2019 a constitué une nouvelle aggravation de la situation, en retardant de 3 mois le droit à l'assurance maladie pour les demandeurs d'asile, et de 3 mois supplémentaires le droit à l'AME pour les sans-papiers entrés en France avec un visa.

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

C'est ainsi que les hôpitaux publics sont de plus en plus sollicités par des personnes « en attente de droits » ayant besoin de soins dont « l'absence pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé » (définition du Dispositif soins urgents et vitaux). Et faute de financements suffisants pour remplir l'intégralité de leurs missions de *Permanence d'accès aux soins de santé* pour les personnes en situation de vulnérabilité, de nombreux hôpitaux ont réduit le dispositif Pass aux seules consultations externes, avec ou sans accès au plateau technique de l'établissement, alors que certains hôpitaux refusent l'accès à la Pass pour les

personnes sans droits ouvrables à une protection maladie. Théoriquement fondées sur des critères exclusivement médicaux, les décisions d'hospitalisation sont ainsi de plus en plus souvent soumises à des critères officiels administratifs ou financiers, ces discriminations pouvant avoir des conséquences graves sur la santé à court et moyen terme.

Dans l'observation du Comede portant sur 20 000 personnes accompagnées au cours des dernières années, par les centres de soins (Cs, Bicêtre et Marseille) et les permanences téléphoniques nationales (voir tableaux ci-dessous), l'absence de protection maladie apparaît directement liée à la précarité du séjour

(absence de droit ou documents précaires de séjour, voir Etat de santé page 73), qui affecte 90% des patient.e.s suivi.e.s en consultation et 93% des bénéficiaires des PT. Alors même que la quasi-totalité des personnes concernées remplissent les critères financiers d'ouverture de droits à la CSS ou à l'AME (93% PT, et près de 100% Cs) et d'ancienneté de résidence (en moyenne depuis plus de 3 ans en France), une grande partie d'entre elles sont dépourvues de protection maladie lors du premier recours au Comede (70% CDS et 27% PT). En outre, 40% des patient.e.s suivis en consultation ne peuvent communiquer en français ou en anglais. L'interprétation de ces données doit tenir compte des biais de sélection, le recours au Comede

Vulnérabilité sociale et absence de protection maladie

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

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

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

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

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

étant souvent fondé sur l'absence de protection maladie, ou le besoin en interprétariat. Toutefois l'importance de ces chiffres est corroborée par les analyses des obstacles effectifs à l'accès aux soins (voir pages suivantes).

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

- les demandeurs d'asile : 100% en séjour précaire, 67% sans protection maladie (Cs), et 40% allophones (Cs) ;
- les migrant.e.s âgé.e.s : 87% en séjour précaire (PT), 45% allophones (Cs) et 47% sans protection (PT) ;
- les personnes résidant en Ile-de-France, en Outre mer et en Occitanie sont plus souvent dépourvues de protection maladie que les autres bénéficiaires des PT nationales ;
- enfin, les obstacles linguistiques sont très liés à la région d'origine et au niveau d'études (voir Populations page 67).

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

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

1. Le maintien du double-système « Assurance maladie – AME » et ses effets induits. Les problèmes posés par le « tri » conduisent à des impossibilités d'ouvrir les droits théoriques. La détermination du « bon » régime de protection entraîne des pratiques restrictives (retards dans le traitement des demandes et refus de droits non réglementaires) et produisent du non-recours aux soins par découragement.

Du côté des préfectures, on observe une précarisation du séjour qui se manifeste sous plusieurs formes, d'une part la multiplication des titres de séjour précaires (attestations de dépôt, récépissés, Autorisations provisoires de séjour), d'autre part l'alternance rapide de périodes de séjour régulier et irrégulier pour une même personne (pour les personnes nouvellement arrivées en France au moment du passage du visa à un éventuel titre de séjour ; pour les personnes installées en France lors des refus de délivrance du récépissé de renouvellement entre deux cartes de séjour). En outre, la dématérialisation des relations avec l'administration et l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous (quotas insuffisants de RV disponibles sur l'interface internet) génèrent des périodes de séjour irrégulier par la seule faute de l'administration, notamment entre deux titres de séjour. Du côté des caisses d'assurance maladie, on note deux phénomènes. D'abord, la complexité de la réglementation (voir Guide Comede) qui pose problème notamment au niveau de la définition de la régularité du séjour, et des règles de maintien des droits (voir infra). Ensuite, une augmentation significative des exigences de preuve (état-civil, résidence, ressources). La frontière « Assurance maladie – AME » induit des situations au traitement complexe, chronophages et parfois ubuesques pour les ressortissants UE ou la mise en œuvre du Dispositif soins urgents et vitaux.

Une autre difficulté majeure est liée aux réformes PUMa et Buzyn. La réforme PUMa a durci la condition de régularité du séjour imposée aux étrangers. Elle a exclu notamment tous les titulaires de visa long séjour ayant pourtant acquis le droit de s'installer en France (y compris les conjoints de Français ou d'étranger en règle), les titulaires de visa long séjour valant titre de séjour (VLS-TS) pendant les premières semaines/mois de présence en France, et tous les demandeurs d'asile en attente de l'attestation préfectorale.

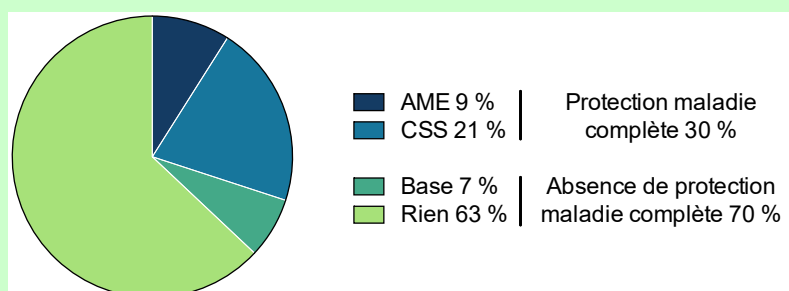
Enquête sur les difficultés d'accès aux soins des personnes exilées accueillies au Centre de santé du Comede

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

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

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

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



**Exclus des soins par la Cnam :
Ni complémentaire, ni AME**

Cas des personnes dont le titre de séjour est périmé

Entre 2017 et 2019, la Cnam avait organisé l'exclusion des soins de certains assurés sociaux démunis, interprétant le droit systématiquement dans un sens restrictif, et refusant illégalement toute couverture complémentaire aux personnes à faibles ressources dont le titre de séjour n'était pas renouvelé. Le sophisme était le suivant : l'étranger résidant étant dans une période sans titre de séjour valable, il ne peut prétendre à renouveler sa Complémentaire-CMU [devenue C2S le 01/11/2019]. Mais la personne bénéficiant d'une prolongation de ses droits à la base, elle ne peut pas non plus bénéficier de l'AME. Malgré le rappel à l'ordre par le ministère de la Santé en 2018, et faute d'instruction claire de la Cnam, les caisses ont persisté dans des pratiques de refus.

De nouvelles instructions du ministère (janvier 2019) et de la Cnam (juillet 2019) auraient dû améliorer la lisibilité du processus. Mais la mise en œuvre (été 2020) de la nouvelle procédure protocolisée de fermeture des droits (dite « contrôle PUMa ») est venue encore perturber le dispositif : jusqu'à l'été 2021, aucun texte réglementaire n'indique quelle protection complémentaire doit s'appliquer aux personnes dont les droits de base sont amenés à être clos (titre de séjour non renouvelé). Et les caisses se contentent d'indiquer « *vous ne relevez pas de l'AME* », sans proposer de solution. En juillet 2021, la Cnam indiquait au Comité associatif de la C2S que les étrangers dont la date de fermeture des droits de base est annoncée par la caisse (pour séjour irrégulier) seront privés d'AME (et sans possibilité de bénéficier de la C2S) pendant 45 jours.

La réforme Buzyn a fragilisé la protection maladie des 800 000 étrangers (sans compter les ressortissants UE/EEE/Suisse) dont le titre de séjour est inférieur ou égal à un an. En diminuant à 6 mois au lieu de 12 la durée de prolongation des droits à la fin de validité du titre de séjour, la réforme a détruit les mécanismes qui permettaient que les droits acquis soient maintenus pour au moins un an quels que soient les aléas des démarches en préfecture (impossibilité de décrocher un RV sur internet, récépissé non-remis, titre de séjour de courte durée). En découplant la durée incompressible des droits de base (6 mois) de la durée de la C2S (1 an), cette réforme a segmenté la protection maladie de base en courtes périodes, réduit possiblement à 6 mois seulement la protection complémentaire, et entravé la coordination entre base et complémentaire. Elle a également créé, pour la première fois, une catégorie de personnes démunies, installées en France de longue date, et désormais exclues à la fois de l'assurance maladie et de l'AME : il s'agit des étrangers dont le titre de séjour prend fin (non-renouvellement, etc) pour lesquels il est désormais interdit de passer immédiatement à l'AME (application d'une obligation d'irrégularité du séjour de trois mois). Enfin, cette réforme a brouillé la frontière assurance maladie vs AME/DSUV en renvoyant vers le dispositif AME/DSUV des étrangers en séjour régulier (demandeurs d'asile pendant les 3 premiers mois de présence en France).

La Cnam a ajouté de son côté ses propres restrictions à l'occasion de la mise en œuvre (été 2020) de la procédure de clôture des droits en cas de séjour irrégulier de plus de 6 mois (créé en février 2017). Après avoir laissé les caisses sans instruction (2020), la Cnam a repris à son compte (2021) la politique du « ni AME, ni C2S » pour les étrangers en séjour irrégulier dans la phase finale du processus de clôture des droits de base (voir encadré page suivante). Par ailleurs, depuis 2017, la Cnam et la Direction de la sécurité sociale ont pris la décision de priver les demandeurs d'asile de carte Vitale. Cette restriction, sans fondement textuel, englobe des demandeurs d'asile dont l'état-civil est pourtant parfaitement fiable au sens des exigences de

l'Insee pour éditer un numéro de sécurité sociale définitif et obtenir une carte Vitale.

Cette politique de la Cnam visant à pénaliser les étrangers en séjour précaire est en contradiction avec les recommandations de l'IGAS dans son rapport de septembre 2017 (voir également encadré page suivante), qui préconise de « *réduire la place accordée à la problématique de l'accès aux droits, en raison de la mise en place de la protection universelle maladie depuis le 1er janvier 2016 ; tout en conservant des points de vigilance sur [...] la continuité de la protection maladie des étrangers à titre de séjour précaires* ».

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

3. La dématérialisation et l'inadaptation de l'organisation interne des caisses aux problématiques d'accès aux droits des personnes précaires :

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

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

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

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

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

D'une complexité inédite, la nouvelle procédure de fermeture des droits constitue une source de rupture des droits et des soins. L'année 2020 a été marquée par la mise en œuvre par les caisses de la procédure de « contrôle PUMa ». Il s'agit de vérifier que l'assuré social étranger est toujours en possession d'un titre de séjour (ou d'un droit au séjour pour la personne ressortissante UE/EEE/Suisse). Pour les personnes déboutées ou en attente de RV de renouvellement de leur titre de séjour, une période de 6 mois de séjour irrégulier impose à la caisse (voir réforme Buzyn page précédente) de mettre fin aux droits de base et C2S. Le passage vers l'AME est alors complexe, car

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

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

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

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

- **l'invisibilisation du manque de moyens de l'administration.** L'impossibilité de décrocher un RV via l'interface web indiquant simplement « *plus de place disponible ; réessayez plus tard* ». Voir par exemple le site : *clicrdv.com*

Capture d'écran du site internet de la CPAM du 93



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

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

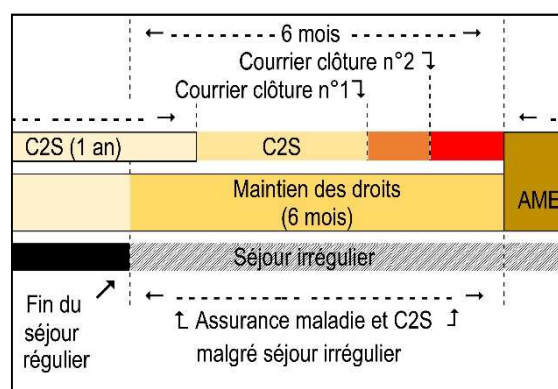
s'ouvre une période où la personne bénéficiaire encore de droits à l'assurance maladie mais n'a plus de titre de séjour valable. Si elle est démunie financièrement, son droit à une protection complémentaire est difficile à mettre en œuvre en pratique, puisque la caisse doit ouvrir une complémentaire pour la fin de période d'assurance maladie (quelques semaines), tout en annonçant une fermeture des droits de base et de la complémentaire. Une demande d'AME devrait également être prévue, et instruite, pour prendre le relai de la période de maintien des droits. La complexité du dispositif apparaît sur le schéma chronologique ci-contre.

En l'absence d'indication réglementaire de la DSS ou de la Cnam, les informations données confidentiellement par la Direction de l'intervention sociale de la Cnam à ses partenaires sous forme de diapositives informatives se sont révélées approximatives. Dans les observations du Comede, les pratiques administratives se sont généralement traduites par des lettres d'irrecevabilité des demandes d'AME sans proposition de C2S, laissant les personnes sans protection complémentaire et retardant les décisions sur l'AME. L'application de ce dispositif est tellement complexe que ni la DSS ni la Cnam n'étaient en mesure de le mettre en œuvre en 2021 dans le cadre du délai réduit à deux mois en cas d'OQTF définitive.

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

- il conduit à un allongement important de la durée d'examen des demandes, laissant les personnes pendant des mois sans réponse et donc sans protection maladie pour se soigner

Schéma chronologique du passage CSS - AME



avec des risques financiers graves en cas d'hospitalisation ;

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

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

On observe également des refus d'intégrer un nouveau membre au foyer C2S pendant la première année de résidence. En pratique, les caisses refusent le rattachement au foyer C2S d'un.e personne majeure (française ou étrangère) entrant dans un foyer (notamment les nouveaux entrants en France au titre du regroupement familial). Le rejoignant ne peut pas non plus obtenir la C2S à titre individuel, et ne peut pas non l'obtenir à travers une nouvelle demande de l'ensemble du foyer au complet. Les caisses demandent d'attendre l'expiration de la C2S du foyer qu'il a rejoint. Cette pratique sans fondement textuel était en cours de révision à la DSS en 2021.

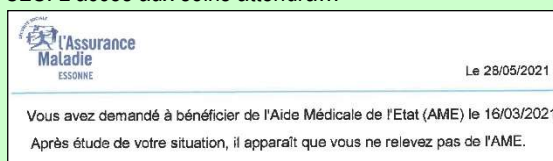
La procédure administrative de mise en place du Dispositif soins urgents et vitaux (DSUV), particulièrement complexe et dysfonctionnelle, porte directement un préjudice financier aux hôpitaux. La procédure impose en effet que la demande soit accompagnée d'un refus explicite d'AME. Cette exigence, logique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

Pour une compilation d'autres difficultés récurrentes, citons en particulier le durcissement des règles d'identification des assurés (immatriculation) et la résistance des caisses à appliquer la procédure d'immatriculation provisoire. Il s'en suit des périodes d'absence de droits au mépris du principe de « présomption de droits » prévu par l'article L160-5 du Code de la sécurité sociale ; des restrictions sur la mise en œuvre du nouveau droit à l'assurance maladie pour les étrangers pensionnés de droits français, résidant à l'étranger (procédure dite Cnarefe avec la CPAM pivot de Seine et Marne) ; la confusion entre condition d'ancienneté de présence en France, condition de résidence habituelle en France, et domiciliation ; des délais d'instructions des dossiers de plus en plus longs (> 4 mois) conduisant parfois à de « simples

refus oraux » des agents et donc à un défaut de notification écrite des rejets indiquant les voies et délais de recours ; les refus des caisses d'appliquer les procédures d'instruction accélérée (admission immédiate à la C2S et instruction prioritaire à l'AME), malgré un courrier argumenté d'un.e professionnel.le de santé ; le contrôle sans discernement et sans base légale, de la part de certaines caisses, des dépenses dans le budget des usagers, conduisant à des rejets de prestations, avec refus des caisses de communiquer par la suite les pièces du dossier ; l'exigence de relevé d'identité bancaire (RIB) se traduisant par des refus d'enregistrer les demandes des personnes dépourvues de compte bancaire, et ce alors qu'aucun remboursement n'a lieu en C2S (ni en AME) ; des pratiques restrictives pour le rattachement des ayants droit mineurs (exigence d'un lien juridique entre mineur et assuré, alors que seule une condition de charge effective et permanente est exigible ; exigence d'une prise en charge de l'enfant au titre des prestations familiales, etc.) ; en cas de changement de situation administrative, refus des caisses d'enregistrer des demandes d'assurance maladie avec C2S au motif que la personne a des droits encore valables en AME.

Les caisses travaillent en aveugle

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



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

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

- Mise en place d'un formulaire de demande unique de protection maladie permettant la recherche simultanée des droits au titre soit d'une éventuelle coordination internationale, de l'assurance maladie (au titre d'une activité professionnelle ou au titre de la résidence en France), de l'AME ou du DSUV.
- Mise en place d'une couverture maladie véritablement universelle pour toutes les personnes résidant en France par la fusion de l'AME au sein de l'assurance maladie. Recommandée dès juillet 2011 par le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, la fusion de l'AME dans l'assurance maladie est indispensable pour l'accès aux soins des étrangers en situation précaire.
- Dans l'attente, la réforme de l'AME de décembre 2003 doit être abrogée, avec rétablissement du droit à l'AME sans condition d'ancienneté de présence en France pour les résidents.
- L'accès à la Carte Vitale doit également être institué en AME (notamment pour diminuer la charge de travail de l'assurance maladie et faciliter le paiement des professionnels de santé).
- Augmentation des délais des rétroactivités en assurance maladie, C2S et AME à 6 mois, prioritairement pour les soins hospitaliers.
- Abrogation de la loi Buzyn : la condition d'irrégularité du séjour préalable instaurée en 2019 doit être abrogée pour rétablir l'accès aux soins non seulement des nouveaux entrants en France, mais aussi des personnes résidentes depuis des années et dont le titre de séjour n'est pas renouvelé ou pas renouvelé à temps. Rétablissement du droit à l'assurance maladie pour les demandeurs d'asile sans délai de 3 mois de présence en France ; retour à 12 mois de la durée de prolongation des droits.
- Transparence et simplification réglementaires : la Cnam et les CPAM/CGSS doivent diffuser spontanément les textes de réglementation interne opposables aux usagers, et répondre aux demandes ponctuelles de communication par les citoyens.
- Organisation des caisses :
 - les caisses doivent offrir un accueil physique en guichet, comme alternative opérationnelle à la dématérialisation des demandes ;
 - les caisses doivent être dotées de moyens suffisants en front-office, mettre fin à la segmentation du traitement des dossiers, et proposer des interlocuteurs ayant une vision transversale d'un dossier (assurance maladie et AME).

ACCES AUX SOINS DE SANTE MENTALE

Outre les consultations de psychothérapie dans les différents dispositifs de soins (voir Rapport d'activité), les psychologues du Comede ont répondu dans le cadre des permanences téléphoniques nationales à 724 appels entre 2015 et 2020, émanant pour les deux tiers de professionnel.le.s et associations, et pour 30% de particuliers. Les exilé.e.s bénéficiaires des appels résident principalement en Ile-de-France (47%). Un quart des sollicitations (25%) sont dues à des difficultés d'accès aux soins de santé mentale. Les obstacles caractérisés le plus fréquemment sont la barrière de la langue et l'absence d'interprète professionnel (58%), les difficultés liées à la sectorisation (9%) et les refus de soins (6%). Le second motif de sollicitation est le droit au séjour pour raison médicale (24%).

L'absence d'interprète professionnel.le équivaut dans de nombreux cas à une absence de prise en charge pour des patient.e.s allophones. Les difficultés de sectorisation sont liées aux situations d'errance et de grande précarité sociale concernant l'hébergement des exilé.e.s primo-arrivant.e.s (voir Etat de santé page 72). Elles peuvent s'accompagner de demandes abusives de documents, telles que l'attestation d'hébergement. Elles conduisent à d'importants retards dans l'accès aux soins, voire à des renoncements de la part des personnes, découragées par les allers-retours entre les différents Centres médico-psychologiques (CMP) et le CPOA, chargé pour l'Ile-de-France d'arbitrer en termes de sectorisation. Outre l'absence de recours à l'interprétariat professionnel, les refus de soins peuvent être liés au doute porté par les professionnel.le.s sur l'authenticité ou la gravité des troubles psychiques des exilé.e.s, sans évaluation clinique préalable, parfois soupçonné.e.s d'utiliser le système de soins pour « accéder à des droits sociaux ».

Les difficultés et les délais d'accès aux soins psychiques dans les CMP peuvent concerner l'ensemble des personnes résidant en France, du fait de l'hétérogénéité des moyens dont ces

centres disposent. Cependant, les exilé.e.s rencontrent des obstacles spécifiques dus à la langue, à leur précarité sociale, ainsi qu'aux représentations erronées qui les concernent et peuvent conduire à une discrimination (« nécessité d'une expertise culturelle » pour pouvoir les soigner, suspicion sur la « véracité de leurs troubles » etc.). Enfin, les troubles psychotraumatiques, en dépit de leur fréquence dans ces populations (voir Etat de santé page 77) sont parfois méconnus des soignant.e.s ou banalisés. Confondus avec des troubles réactionnels à la situation de précarité administrative et sociale, ils sont mal identifiés ou considérés comme ne relevant pas du rôle de la psychiatrie de secteur. Lorsque les appelant.e.s témoignent de tels obstacles à l'accès aux soins, les répondant.e.s peuvent leur proposer de se mettre en contact avec la structure de soins choisie en première intention pour favoriser l'accueil de la personne demandeuse. En cas d'échec, les personnes sont orientées vers des consultations publiques désectorisées ou des associations spécialisées dans la santé mentale des exilé.e.s, la prise en charge du psychotraumatisme, ou le soin pour les personnes précaires.

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

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

80% des situations documentées) et l'insuffisance rénale nécessitant une dialyse/greffe, même si tous les autres malades étrangers sont concernés.

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

Dans un contexte politique particulièrement hostile à l'immigration et compte-tenu de la progression de la xénophobie dans notre pays, l'incursion des critères financiers dans l'accueil social et le processus de décision médicale est particulièrement préoccupante. Face aux pressions exercées par les services financiers (certains chefs de services hospitaliers se plaignent d'être appelés « tous les jours » sur la situation de tel ou tel malade étranger hospitalisé sans protection maladie), la plupart des médecins tentent de résister au nom de leurs obligations déontologiques, en s'efforçant de poursuivre les soins nécessaires au patient sur des critères strictement médicaux. Mais certain.e.s médecins peuvent être influencé.e.s par ce contexte évolutif, entre soumission aux « impératifs financiers » et méconnaissance du Code de déontologie médicale.

On observe ainsi un glissement des missions de protection de la santé vers des pratiques de contrôle financier, dans un contexte de grande confusion entre les évaluations médicale,

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

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

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

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



Accès aux droits

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

Les exilé.e.s sont confronté.e.s à de nombreux obstacles à l'accès aux droits fondamentaux. Ces obstacles ont des conséquences sur la fragilisation de leur état de santé (voir page 69), et de façon plus directe encore lorsqu'il s'agit de droits liés à l'accès aux prestations de soins et de santé : protection maladie (voir Accès aux soins page 85), droit au séjour pour les personnes atteintes d'une maladie grave et ne pouvant être soignées dans leur pays d'origine (Dasem/Droit au séjour des étrangers malades, voir infra), et plus largement accès aux prestations sociales liées à l'état de santé (allocations, hébergement, aides à la vie quotidienne, etc.)

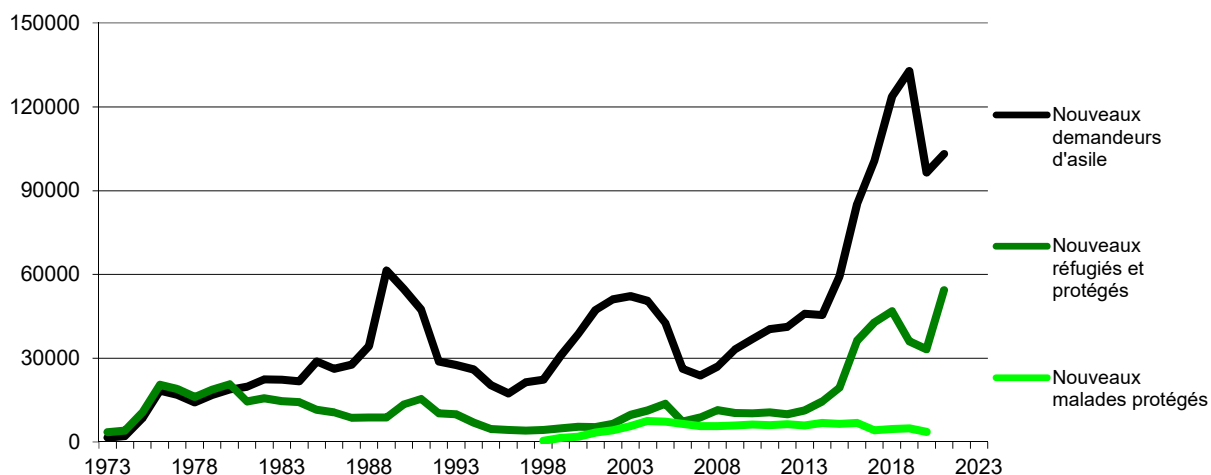
La restriction progressive des droits des étrangers procède à la fois des réformes législatives successives et des pratiques de l'administration. Le tableau dressé par le Défenseur des droits dans son rapport de mai 2016 reste d'une brûlante actualité, les obstacles aux droits des étrangers étant liés à la fois « à des pratiques dépourvues de base légale », mais aussi au sein de « la règle de droit elle-même (...) Les différentes lois relatives aux conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers ayant succédé à l'ordonnance du 2

novembre 1945 ont, à de rares exceptions près, conduit à une régression de la situation des étrangers, les textes les plus favorables ne revenant jamais complètement sur la situation prévue par la législation antérieure. Ce faisant, elles ont renforcé la banalisation, dans les esprits et dans le droit, du traitement différencié des individus à raison de leur nationalité. »

S'agissant des personnes dont le retour dans le pays d'origine constitue un risque de mort (persécutions pour les demandeurs d'asile et réfugiés, interruption de soins pour les étrangers malades), les données publiques dessinent une évolution contrastée au cours des dernières années : progression de la protection au titre de l'asile (voir graphique ci-dessous, nombre record, dans l'histoire de l'Ofpra, de 54 000 personnes protégées en 2020), et forte dégradation de la protection accordée aux étrangers malades (voir pages suivantes). En amont de ces chiffres, l'accès aux procédures est de plus en plus restreint par les pratiques des préfetures. Cette politique de dissuasion des demandes de protection pourtant fondées sur les droits fondamentaux des personnes fait peser un risque majeur de violation de ces droits.

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

Sources : Ofpra, Ministère de l'Intérieur



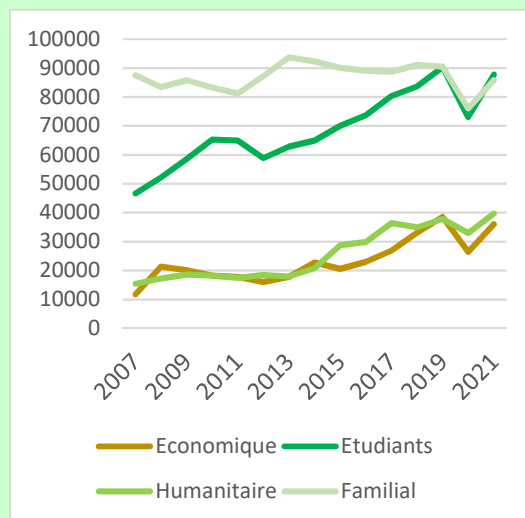
Présentée par ses auteurs comme « équilibrée » ou « humanitaire » (voir encadré ci-contre), cette politique conduit à restreindre l'accès aux guichets des préfectures, à multiplier le nombre de refus de protection (voir infra pour les étrangers malades), et plus largement à fragiliser le statut administratif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

Au moment de la publication de ce rapport à l'automne 2022, le gouvernement a annoncé une nouvelle loi restrictive sur l'immigration, dont les effets de précarisation et d'exclusion risquent de s'ajouter aux dernières réformes en date (sur l'asile en 2015, les étrangers malades en 2016, sur l'immigration et l'asile en 2018, ainsi que sur l'assurance maladie et l'AME en 2019). Ces différentes réformes procèdent d'un contrôle accru des dispositifs de protection et de santé des étrangers par les autorités en charge de l'immigration (ministère de l'Immigration, de l'intégration et de l'Identité nationale en 2007, puis ministère de l'Intérieur depuis 2010) au détriment des ministères des Affaires étrangères (en charge de l'asile jusqu'en 2007), des Affaires sociales (en charge de l'intégration jusqu'en 2007), de la Santé (désaisi de l'évaluation médicale du droit au séjour des étrangers malades en 2016), et du travail (désaisi des procédures d'autorisation de travail en 2020).

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

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

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



Depuis le transfert des compétences relatives aux étrangers et aux demandeurs d'asile vers le « Ministère de l'Intérieur, de l'Immigration et de l'Identité nationale » en 2007, le ministère de l'Intérieur publie l'évolution de la délivrance de premiers titres par catégorie de motif. La catégorie dénommée « humanitaire » (39 660 personnes sur un total de 270 925 en 2021) regroupe les personnes reconnues réfugiées ou apatrides (22 847), celles ayant obtenu la protection subsidiaire également auprès de l'Ofpra/la CNDA (12 504), les étrangers malades (3 956), les victimes de la traite des êtres humains et de violence conjugale (353).

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

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

DROIT AU SEJOUR POUR RAISON MEDICALE ET PROTECTION DES ETRANGERS MALADES

Alors même que les critères médicaux qui fondent le droit au séjour et la protection contre l'éloignement des étrangers malades n'ont pas changé, l'application de ce droit a subi une réduction drastique depuis que la réforme de l'immigration de 2016 a confié à l'Ofii la mission d'évaluation médicale des « étrangers malades ». En forte baisse depuis 2017, le nombre des personnes malades nouvellement protégées (première délivrance d'une Carte de séjour temporaire) a atteint son plus bas niveau en 2020 (3 713, soit moitié moins qu'en 2014).

Entre 2017 et 2020, les rapports du service médical de l'Ofii au Parlement indiquent que, en dépit d'une diminution des demandes enregistrées (41 000 en 2017, 24 000 en 2020), les taux d'avis favorables émis par les médecins de l'Ofii (entre 49% en 2018 et 64% en 2020), restent significativement plus faibles que ceux émis précédemment par les médecins des ARS (voir encadré et tableau page 103). A l'encontre des instructions du ministère de la Santé et des principes du Code de déontologie médicale, les pratiques restrictives du service médical de l'Ofii culminent à l'égard des personnes atteintes de psychotraumatisme (seulement 26% d'avis favorables en 2020) ainsi qu'à l'égard des étrangers placés en centres de rétention et/ou sortant de prison (voir encadré page 68), sans qu'il n'existe en théorie de différence sur les critères médicaux à appliquer.

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

Des demandes largement fondées dans l'observation du Comede

A la demande des étrangers malades, de leurs proches et/ou des professionnels et associations intervenant auprès d'eux, les médecins du Comede apprécient les conditions médicales des demandes de titre de séjour, et soutiennent les démarches des personnes remplissant les « critères médicaux » prévus par la loi. Entre 2012 et 2021, ces critères étaient remplis dans :

- 75% des cas dans les permanences téléphoniques médicales (sur 8743 personnes) ;
- 78% des cas au Centre de santé (401)
- 74% des cas à l'ESD/Comede Paris (333)
- 68% des cas au Comede Paca (367)

et dont les conséquences sociales dramatiques (perte des papiers, de l'emploi, des ressources, du logement etc.) s'ajoutent aux considérations médicales. Si les données de « stock » (ensemble des étrangers malades sous protection, en demande ou renouvellement de titre) ne sont pas publiées par les autorités, ce sont bien des milliers de personnes atteintes de maladies et troubles psychiques graves dont la protection juridique est supprimée et la continuité des soins menacée. Les personnes vivant avec le VIH ne sont pas épargnées : les rapports de l'Ofii font état d'un taux d'avis défavorable de 5,6% sur la période 2017-2019, soit une dégradation sans précédent (voir encadré page suivante).

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

Outre la baisse globale de la protection, la mission de l'Ofii à l'égard des étrangers malades présente un certain nombre de difficultés pratiques et déontologiques. Après une période de mise en place difficile, les délais d'émission des avis par le collège de médecins de l'Ofii excèdent souvent les trois mois définis à l'article R.313-23 du Ceseda, cette situation entretenant une forte précarité pour les personnes concernées, alors qu'un grand nombre de préfectures persiste à refuser la délivrance du récépissé de première demande comme de renouvellement.

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

- pour les malades, des démarches supplémentaires à effectuer qui allongent encore la procédure (cette convocation conditionnant la délivrance des récépissés par

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

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

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

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

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

les préfectures), alors que leur état de vulnérabilité peut être aggravé par les conditions de ce contrôle médical, notamment pour les mineurs et les personnes souffrant de psychotraumatisme grave ;

- pour les médecins rédigeant le certificat médical destiné au service médical de l'Ofii, le risque de démotivation lié au déficit de confiance et au mépris des règles habituelles de confraternité ;

- pour les médecins de l'Ofii enfin, aux prises avec les contradictions déontologiques (Art. 100 CDM) en devant pratiquer des actes de contrôle médical dans une mission initialement destinée à la protection de la santé.

Le format imposé par le nouveau « certificat médical » issu de la réforme (ce document succède au rapport médical précédemment en vigueur, cette nouvelle appellation étant elle-même le signe d'une logique de contrôle accru) complique encore la procédure de transmission des informations médicales :

- ce formulaire n'a pas été conçu pour que plusieurs médecins, incluant des spécialistes, le remplissent, alors que les malades concernés sont souvent atteints de plusieurs affections graves ;

- il conduit les médecins traitants à ne pas indiquer certains éléments importants d'appréciation des conditions médicales, notamment le risque « d'exceptionnelle gravité » du défaut de prise en charge, ou encore les informations permettant d'apprécier le risque de défaut de soins dans le pays d'origine (offre de soins et organisation du système de santé, éléments biographiques, environnement familial, parcours de soins antérieur, facteurs de vulnérabilité) ;

- ce formulaire oblige à une présentation « segmentée » des pathologies du patient, au détriment d'un rapport global décrivant son état de santé, ce qui complique d'autant le travail d'élaboration de l'avis de la part des médecins de l'Ofii ;

- enfin, ce format de « certificat médical » ne prend pas en compte les autres documents médicaux qu'il est souvent nécessaire de transmettre au service médical de l'Ofii.

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

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

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

Les refus illégaux de remise des récépissés de première demande de délivrance de titre de

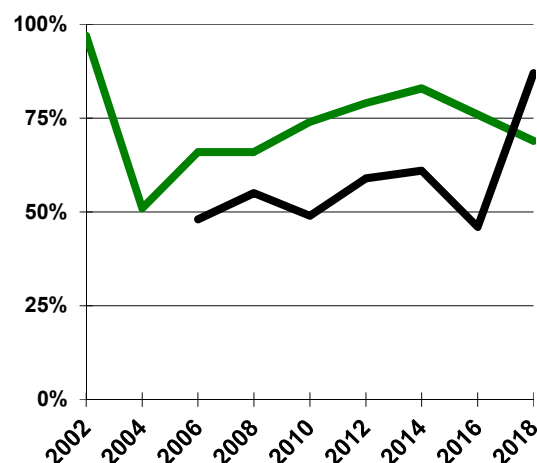
Evolution de la protection des étrangers malades dans l'observation du Comede

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

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

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

Taux d'accords des préfectures et des tribunaux (TA et CAA)
Evolution 2002-2018, critères médicaux constants



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

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

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

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

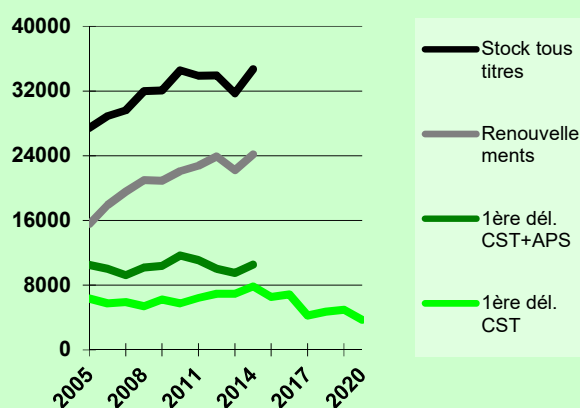
Contrairement au droit d'asile, il n'existe pas de document global permettant de mesurer précisément l'application du droit au séjour pour raison médicale, incluant à la fois l'état des demandes et des réponses en matière de droit au séjour et de protection contre l'éloignement des étrangers malades.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

S'agissant des avis médicaux rendus par les médecins de l'Administration, des données globales ont été publiées par le ministère de la Santé jusqu'en 2014 (voir tableau ci-dessous), avec une interruption en 2015 et 2016, avant la publication des données annuelles depuis 2017 dans le cadre du rapport publié pour le Parlement par le service médical de l'Ofii. Selon le rapport 2020, sur les 25 987 dossiers traités au cours de l'année dont 40% pour la région Ile-de-France, 62% concernaient une première délivrance de titre et 38% un renouvellement. Agés en moyenne de 41 ans, les demandeurs étaient majoritairement des hommes (55%), et les deux tiers étaient originaires d'Afrique (dont Algérie 10%, Côte d'Ivoire 7%, Congo RD 6%, Cameroun 6%, et Guinée 6%). Ils résidaient en France depuis 5 ans en moyenne. Les principales pathologies concernées sont les maladies infectieuses et parasitaires (27%, en hausse), les maladies cardiovasculaires (21%, stable), le diabète et les maladies endocriniennes (18%, stable) et les troubles psychiques (« troubles mentaux et du comportement », 17%, en baisse). Comparativement à la répartition des maladies graves parmi les personnes exilées (voir chapitre Etat de santé), ces données signalent une sous-représentation des troubles psychotraumatiques, qui constituent pourtant la maladie grave la plus fréquente dans cette population.

Sur les 24 300 avis rendus en 2020, le taux global d'accord était de 64% (VIH 96%, troubles psychiques 26%). Alors qu'il avait encore davantage chuté pour les personnes malades menacées d'éloignement, les données sur ce point ne sont plus publiées depuis 2017.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total avis médicaux rendus	?	42 329	43 666	?	?	27 760	37 664	29 281	24 125
Taux d'avis favorables	?	78%	77%	?	?	53%	49%	58%	65%
Total 1ère délivrance titres	6 936	6 947	7 835	6 555	6 850	4 227	4 701	4 958	3 713
Total 1ère déliv. dont APS	10 025	9 516	10 535	?	?	?	?	?	?
Total renouvellements	23 914	22 196	24 150	?	?	?	?	?	?
Données de stock	33 939	31 710	34 685	?	?	?	?	?	?

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



séjour, conjugués aux durées d'instruction et aux pertes de dossiers, ont placé/maintenu les demandeurs dans une situation « irrégulière » aggravant notamment les difficultés d'accès aux dispositifs d'hébergement (dans un contexte de non application du principe de l'inconditionnalité de l'accueil notamment en CHRS). Dénoncées souvent depuis des années par de nombreuses organisations, d'autres pratiques restrictives sont toujours en cours : refus d'enregistrer ou d'instruire les demandes en cas de défaut de passeport ou d'acte de naissance récent et traduit en français, d'absence de production des actes de naissance des enfants y compris ceux restés au pays, de défaut de preuves de présence en France depuis plus d'un an, de défaut d'hébergement pour les personnes sans domicile stable en possession d'une attestation de domiciliation en cours de validité (voir page 111) ; refus d'instruction pour les personnes sollicitant le réexamen de leur situation suite à une évolution de leur état de santé, ou encore pour les étrangers malades incarcérés.

DEMANDE D'ASILE ET CERTIFICATION MEDICALE

Les demandeurs d'asile se voient confrontés à des difficultés majeures d'accès à la procédure. Les difficultés d'enregistrement à la Plateforme d'accès des demandeurs d'asile (Pada) puis au Guichet unique pour demandeurs d'asile (Guda) sont majorées par la saturation des services téléphoniques payants de prise de rendez-vous en Ile de France, retardant l'accès à l'ensemble des conditions matérielles d'accueil (hébergement, ressources, et prise en charge des frais de santé). En matière d'accès à une protection maladie permettant l'accès aux soins (voir page 100), cette situation est aggravée par la réforme PUMa qui, depuis mai 2017, impose la justification de l'attestation de demande d'asile délivrée par le Guda pour l'ouverture des droits, ceci alors même que la Cour de justice de l'Union européenne a reconnu en juillet 2017 qu'une personne a la qualité de demandeur d'asile dès lors qu'un document administratif a enregistré sa demande (CJUE, 26 07 2017, C-670-16).

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

Un droit d'asile dérogatoire en Guyane

Depuis 2018, un décret portant *expérimentation de certaines modalités de traitement des demandes d'asile en Guyane* prévoit notamment :

- de réduire le délai d'introduction de la demande d'asile à 7 jours (au lieu de 21 en métropole) et un délai supplémentaire pour compléter la demande de 3 jours (au lieu de 8 en métropole). La demande doit nécessairement être déposée physiquement à l'Ofpra,
- un délai de 15 jours pour instruire la demande est imposé à l'Ofpra,
- les convocations aux entretiens et notifications se font en main propre,
- le délai de distance d'un mois n'est plus applicable pour les recours auprès de la CNDA.

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

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

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

Parmi les autres certificats médicaux également demandés aux demandeurs d'asile, citons la place croissante prise par les critères médicaux

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

Enfin, même si elle a été atténuée par la précédente réforme du droit d'asile (Art. L561-8 du Cesda), et désormais confiée aux services de médecine légale en accord avec l'article 100 du Code de déontologie médicale (voir rapports Comede précédents), l'exigence par l'Ofpra de *certificats d'absence de mutilation sexuelle féminine* (« non- excision ») reste dénoncée par le Comede et les associations de la CFDA (voir *De la protection à la suspicion : l'exigence annuelle du certificat de non-excision*, <http://cfda.rezo.net/>), et très difficile d'application pratique en raison de la saturation des services médico-légaux. Les parents d'enfants menacées de telles mutilations peuvent théoriquement obtenir le statut de réfugié, mais sont beaucoup plus souvent sous le régime plus précaire de la protection subsidiaire. Pour être maintenus dans ce statut, l'Ofpra leur impose de fournir « tous les

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

AUTRES DIFFICULTES D'ACCES AUX DROITS

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

En matière d'hébergement, on déplore la remise en cause généralisée du principe légal (dispositions du CASF) de l'inconditionnalité de l'accueil, l'accès à un hébergement d'urgence ou en CHRS n'étant pas conditionné par la loi à la régularité du séjour. Pour les personnes étrangères en situation irrégulière et/ou administrative précaire, on constate un affaiblissement face à ces mesures de la protection par les juges contre l'esprit même des textes garantissant l'inconditionnalité de l'accueil. Le Conseil d'Etat tend ainsi à considérer depuis 2016 que, sauf circonstances

Dégradation du droit à l'hébergement

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

Ce travail de terrain a permis d'identifier, de rencontrer et de travailler avec des partenaires jusqu'à alors pas ou peu connus du Comede.

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

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

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

exceptionnelles, le refus de faire bénéficier du principe de l'inconditionnalité de l'accueil les demandeurs d'asile déboutés et les personnes sous le coup d'une mesure d'éloignement ne saurait être censuré. Dans ce contexte, un nombre croissant de personnes en situation de grande vulnérabilité (voir Etat de santé page 69) se retrouvent sans abri, incluant des familles, enfants, femmes isolées et/ou enceintes,

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

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

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

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

Parmi les nombreuses pratiques restrictives et discriminatoires observées, citons en particulier :

- les refus SIAO/CHRS à l'encontre des personnes en situation irrégulière ;
- l'obligation d'une participation financière en Ile-de-France (dont 115) ;
- l'inaccessibilité téléphonique du 115 (impossible d'être mis.e en attente – obligation de rappeler), cette étape étant obligatoire pour accéder aux dispositifs de mise à l'abri ;
- en dehors du département 75, aucune place via le 115 pour les autres départements d'Ile-de-France, et mise en place de critères d'exclusion (par exemple dans le 92 quand un enfant a plus de 3 ans) ;
- saturation des dispositifs d'hébergement ;
- et pour les logements sociaux, exclusion des personnes sans titre de séjour, des personnes

sous APS, ou encore des couples dont l'un des deux membres n'a pas le titre de séjour requis ;

- abus sur les pièces justificatives exigées pour prouver la séparation de fait, le décès, la disparition.

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

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

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

Notes méthodologiques

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

▪ **Présentation des résultats.** Les résultats en pourcentages indiqués dans le texte et les différents tableaux sont calculés par rapport aux seules situations caractérisées, puis rapportés à l'ensemble du groupe observé. Les pourcentages présentés dans le texte et les différents tableaux sont systématiquement arrondis aux nombres entiers correspondants. Pour cette raison, certains totaux peuvent varier de 99% à 101%. Par ailleurs dans les tableaux, la tête de colonne « 21/20 » indique le pourcentage d'évolution d'activité entre 2020 et 2021.

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

▪ **Répartition géopolitique des régions d'origine.** La répartition utilisée au Comede est fondée sur une catégorisation corrélée aux causes de l'exil et aux flux d'exilé.e.s vers l'Europe de l'Ouest et la France, incluant l'Outre-Mer. Ainsi, au-delà des répartitions géographiques classiques :

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

Rapport d'activité & d'observation



www.comede.org

Le Rapport d'activité et d'observation du Comede dresse chaque année le bilan des actions et les constats de l'association via ses dispositifs de soins et d'accompagnement. Il s'appuie sur les éléments statistiques et épidémiologiques enregistrés dans la base de données du Comede par son équipe opérationnelle. Il constitue un indicateur important de l'état de santé des populations exilées et migrantes. Il délivre également une analyse documentée des pratiques institutionnelles en matière de soins, prévention, accès aux soins et aux droits.

EN 2021, LES ACTIVITÉS DU COMEDE ONT ÉTÉ SOUTENUES PAR DES DONS DE PARTICULIER·E·S, ET PAR :

- L'Assistance-Publique des Hôpitaux-de-Paris et l'hôpital de Bicêtre
- Le ministère des Solidarités et de la Santé, Direction générale de la santé (DGS) et L'Agence nationale de santé publique / Santé publique France
- Le ministère de l'Intérieur, Direction générale des étrangers en France, Direction de l'asile (DA) et Direction de l'intégration et de la nationalité (Dian)
- La Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
- Le Ministère chargé de la ville, Direction générale des collectivités locales, Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT)
- Le ministère de l'Éducation nationale, Fonds pour le développement de la vie associative (FDVA)
- Le Ministère des Outre-Mer, Bureau de la cohésion sociale, de la santé, de l'enseignement
- La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Cnam) et la Cnam du Val-de-Marne
- Le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), Direction régionale des sports et de la cohésion sociale, Fonjep
- Le Fonds européen, Fonds asile, migration et intégration (Fami),
- Les Agences régionales de santé (ARS) d'Ile-de-France, d'Auvergne-Rhône-Alpes, de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et de Guyane
- La Direction régionale et inter-départementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités IDF (Drieets)
- La Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de la région Ara (Dreets)
- Les Directions régionales aux droits des femmes et à l'égalité IDF et Paca (DRDFE)
- La Ville et le département de Paris, Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (Dases)
- Le Conseil Départemental du Val-de-Marne, ASE
- La Direction départementale de la cohésion sociale de la Loire (DDCS 42)
- Sidaction
- La Fondation de France
- La Fondation Abbé Pierre
- La Fondation Rothschild
- La Fondation Sanofi Espoir
- La Fondation Caritas (MJP)
- La Fondation Raja
- La Fondation Barreau de Paris Solidarité
- Médecins sans frontières
- Aides

