

1<sup>ère</sup> Journée

# **Migration et Prévention**

*Jeudi 6 avril 2017*

*Pôle juridique et judiciaire, Amphithéâtre Ellul,  
Salle RE,  
Bordeaux, place Pey-Berland*

Centre René Labusquière  
Médecine et hygiène tropicales



**CHU**  
Hôpitaux de  
Bordeaux

université  
de **BORDEAUX**

## **Quel bilan de santé chez les exilé.e.s récemment arrivé.e.s en France ?**

Pascal REVAULT, **Comede** – Le Kremlin Bicêtre

*pascal.revault@comede.org*

Je n'ai pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer- session :

**Dépistage des maladies infectieuses  
chez le migrant primo-arrivant**

Quels préalables au bilan de santé ?

# Faire le point sur sa santé ?

1. Définition : *ne pas confondre prévention-soin & contrôle médical*
2. Références : *peu de données d'épidémiologie médicale chez les étrangers*
3. Recommandations du Comede : *un bilan de santé globale*
4. Conclusions

# 1. Définition : *ne pas confondre prévention-soin & contrôle médical*

- **Prévention & continuité des soins**
- À différencier du contrôle médical imposé à la plupart des étrangers admis au séjour > 3 mois (les étudiants / médecine universitaire)
  - Arrêté 11 janvier 2006 (version consolidée 2/5/17)  
« *un examen médical de contrôle et de prévention organisé par l'OFII dans le cadre du contrôle médical* » en contradiction avec le Code de déontologie médical

- Article R 4127-**100** du CSP :

*« Un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut-être à la fois médecin de prévention, ou sauf urgence, médecin traitant d'une même personne ».*

# Contenu de la visite médicale obligatoire OFII

- Examen clinique général
- Radiographie des poumons
  - + test à la tuberculine si < 15 ans et pays forte prévalence
  - Pas de RP si
    - certificat RP < 3 mois et clinique non évocatrice
    - Certificat vaccinal BCG enfants < 10 ans et clinique non évocatrice
- Vérification du statut vaccinal/législation
- Glycémie capillaire *si facteur de risque*
- Protéinurie et hématurie *en fonction de la clinique*

*« certificat médical attestant de leur aptitude au séjour en France »* sauf si

- Tuberculose contagieuse évolutive
- Troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes
- Problème de santé en contradiction manifeste avec l'objet du séjour en France / emploi
- l'une des maladies mentionnées au titre V du règlement sanitaire international
  - MAIS révision OMS 23 mai 2005, pas de maladie
  - Comité d'urgence et USPPI

# En revanche, un bilan de santé peut entraîner une demande de certification médicale

## - Article R 4127-50 du CSP :

*« Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer [...] à un médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables ».*

## - Article R 4127-76 du CSP :

*« L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires [...] »*

# Par exemple

- Régularisation pour raison médicale / demande de CST pour « vie privée et familiale »
- Hébergement et en particulier vulnérabilité médicale / recommandation par l'OFII
- Compatibilité des violences rapportées avec les constatations médicales / OFPRA ou CNDA
- Intégrité des dermatoglyphes, hyperhydrose... / saisie des empreintes pour une DA en préfecture

## 2. Références : *peu de données d'épidémiologie médicale chez les étrangers*

- Etudes *et BEH* 2012, santé des migrants en France
- Données OMS difficilement transposables aux populations de migrants en France / groupes spécifiques
- Facteurs de vulnérabilité en France, cf. étude *Parcours* 2015 et contamination par le VIH après l'arrivée
- Données en routine du Comede et d'autres organisations / centre Louis Guilloux, Mdm...

## Caractéristiques démographiques des malades et taux de prévalence par région d'origine. *Taux pour 1000 personnes, parmi 16 095 patients accueillis en médecine au Centre de santé, 2007-2016*

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

|                  | Cas   | Sexe  | Age    | Diagnostic * |       | Taux de prévalence par région d'origine (p. 1000) |            |            |             |             |            |             |              |
|------------------|-------|-------|--------|--------------|-------|---|------------|------------|-------------|-------------|------------|-------------|--------------|
|                  | n     | (F/H) | médian | pays         | Fra.* | AFC<br>3598                                       | AFE<br>349 | AFN<br>403 | AFO<br>4148 | ASS<br>5566 | CAR<br>185 | EUE<br>1164 | TOT<br>16095 |
| Troubles psych.  | 2 668 | 41%   | 32 ans | 4%           | 11%   | 224   | 166        | 99         | 202         | 99          | 135        | 231         | 166          |
| Infection à VHB  | 1 095 | 16%   | 34 ans | 8%           | 29%   | 68  | 46         | 20         | 143         | 24          | 76         | 40          | 68           |
| Mal. cardio-vas. | 845   | 47%   | 49 ans | 49%          | 70%   | 141   | 4          | 108        | 61          | 36          | 144        | 56          | 70           |
| Diabète          | 599   | 30%   | 45 ans | 53%          | 71%   | 54  | 8          | 145        | 30          | 64          | 80         | 21          | 50           |
| Infection à VHC  | 282   | 36%   | 43 ans | 15%          | 40%   | 33  | 3          | 17         | 8           | 7           | -          | 47          | 18           |
| Asthme persist.  | 208   | 25%   | 37 ans | 71%          | 87%   | 8   | 15         | 30         | 26          | 17          | 32         | 10          | 17           |
| Infection à VIH  | 152   | 68%   | 35 ans | 20%          | 35%   | 25  | 8          | 4          | 23          | <1          | 8          | 6           | 13           |
| Cancer           | 91    | 54%   | 49 ans | 38%          | 86%   | 8   | -          | 32         | 4           | 2           | 11         | 12          | 6            |
| Handicap         | 83    | 18%   | 36 ans | 57%          | 77%   | 5   | -          | 22         | 12          | 3           | -          | 11          | 7            |
| Bilharziose Uri. | 61    | 10%   | 30 ans | 2%           | 2%    | 1   | -          | -          | 19          | -           | -          | -           | 5            |
| Tuberculose      | 57    | 26%   | 37 ans | 2%           | 53%   | 11  | -          | -          | 4           | 2           | 8          | 5           | 5            |

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

## BEH, 17 janvier 2012/n° 2-3-4

En France, une dégradation de l'état de santé des immigrés  
depuis 30 ans ?

- Des différences de méthodologie et de résultats
  - 1ers travaux années 1980
    - ✦ Meilleure espérance de vie que les natifs « **Effet** de sélection d'un meilleur état de santé des immigrés arrivés non représentatifs de l'ensemble de la population du pays d'origine »
    - ✦ Et moindre morbidité/invalidité
    - ✦ **Mais** résultats contrastés chez les femmes : surmorbidity endocrinienne et périnatale
  - Travaux des années 2000
    - ✦ Santé perçue moins bonne que chez les natifs (Europe de l'Est +++)
    - ✦ Variété des indicateurs utilisés et définition d'un immigré variable
    - ✦ Compréhension des items, différences de normes sociales ( pour l'Afrique subsaharienne moins de déclaration)
    - ✦ Corrélation avec la durée de résidence (en particulier chez les femmes ayant immigré pendant l'adolescence) / enquête histoire de vie 2007

# Employment grade and coronary heart disease in British civil servants

**M. G. MARMOT, GEOFFREY ROSE, M. SHIPLEY, AND P. J. S. HAMILTON**

*From the Department of Medical Statistics and Epidemiology, London School of Hygiene and Tropical Medicine*

*« il existe un gradient social dans la santé des individus qui ne sont pas pauvres : à la plus haute position sociale correspond la meilleure santé. J'ai décrit cela comme :*

*« le syndrome du statut » » Michael G Marmot 2006 – American Medical Association*

Etude « Whitehall » prospective de suivi de 17530 hommes pendant > 7 ans à Londres [ Recrutement avec examen clinique & biologique de 1967 à 1969, puis suivi de la mortalité jusqu'en 1975 sur la base d'un gradient social prédéterminé : administration-direction-cadres-employés de bureau-autres (coursiers, travailleurs manuels...)]

- Pas d'arguments en faveur d'un déficit de soin des moins privilégiés *dans cette étude*
- Les explications académiques ne suffisent plus à expliquer le « syndrome du statut » :
  - Déficit d'accès aux soins
  - Modes de vie avec des facteurs de risque
- Ces facteurs n'expliquent au mieux « que » 30% du gradient social de mortalité

- Saposky 2012, *Science* : stress & statut social, études années 2000
  - Autonomie d'action au travail et santé cardio-vasculaire
  - Stress au travail et syndrome métabolique
  - Position sociale et taux de cortisol
  - Position sociale et délai de récupération
- Sen 1992, théorie des *capabilities* :
  - Autonomie
  - Participation sociale

Conclusion de M G Marmot :

« Ce n'est pas la position hiérarchique qui est responsable, mais ce que celle-ci signifie dans la capacité à participer socialement et à être autonome »

## Inégalités sociales liées à l'immigration et capital social en décomposition Florence Jusot 2009- *Economie publique* n° 24-35/1-2, 73-100

- Hypothèse ancienne de sélection à la migration (état de santé pop. immigrée > pop native)
- Avec moins bon état de santé aujourd'hui, car :
  - Discriminations
  - Perte du lien social
  - Précarité économique
- Etude de la part du capital social = une assurance contre le risque santé à travers le soutien financier et émotionnel qu'il induit / réseau interpersonnel de confiance mutuelle

### 3. Recommandations du Comede : *un bilan de santé globale*

- L'appréciation des facteurs de vulnérabilité
- Le repérage des syndromes psychotraumatiques (SPT) et des violences subies
- Les populations souvent en situation de vulnérabilité : enfants et jeunes – personnes âgées – femmes

# L'appréciation des facteurs de vulnérabilité

Rapport Comede 2014 # 3000 personnes

## Consultants du Centre de santé

VULNERABILITE SOCIALE EN DEBUT DE PRISE EN CHARGE

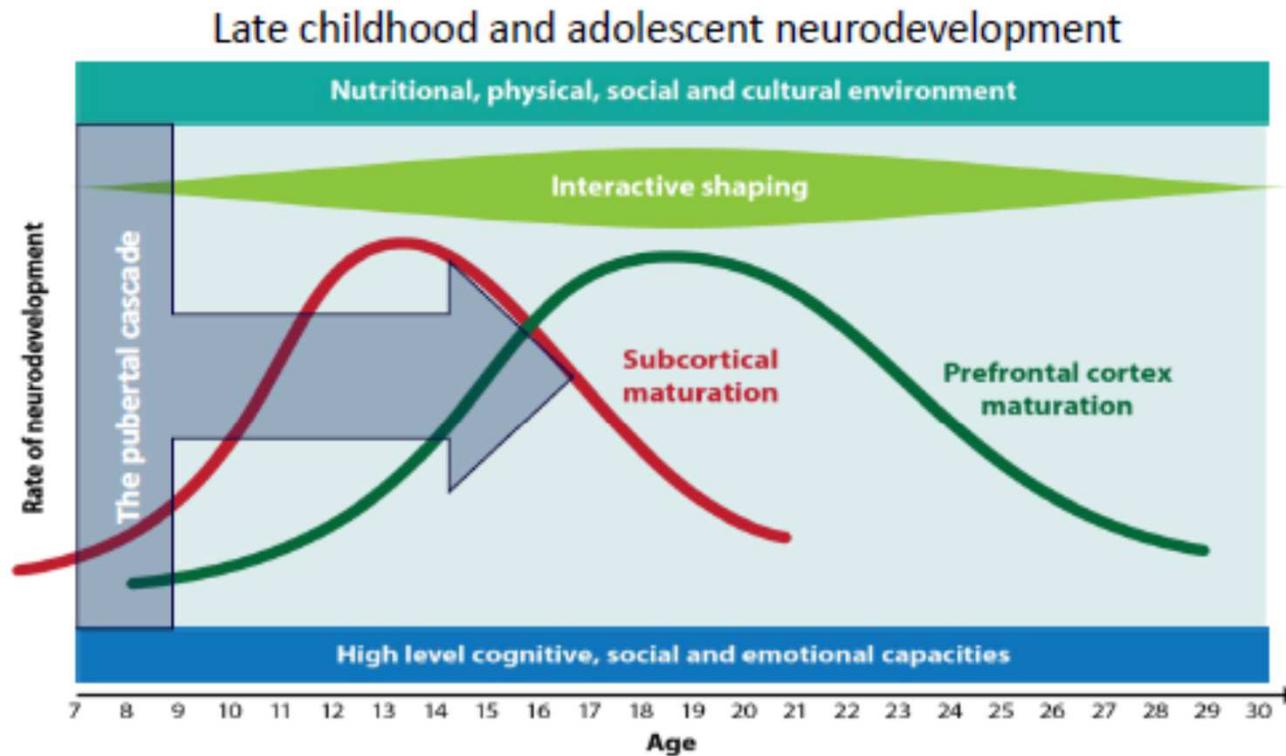
|                            | n           | pas de<br>chez soi | ress.<br><650€ | Séj.<br>préc. | pas de<br>PMal. | Mal-<br>ades | pas de<br>Proche | pas d'<br>Accom. | pas de<br>Comm. | pas<br>d'Alim. | Détr.<br>soc. |
|----------------------------|-------------|--------------------|----------------|---------------|-----------------|--------------|------------------|------------------|-----------------|----------------|---------------|
| <b>Total</b>               | <b>2297</b> | <b>98%</b>         | <b>99%</b>     | <b>93%</b>    | <b>87%</b>      | <b>34%</b>   | <b>17%</b>       | <b>12%</b>       | <b>41%</b>      | <b>25%</b>     | <b>25%</b>    |
| <b>Groupes vulnérables</b> |             |                    |                |               |                 |              |                  |                  |                 |                |               |
| Femmes                     | 841         | 98%                | 99%            | 96%           | 90%             | 37%          | 22%              | 15%              | 32%             | 26%            | 29%           |
| Dem. asile                 | 1743        | 99%                | >99%           | 100%          | 90%             | 30%          | 16%              | 12%              | 43%             | 28%            | 24%           |
| Agés≥60                    | 103         | 99%                | 99%            | 99%           | 94%             | 46%          | 7%               | 13%              | 64%             | 11%            | 14%           |
| Mineurs<18                 | 131         | 99%                | 100%           | -             | 67%             | nc           | 29%              | 12%              | 33%             | 16%            | 26%           |
| Malades                    | 976         | 97%                | 97%            | 86%           | 85%             | 100%         | 27%              | 19%              | 37%             | 32%            | 35%           |
| <b>Région d'origine</b>    |             |                    |                |               |                 |              |                  |                  |                 |                |               |
| Afrique C.                 | 640         | 97%                | 98%            | 94%           | 91%             | 39%          | 23%              | 18%              | 16%             | 35%            | 31%           |
| Afrique N.                 | 58          | 96%                | 100%           | 89%           | 83%             | 33%          | 6%               | 4%               | 33%             | 8%             | 13%           |
| Afrique O.                 | 665         | 98%                | 98%            | 90%           | 83%             | 44%          | 23%              | 13%              | 19%             | 36%            | 28%           |
| Asie du S.                 | 608         | >99%               | >99%           | 98%           | 88%             | 19%          | 6%               | 6%               | 74%             | 10%            | 13%           |
| Europe E.                  | 138         | 97%                | 100%           | 93%           | 80%             | 36%          | 16%              | 16%              | 86%             | 25%            | 45%           |

# Le repérage des SPT et des violences subies

- **68% ont subi des violences** (OMS), 17% des tortures (ONU, 21% DA) et 14% des violences liées au genre (32% femmes), 24% des grossesses consécutive à un viol
- **Corrélation avec vulnérabilité sociale** (84%, 25% et 21%)
- **Facteur de risque de psychotraumatisme grave** (risque relatif 2,6 avec ATCD torture et 2,3-4 avec violence genre)
- **Troubles psychiques** : 50% TCAM, 26% idées suicidaires, 6% tentatives de suicide
- **Syndromes** : 57% SPT, 26% Dépression, 11% Trauma complexe

# Mineurs et jeunes

*The Lancet* Vol.387 | Number 10032 | May 14, 2016



# > 26 000 mineurs étrangers en situation de vulnérabilité vivant en France

- # 13 000 mineurs « accompagnant » leurs parents demandeurs d'asile / Ofpra  
[ NB : # 1000 mineurs rejoignant leurs parents réfugiés / Ofpra]
- # 3000 mineures protégées contre le risque de mutilation sexuelle / Ofpra
- # 10 000 mineurs isolés/ Min. justice, Eurostat
- + 5000 à 10 000 enfants en campement, Mdm

# Un cumul de facteurs de vulnérabilité à la 1<sup>ère</sup> consultation

- 2/3 des enfants sans protection maladie
- 1/8 n'a pas mangé à sa faim durant les 3 jours précédant la consultation
- 1/4 n'a pas de proche avec qui partager ses émotions
- 1/10 n'a pas d'accompagnateur pour ses démarches

# Le DDD recommande ainsi chez les enfants

- qu'un **bilan de santé soit systématiquement** effectué dès le stade du recueil provisoire et de l'évaluation ;
- que, dans ce cadre,
  - les ARS veillent, d'une part, à la diffusion de la liste des structures désignées pour réaliser ces bilans
  - et, d'autre part, à la fluidité de la coopération entre ces structures et les conseils départementaux
- qu'au stade de la prise en charge, une attention particulière soit portée aux **besoins en soins de santé mentale**, lesquels peuvent être importants en raison des éventuels traumatismes subis lors du parcours migratoire.

# Pour autant ne pas négliger les mineurs accompagnés

## Caractéristiques des mineurs reçus au CMLG en 2014

|  | Mineurs accompagnés<br>(n=162) | MIE<br>(n=56)         |
|--|--------------------------------|-----------------------|
| Âge médian ([25 <sup>e</sup> ; 75 <sup>e</sup> percentile])                      | 8 ans [4 ; 13]                 | 16 ans [15,5 ; 16,5]  |
| Sexe ratio (H/F)   | 1                              | 8,3                   |
| Langue parlée : francophone  | 17 %                           | 27 %                  |
| Droits non ouverts à la 1 <sup>re</sup> consultation                             | 31 %                           | 9 %                   |
| Délai entre arrivée en France et 1 <sup>re</sup> consultation au CMLG (en jours) | 72 [27 ; 180]                  | 56 [37 ; 98]          |
| <b>DÉPISTAGES RÉALISÉS</b>   |                                |                       |
| - VHB  | 56 %                           | 91 %                  |
| - VHC  | 54 %                           | 85 %                  |
| - VIH  | 55 %                           | 90 %                  |
| - Tuberculose  | 70 %                           | 76 %                  |
| - Parasitologie des selles*  | 26 % (77 % positives)          | 53 % (86 % positives) |
| <b>VIOLENCES DÉCLARÉES</b>   |                                |                       |
| - Physiques  | 4/8 interrogés                 | 6/15                  |
| - Psychiques   | 8/12                           | 11/17                 |
| - Sexuelles  | 1/6                            | 1/14                  |

Our future: a *Lancet* Commission on adolescent health and wellbeing

THE LANCET

~~Big problem~~  
Huge opportunity

This generation of adolescents and young adults can transform all of our futures;  
there is no more pressing task in global health than ensuring they have the resources to do so.

Alors quel bilan médical ?

## Bilan de santé recommandé par le Comede et effectué au centre de santé - 2017

\* AFA Afrique australe, AFC Afrique centrale, AFE Afrique de l'Est, Afrique de l'Ouest, ASE Asie de l'Est, AFN Afrique du Nord, CAR Caraïbes, ASS Asie du Sud, AUT autres régions, EE Europe de l'Est

- Bilan de santé librement consenti, proposé en fonction de l'entretien et de l'examen clinique (facteurs de risque ?) sur la base de **recommandations du groupe de travail DGS – DASES Paris 2013**
- Plus de 95% des adultes & enfants l'acceptent et viennent au rendu
- Avant de proposer un rattrapage vaccinal, une cs dentaire et opht.
- Sans oublier la caractérisation de la vulnérabilité,
- Les résultats de l'examen & de l'entretien & le rendu des résultats entraînent ou non la mobilisation de :
  - Consultation assistante sociale
  - Consultation psychologue
  - Education thérapeutique (maladie chronique) et groupes
  - Education pour la santé et groupes
  - Réseau de partenaires
  - Soins spécialisés

| Examen/<br>région<br>d'origine*           | AFA-AFC<br>AFE-AFO<br>ASE | AFN | CAR-ASS | AUT<br>dont EE |
|---|---------------------------|-----|---------|----------------|
| Clinique                                  | +                         | +   | +       | +              |
| BU < 18 ans                               | +                         | +   | +       | +              |
| NFS-plaq.                                 | +                         | +   | +       | +              |
| Glycémie à jeun                           | +                         | +   | +       | HAS 2014       |
| Sér. VHB                                  | +                         | +   | +       | +              |
| Sér. VHC                                  | +                         | +   | +       | +              |
| Sér. VIH 1 & 2 +<br>TPHA-VDRL             | +                         | +   | +       | +              |
| RP face                                   | +                         | +   | +       | +              |
| INT gamma<br>>5 ans & <16 ans             | +                         | +   | +       | +              |
| EPS +<br>Ac Ang. & Sch.                   | +                         |     | +       |                |
| EPU + Ac Sch.                             | +                         |     |         |                |
| IST Chlam/Gon.<br>si < 30 ans H et < 25 F | +                         | +   | +       | +              |

# Entre « oubli » et questions spécifiques

- Dépistage des cancers, en particulier :
  - Cancer du col utérin / FCV tous les 3 ans, après deux FCV normaux à un an d'intervalle
  - Cancer du col et du rectum / test tous les deux ans +/- colonoscopie 50 à 74 ans
- Santé & sexualité /
  - stigmatisation et infection chronique par le VHB
  - Prévention IST et PreP ?
- Conséquences du vieillissement et évaluation autonomie/dépendance

# Entre « oubli » et questions spécifiques

- Pendant la grossesse, en l'absence de PM :
  - retard/absence du dépistage de la trisomie 21
  - nombre de CPN recommandées diminuées
  - Dépistage VHB, VHC, sérologies toxo... retardé.es
- Conditions de vie/exposition, anémie microcytaire et plombémie
- Intérêt discuté en systématique d'une électrophorèse de l'hémoglobine ?

## 4. Conclusion

- Un bilan de santé globale librement consenti est possible et utile !
- Quelle stratégie ?
  - *Comment ?* Outreach, TROD... et orientation; médiation/ « populations éloignées »
  - *Où ?* CDS, MG, service hospitalier, CeGiDD, PASS, Centre d'examen CPAM +++...
- Demande initiale ?
  - Reconnaissance – écoute
  - Certification –clarification
  - Continuité des soins

# Nouvelle loi de santé publique 2015

- Article L.1110-13
- Relatif à la médiation sanitaire et *l'interprétariat professionnel*
- En tant qu'outils d'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins
- En garantissant la confidentialité des informations et l'aide « à révéler ce qui n'est pas dit »
- Arrêtés parus et Référentiel du cadre par la HAS

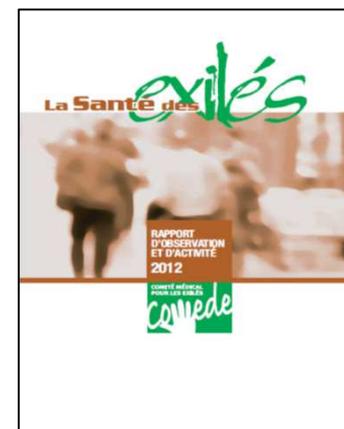
- A ne pas oublier :
  - Explorer différents critères de vulnérabilité et pop.
    - Vérifier PM +++ / anticiper
- Dépister un psychotraumatisme et aborder de potentielles violences subies
  - Parcours & vie en France
  - A ne pas sous estimer chez les mineur.e.s accompagné.e.s
- Fréquence des parasitoses chez les enfants/jeunes
- Infection chronique par le VHB
  - Aborder la sexualité et la vaccination
  - Groupes de parole

# Quels préalables au bilan de santé ?

- Etre au clair sur le positionnement déontologique : médecine de prévention et de soins
- Se comprendre : mobiliser ou pas un interprète ?
- Clarifier la demande et les attentes au-delà d'un bilan de santé médical / enjeux de la migration
- Quelle population ? Et donc quels éléments du bilan à ne pas oublier ?
- Apprécier la vulnérabilité sociale
  - En particulier protection maladie ?
  - Isolement relationnel ?

Pour en savoir plus  
[www.comede.org](http://www.comede.org)

Rapports  
 annuels



COMITE POUR LA SANTE DES EXILES  
 La lettre du Comede aux membres du réseau  
 Numero 50  
**MAUX d'exil**

**Éditorial**  
**Victimes invisibles**  
 Maux d'exil à corsacore, par le passé, plusieurs dossiers à la question des discriminations faites aux femmes migrantes. Aujourd'hui, c'est à travers le témoignage de femmes qui ont traversé ces frontières pour échapper à des persécution, et nous appuyant également sur l'expérience de professionnelles travaillant auprès des femmes réfugiées, victimes de violences, que nous avons décidé d'aborder la question spécifique des violences sexuelles.

Si leurs histoires sont particulièrement tragiques, elles révèlent un phénomène général. Les chiffres sont d'ailleurs plus effrayants : une femme française sur cinq a été, au cours de son existence, victime de violence de son conjoint ou de partenaire de vie. Un sondage (juin de décembre 2013) réalisé en France met en évidence la confusion qui existe autour de cette notion. Un tiers des personnes interrogées, hommes ou femmes, pensent que " lorsqu'on use de menaces pour obtenir une relation sexuelle, ce n'est pas un viol". Les femmes migrantes, dans leur pays d'origine, sur le territoire d'accueil, puis à leur arrivée dans le pays d'accueil, deviennent souvent les victimes invisibles de ces violences sexuelles. Invisibles parce qu'elles ne connaissent pas leurs droits, ne maîtrisent pas forcément la langue, vivent avec la honte d'avoir été violées, invisibles encore parce qu'elles hésitent à porter plainte, se considérant légitimes à le faire dans un pays où l'on tente de décourager leur retour.

Les démarches administratives administratives, l'obtention ou le non-renouvellement de la couverture maladie qui se compliquent, les violences institutionnelles, le manque de places d'hébergement, la nécessité pour la plupart des femmes de vivre chez des particuliers... En raison de la précarité qu'on leur impose, les femmes se retrouvent contraintes, alors qu'elles réclament une protection, à subir la domination qu'elles ont pourtant tenté de fuir. Comment envisager l'irréversible, cette maltraitance institutionnelle par les politiques d'immigration ? Le viol ne se dit pas coupable, comme la culpabilité des agresseurs était endossée par les victimes. Pourtant ce qui rend ces femmes d'origine est, la volonté de se libérer d'une situation de domination, de choisir leur orientation sexuelle, d'être lites en définitive d'avoir autorité sur leur propre corps.

Laure Feldmann, gynécologue au centre de santé d'Altenheim et vice-présidente du Comede

**LE VIOL, UNE VIOLENCE IMPENSABLE ?**  
 Le viol n'est pas un « bel objet ». C'est une réalité massive mais encore taboue. Au Comede, 75 % des femmes reçues en consultation psychosomatique déclarent avoir subi des violences liées au genre dans leur pays d'origine, tel comme le viol, l'impunité des agresseurs demeure la règle. Dans le pays d'accueil, la précarité et l'isolement induisent une dépendance porteurs de risque d'exploitation et de violence sexuelle. Il est primordial de porter le regard sur cette réalité pour le rendre visible et penser la question du viol.

**Sommaire** Avril 2016

👤 Femmes en exil LE POUVOIR DE LA PAROLE FACE AUX STRATÉGIES DES AGRESSEURS 📸 Photographies LE PROCÈS D'UN VIOL DE MASSE SOUS L'ŒIL DE DIANA ZEYNEB ALHINDAWI 🗣️ Viol comede! NOUS SOMMES DES HOMMES, VOUS ÊTES CENSÉES NOUS AIDER 📄 Gynécologues sans frontières RICHARD MATIS: NOUS APPARAÏSSONS COMME UNE AUTORITÉ INTIMIDANTE 🌍 Médecins du monde LES TRAVAILLEUSES DU SEXE, ENTRE VIOLENCE ET SILENCE 📄 Patients du Comede OUBLIE LE SECRET, SOUVIENS-TOI DU CHAGRIN

Revue  
 trimestrielle

Guide  
 Comede  
 2015  
 actualisation  
[www.comede.org](http://www.comede.org)

ÉDITION 2013

Migrants/étrangers en situation précaire  
**SOINS ET ACCOMPAGNEMENT**

GUIDE PRATIQUE POUR LES PROFESSIONNELS

COMITE FRANÇAIS POUR LA SANTE DES EXILES  
 Comede  
[www.comede.org](http://www.comede.org)