



Doc. 16412
01 juin 2026

Accès des personnes migrantes et réfugiées aux soins de santé

Rapport¹

Commission des migrations, de la protection internationale et de la coopération économique

Rapporteuse: Mme Pelin YILIK, Türkiye, Membres n'appartenant à aucun groupe politique

Sommaire	Page
A. Projet de résolution	2
B. Exposé des motifs par Mme Pelin Yılık, rapporteure	4
1. Introduction	4
2. Textes et sources internationaux, et contributions des organes du Conseil de l'Europe	5
3. Problèmes de santé et obstacles rencontrés par les personnes migrantes et réfugiées dans l'accès aux soins de santé	7
3.1. La situation générale	7
3.2. La perspective économique	9
3.3. Les femmes, les filles et les enfants non accompagnés, une population migrante particulièrement vulnérable	10
3.4. Externalisation et centres de retour	11
4. Étude de cas: la visite d'information au Monténégro	13
5. Bonnes pratiques et mesures visant à garantir des soins de santé respectueux des droits humains pour les personnes migrantes et réfugiées	16
6. Conclusion	18

1. Renvoi en commission: [Doc. 16112](#), Renvoi 4858 du 7 avril 2025.



A. Projet de résolution²

1. L'Assemblée parlementaire affirme qu'il est impératif de garantir aux personnes migrantes et réfugiées un accès effectif aux soins de santé, y compris aux soins de santé mentale, afin de réaliser pleinement le droit fondamental à la santé tel qu'il est consacré par les normes internationales relatives aux droits humains pour toutes les personnes, et souligne que cet accès est également essentiel du point de vue de la santé publique.
2. L'importance des instruments juridiques internationaux et régionaux applicables ne saurait être sous-estimée, notamment la Convention européenne des droits de l'homme (STE n° 5) (en particulier ses articles 3 et 8), telle qu'interprétée par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, ainsi que les principes pertinents du droit international humanitaire, pour garantir la protection des personnes migrantes, réfugiées et demandeuses d'asile, y compris en matière d'accès aux soins de santé. Ces instruments sont par ailleurs essentiels à la réalisation des objectifs de développement durable des Nations Unies, en particulier ceux relatifs à la couverture sanitaire universelle et à la gestion efficace des urgences sanitaires.
3. La [Recommandation CM/Rec\(2011\)13](#) du Comité des Ministres aux États membres sur la mobilité, les migrations et l'accès aux soins de santé souligne les responsabilités des autorités nationales et locales et le rôle crucial des organisations qui œuvrent pour maintenir et restaurer la santé.
4. L'Assemblée a maintes fois attiré l'attention sur la santé précaire des personnes migrantes et réfugiées et sur leurs difficultés d'accès aux services médico-sociaux, notamment dans la [Résolution 2504 \(2023\)](#) «Protection sanitaire et sociale des travailleuses et des travailleurs sans papiers ou en situation irrégulière» et la [Résolution 2627 \(2025\)](#) «Promouvoir la couverture santé universelle».
5. Les personnes migrantes se trouvent en situation d'extrême fragilité physique et mentale à leur arrivée sur le sol européen. Leur état de santé est déterminé par une combinaison de facteurs structurels, institutionnels et individuels susceptibles d'entraver considérablement leur accès effectif aux soins et d'aggraver leur état de santé. Parmi ces facteurs figurent notamment les obstacles juridiques et administratifs; l'insuffisance de disponibilité, d'accessibilité ou de continuité des services de santé, y compris la vaccination; des conditions d'accueil inadéquates et des situations de vie ou d'emploi précaires; ainsi que des difficultés individuelles telles que la méconnaissance de leurs droits, la crainte de s'adresser aux autorités ou aux services, les barrières linguistiques et le manque de connaissances en matière de santé, la stigmatisation, la méfiance et les effets cumulés de parcours migratoires traumatisants et périlleux.
6. Les femmes et les filles migrantes sont exposées de manière disproportionnée à la traite, aux violences sexuelles et sexistes et à l'exploitation. Elles subissent également des discriminations intersectionnelles liées au sexe, au statut migratoire, à la pauvreté, au handicap et à l'âge. Ces facteurs, aggravés par des obstacles juridiques et administratifs, des barrières linguistiques, un manque d'information et des systèmes de dépistage et d'orientation inadéquats, limitent leur accès aux services essentiels, notamment aux soins de santé sexuelle et reproductive, et maternelle, au soutien en santé mentale et aux services de protection. Les professionnel·les sont par ailleurs insuffisamment formé·es et des lacunes dans la prise en charge adaptée aux réalités culturelles sont observées. Le défaut d'assurer un accès ciblé aux soins exacerbe la morbidité maternelle, les traumatismes non traités et les préjudices intergénérationnels pour les enfants, notamment les troubles du développement et les troubles psychiatriques. L'Assemblée souligne donc la nécessité de mettre en place des parcours de soins de santé adaptés aux besoins des femmes et des filles, qui tiennent compte de leurs traumatismes et qui soient accessibles à toutes.
7. En ce qui concerne les enfants migrants, l'Assemblée souligne la nécessité d'harmoniser les procédures de détermination de l'âge pour les enfants non accompagnés, conformément à la [Recommandation CM/Rec\(2022\)22](#) du Comité des Ministres aux États membres sur les principes des droits de l'homme et lignes directrices en matière d'évaluation de l'âge dans le contexte de la migration.
8. L'Assemblée invite par conséquent les États membres du Conseil de l'Europe, ainsi que les États dont le parlement bénéficie du statut d'observateur auprès de l'Assemblée:
 - 8.1. à éviter de recourir à des politiques de migration et d'asile externalisées, notamment aux centres de retour, qui restreignent systématiquement l'accès aux soins de santé ou transfèrent les charges de protection vers des zones dépourvues des infrastructures et des garanties nécessaires;
 - 8.2. à renforcer leur cadre juridique national par le biais d'une législation stable en matière de migration, en vue d'inclure les personnes migrantes ou réfugiées dans les régimes nationaux d'assurance maladie;

2. Projet de résolution adopté par la commission le 13 mai 2026.

8.3. à s'orienter vers la couverture santé universelle pour les personnes migrantes, qui constitue un engagement politique central du Programme de développement durable à l'horizon 2030 des Nations Unies et fait l'objet de la cible 3.8 de l'Objectif de développement durable 3. Établir un tel cadre implique de faciliter l'accès à une couverture sanitaire appropriée à toutes les personnes étrangères résidant légalement dans le pays, y compris en améliorant l'accès aux médicaments pertinents et en quantité suffisante, et de garantir la disponibilité d'infrastructures de soins de santé adéquates, y compris des locaux conçus à cet effet avec des salles de consultation et des espaces entièrement équipés;

8.4. à s'engager à protéger la santé des personnes migrantes et réfugiées et, plus généralement, la santé publique à court et à long terme. Cela implique de garantir l'égalité et l'inclusion dans les soins de santé grâce à des politiques intégrées en matière de santé des personnes migrantes et à des investissements dans les soins primaires et préventifs, y compris dans les centres d'accueil et de rétention, dans les zones d'urgence migratoire («hotspots») et dans les hôpitaux;

8.5. en ce qui concerne la santé mentale, à veiller à ce que les personnes migrantes et réfugiées bénéficient d'une prise en charge psychiatrique et d'un suivi psychologique pour traiter les symptômes d'anxiété, de dépression et de troubles post-traumatiques. Le cas échéant, comme préconisé par la Commission européenne contre le racisme et l'intolérance (ECRI), l'Assemblée recommande l'élaboration de plans stratégiques pour prodiguer un soutien durable aux personnes fuyant la guerre et d'autres situations d'urgence, en mettant l'accent sur la réponse aux besoins en matière de santé mentale et sur la fourniture d'un soutien psychosocial par le biais d'approches communautaires, y compris en milieu scolaire et dans les structures d'accueil;

8.6. à veiller à ce que les personnes migrantes et réfugiées aient accès à l'information sur leurs droits. Cela implique d'assurer une communication efficace relative aux services et supports se rapportant à la santé, notamment par le biais de brochures et d'autres informations écrites disponibles dans un éventail suffisant de langues. L'Assemblée encourage aussi vivement les autorités compétentes à recourir aux services d'interprètes et de médiatrices et médiateurs culturels maîtrisant les langues pertinentes et dûment formés à la prise en compte des spécificités culturelles.

9. L'Assemblée encourage en outre les autorités sanitaires:

9.1. à veiller à ce que les personnes migrantes et réfugiées bénéficient, dès leur arrivée, d'un accès gratuit aux soins, y compris les soins urgents et autres soins médicaux nécessaires, ainsi que d'un accès à la vaccination et aux médicaments. Dans ce contexte, les autorités sanitaires devraient en outre inviter les prestataires de santé publics et privés à ne pas signaler les personnes en situation irrégulière dans le pays aux services de l'immigration. L'Assemblée les encourage également à prévoir la réalisation d'un examen médical complet par un·e professionnel·le de santé afin d'identifier les vulnérabilités et d'assurer un placement approprié, notamment pour les populations vulnérables, comme les femmes et les enfants non accompagnés;

9.2. à inviter les professionnel·les de santé à accorder une attention particulière à la présence de blessures. Ils et elles devraient aussi procéder au dépistage des maladies transmissibles – notamment par une recherche systématique des signes de tuberculose et par un dépistage volontaire du VIH et des hépatites B et C –, des maladies chroniques et des affections de longue durée telles que le diabète. De telles politiques contribuent à prévenir et à lutter contre les mauvais traitements et à protéger la santé publique d'une manière générale. L'Assemblée souligne toutefois que la décision d'isoler une personne pour des raisons de santé doit être limitée dans le temps et fondée sur les principes de nécessité, de proportionnalité et de respect de la dignité humaine;

9.3. à renforcer les capacités et les qualifications des personnels de santé, notamment les médecins généralistes, le personnel infirmier et le personnel de soutien psychosocial.

10. L'Assemblée encourage en outre les États membres du Conseil de l'Europe éligibles à tirer pleinement parti des possibilités offertes par la [Banque de développement du Conseil de l'Europe](#) pour renforcer les infrastructures et équipements de santé et leurs effectifs, en particulier dans les centres d'accueil et de rétention.

11. Enfin, l'Assemblée appelle ses propres membres, en leur qualité de législatrices et législateurs nationaux et de membres de l'Assemblée, à agir aux niveaux européen et national pour promouvoir les instruments, les normes et l'expertise du Conseil de l'Europe en la matière, ainsi que pour aligner les législations et les pratiques nationales sur les recommandations formulées ci-dessus.

B. Exposé des motifs par M^{me} Pelin Yılık, rapporteure³

1. Introduction

1. Les personnes migrent pour de nombreuses raisons: pour fuir la violence et la guerre, mais aussi en réaction à des changements démographiques, à des préoccupations liées aux droits humains, à la pauvreté et au changement climatique. Ces facteurs sont à l'origine de la mobilité forcée à l'échelle mondiale, exposant les individus à de nouveaux environnements et, entre autres, à d'importants défis sanitaires. La migration peut donc constituer un facteur de risque indépendant pour la santé, exacerbant souvent des pathologies préexistantes ou en créant de nouvelles.

2. La proposition de résolution que j'ai déposée le 3 février 2025 sur l'«Accès des migrants et des réfugiés aux soins de santé» ([Doc. 16112](#)) souligne l'importance de garantir un accès effectif aux soins de santé, y compris aux services de santé mentale, afin de réaliser pleinement le droit à la santé consacré par le droit international relatif aux droits humains.

3. Les problèmes de santé des personnes migrantes et réfugiées peuvent survenir avant, pendant et après leur voyage vers l'Europe, reflétant les différents dangers, blessures et traumatismes qu'elles rencontrent. Elles sont souvent victimes de violences, des mauvais traitements, de coups, de perte ou de confiscation de leurs biens et des «pushbacks». Beaucoup voyagent par la mer dans de petites embarcations et sont exposées à des risques tels que l'hypothermie en hiver, la déshydratation et les coups de chaleur en été, ainsi que des brûlures et l'inhalation de fumées toxiques provenant des moteurs. Même après leur arrivée, d'importants problèmes de santé physique et psychologique persistent souvent. De telles conditions peuvent présenter de graves risques et s'avérer mortelles si elles ne sont pas traitées.

4. La migration forcée et l'exposition à la violence entraînent également des séquelles psychologiques durables. Bien que de nombreuses personnes arrivent en Europe pleines d'espoir, elles sont fréquemment confrontées à un choc culturel et à une désillusion, ce qui conduit à la dépression, au syndrome de stress post-traumatique, à l'anxiété et à des troubles associés.

5. Ces risques sont aggravés à l'arrivée par une alimentation insuffisante, des infrastructures défectueuses, un accès limité aux soins médicaux, des conditions de vie insalubres et des conditions socio-économiques défavorables. D'autres obstacles nuisent encore davantage à la santé et entravent l'accès aux soins, notamment le manque d'établissements et de personnel, les difficultés financières, les problèmes de langue et de transport, l'absence d'assurance maladie, des lois restrictives en matière d'immigration, la méconnaissance des droits et des services disponibles, les pratiques traditionnelles néfastes, le surpeuplement des logements, l'insalubrité de l'eau, le manque d'assainissement et l'absence de services de garde d'enfants pour les mères qui travaillent.

6. Les États membres doivent tenir compte à la fois des situations de vie formelles et informelles lorsqu'ils évaluent l'accès des personnes migrantes et réfugiées aux soins de santé, y compris celui des personnes migrantes sans papiers⁴. Les situations formelles sont plus faciles à définir, car les personnes migrantes sont hébergées dans des structures officielles telles que des centres d'accueil ou des points d'enregistrement. Les contextes informels – tels que les campements de fortune, les camps, les squats ou la vie dans la rue – posent des défis supplémentaires aux autorités publiques. Néanmoins, pour des raisons humanitaires et dans l'intérêt de la santé publique, ces situations ne peuvent être ignorées. L'accès aux soins de santé est donc essentiel non seulement pour les personnes concernées, mais aussi pour le bien-être des sociétés d'accueil.

7. Dans les contextes formels, la prise en charge des besoins de santé commence dès les premiers points d'arrivée, en particulier les zones de débarquement, par le biais de dépistages médicaux, de diagnostics rapides et de traitements initiaux. Les soins à plus long terme sont généralement dispensés au sein des systèmes nationaux d'accueil, souvent par l'intermédiaire de centres de santé spécialisés. Cependant, tous les États membres – en particulier ceux qui sont confrontés à un nombre élevé de premières arrivées ou à une congestion dans les zones frontalières – ne sont pas en mesure de répondre pleinement à ces demandes.

3. L'exposé des motifs est établi sous la responsabilité de la rapporteure. Sa version originale anglaise a été traduite vers le français par un outil de traduction automatique.

4. Sur ce dernier point, voir par exemple: «Access to State Medical Aid by Undocumented Immigrants in France: First Findings of the "Premiers Pas" Survey», www.irdes.fr/english/issues-in-health-economics/245-access-to-state-medical-aid-by-undocumented-immigrants-in-france-first-findings-of-the-premiers-pas-survey.pdf.

8. Les personnes migrantes et réfugiées restent particulièrement vulnérables, qu'elles se trouvent au sein des systèmes formels ou en dehors de ceux-ci, et les autorités publiques, en collaboration avec les organisations non gouvernementales, ne sont pas toujours en mesure de garantir un accès effectif aux soins de santé, y compris aux soins de santé mentale, malgré des efforts considérables⁵. Les personnes vivant entièrement en dehors des structures officielles sont confrontées à des risques encore plus grands, notamment une pénurie aiguë de produits de première nécessité, des menaces constantes pour leur santé et leur sécurité, ainsi que d'importants obstacles juridiques ou administratifs.

9. La motion susmentionnée rappelle la [Résolution 2504 \(2023\)](#) «Protection sanitaire et sociale des travailleuses et des travailleurs sans papiers ou en situation irrégulière», ainsi que la [Recommandation CM/Rec\(2011\)13](#) du Comité des Ministres sur la mobilité, les migrations et l'accès aux soins de santé. Ces deux textes soulignent les responsabilités des autorités nationales et locales ainsi que le rôle clé des organisations œuvrant pour préserver et rétablir la santé.

10. L'Assemblée, et en particulier sa Commission des migrations, de la protection internationale et de la coopération économique (anciennement la Commission des migrations, des réfugiés et des personnes déplacées), a maintes fois attiré l'attention sur l'accès précaire des personnes migrantes et réfugiées aux services de santé et aux services sociaux. Un exemple récent est la [Résolution 2613 \(2025\)](#) intitulée «Les défis et besoins des acteurs publics et privés impliqués dans la gestion des migrations», fondée sur le [rapport](#) de M^{me} Sandra Zampa. Ce travail, qui comprenait des visites d'information en [France](#) (2023) et en [Italie](#) (2024), a apporté une contribution précieuse au présent rapport.

11. Dans ce contexte, le présent rapport adopte une perspective plus large, affirmant qu'une inclusion sociale efficace nécessite un accès égal aux services de santé et aux services sociaux, y compris au soutien psychosocial, pour tous·tes, personnes migrantes et réfugiées confondues. Le droit à la santé pour tous·tes est à la fois une obligation en matière de droits humains et un bien public qui profite aux communautés d'accueil.

12. Après un aperçu des textes et sources internationaux en jeu, ainsi que des contributions des différents organes compétents du Conseil de l'Europe, le présent rapport examinera les obstacles et les difficultés rencontrés par les personnes migrantes et réfugiées pour accéder aux soins de santé, y compris la vulnérabilité particulière des femmes, des filles et des enfants non accompagnés, ainsi que la question de l'externalisation et des centres de retour («*return hubs*»). Bien que les approches diffèrent d'un État membre à l'autre, j'ai approfondi, à titre d'exemple, la situation au Monténégro à la suite de la visite d'information menée dans cet État membre en mars 2026. Je propose enfin une série de bonnes pratiques et de mesures visant à garantir des soins de santé conformes aux droits humains pour les personnes migrantes et réfugiées.

2. Textes et sources internationaux, et contributions des organes du Conseil de l'Europe

13. Les articles 3 et 8 de la Convention européenne des droits de l'homme⁶ sont essentiels dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme relative à l'accès des personnes migrantes aux soins de santé. Cette jurisprudence reste toutefois peu développée⁷. À ce jour, les affaires traitent rarement de l'accès aux soins de santé dans les États défendeurs, se concentrant plutôt sur les obligations positives des États en matière de vulnérabilité. La Cour a souligné à plusieurs reprises que certaines personnes ou certains groupes méritent une protection particulière en raison de leur vulnérabilité, qui peut résulter de circonstances spécifiques, notamment de graves problèmes de santé, en particulier de santé mentale⁸.

14. Dans son Guide de jurisprudence sur l'immigration⁹, la Cour indique que les conditions dans les zones de transit peuvent relever de l'article 3, en appliquant les principes issus des affaires de détention ([Z.A. et autres c. Russie](#) [GC], 2019, §§ 181-195). Des violations ont été constatées dans les zones de transit aéroportuaires ([Z.A. et autres c. Russie](#) [GC], 2019; [Riad et Idiab c. Belgique](#), 2008) et dans des zones frontalières terrestres ([R.R. et autres c. Hongrie](#), 2021, §§ 48-65 (en anglais uniquement)), en raison d'une

5. Voir à cet égard le rapport: «Les défis et besoins des acteurs publics et privés impliqués dans la gestion des migrations», discuté par l'Assemblée parlementaire le 26 juin 2025. Rapporteuse: M^{me} Sandra Zampa (Italie, SOC), [Doc. 16192](#). Voir également la [Résolution 2613 \(2025\)](#).

6. Article 3, interdiction de la torture, et article 8, droit au respect de la vie privée et familiale.

7. Voir la rubrique thématique sur l'immigration sur le site de la Cour, <https://ks.echr.coe.int/fr/web/echr-ks/immigration>.

8. Comité directeur pour les droits de l'homme (CDDH), «*Aspects juridiques et pratiques des alternatives efficaces à la rétention dans le contexte des migrations*», CDDH (2017)R88add2, [Aspects juridiques et pratiques des alternatives efficaces à la rétention dans le contexte des migrations](#).

9. https://ks.echr.coe.int/documents/d/echr-ks/guide_immigration_fre. Voir la section «Requérants présentant des troubles mentaux».

alimentation insuffisante pour une personne adulte demandeuse d'asile et de conditions de vie précaires pour son épouse enceinte (ayant des problèmes de santé) et ses enfants mineurs pendant quatre mois passés dans la zone de transit de Röszke. Aucune violation n'a été constatée lorsque les seuils de gravité n'étaient pas atteints (*Ilias et Ahmed c. Hongrie* [GC], 2019, §§ 186-194; *Thiam c. Italie*, 2022, §§ 32-41). Dans l'affaire *H.M. et autres c. Hongrie* (2022, §§ 13, 21-27 (en anglais uniquement)), l'article 3 a été violé lorsqu'une personne demandeuse d'asile a été menottée et attachée à une laisse au cours de son trajet vers l'hôpital et pendant sa visite à l'hôpital pour servir d'interprète à son épouse enceinte.

15. Parmi les principaux instruments internationaux, il convient de souligner le Pacte mondial des Nations Unies sur les réfugiés¹⁰. Adopté sous la forme d'une résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies, ce pacte vise à mettre en œuvre le principe du partage des charges et des responsabilités, à mobiliser l'ensemble de la communauté internationale et à renforcer les réponses apportées aux situations rencontrées par des personnes réfugiées. En matière de santé, le Pacte invite les États à soutenir des dispositifs de protection adaptés permettant un contrôle de sécurité en temps opportun et une évaluation sanitaire rapides des nouveaux arrivants; à étendre et à améliorer la qualité des systèmes de santé nationaux afin de faciliter l'accès tant pour les personnes réfugiées que pour les communautés d'accueil; et à construire, équiper ou renforcer les établissements et services de santé, notamment par le développement des capacités et des possibilités de formation pour les personnes réfugiées et les membres des communautés d'accueil.

16. Le Comité européen de coopération juridique a publié un Guide à l'intention des praticiens sur la rétention administrative des migrants et des demandeurs d'asile (2023), qui traite des normes en matière de soins de santé. Il comprend des listes destinées aux professionnel·les de santé et aux avocat·es pour prendre en compte les situations de vulnérabilité¹¹.

17. Le Groupe d'experts sur la lutte contre la traite des êtres humains (GRETA) surveille l'accès aux soins de santé des victimes de la traite, y compris parmi les personnes demandeuses d'asile et migrantes, en examinant les lacunes en matière de protection afin de prévenir les situations de vulnérabilité. Son 8^e rapport général consacre un chapitre à l'aide aux victimes, avec une section sur l'aide médicale¹².

18. Le 7^e cycle de suivi de la Commission européenne contre le racisme et l'intolérance (ECRI) donne la priorité à l'égalité et à l'inclusion dans les soins de santé, avec des sections dédiées dans tous les rapports nationaux, couvrant les ressortissant·es étrangers¹³. À partir de 2025, les rapports initiaux (Albanie, Autriche, Monaco, République slovaque à partir de juin 2026; puis Belgique, Tchéquie, Danemark, Norvège) approfondiront ces questions. Les rapports antérieurs traitaient des soins de santé destinés aux personnes migrantes dans les sections consacrées à l'intégration, y compris en ce qui concerne les bénéficiaires d'une protection. En 2024, l'ECRI a publié des fiches thématiques sur [le racisme dans les soins de santé et l'intégration des personnes migrantes](#). De plus, la [Recommandation de politique générale n°16 de l'ECRI](#) (2016) sur les migrants en situation irrégulière souligne la nécessité d'un accès aux soins de santé de base pour cette catégorie de personnes migrantes et recommande la mise en place de mesures (appelées «pare-feu») qui empêcheraient les acteur·trices des secteurs public et privé d'exclure *de facto* ces personnes de l'accès aux soins de santé par le biais de réglementations ou de politiques exigeant le partage de données personnelles ou d'autres informations avec les autorités d'immigration à des fins de contrôle et d'application de la loi. (paragraphe 11 à 15 et 21 à 24).

19. La [Banque de développement du Conseil de l'Europe](#) (CEB) contribue également, dans le cadre de sa mission sociale, à la cohésion sociale et au soutien des groupes vulnérables, notamment les personnes migrants et réfugiées, en renforçant la résilience des systèmes de santé et l'égalité d'accès aux soins. En 2024-2025, elle a approuvé 1,1 milliard d'euros pour la modernisation des hôpitaux et 2,2 milliards d'euros pour les personnes migrantes, réfugiées et déplacées. Le [Fonds pour les migrants et les réfugiés](#) de 2015 (doté de 39 millions d'euros; 37 millions d'euros approuvés) a par exemple financé à hauteur de 1,15 million d'euros l'Espagne (2018) pour l'équipement et la formation à Ceuta et Melilla. Pour l'Ukraine, 31 millions d'euros de subventions et de prêts comprenaient 100 millions d'euros (2023, [projet HEAL](#)) pour la santé mentale et la réadaptation, en aidant en particulier les personnes déplacées à l'intérieur du pays. En Türkiye, [SHIFA](#) a construit ou rénové des installations (65 nouvelles, 44 centres pour personnes migrantes), ajoutant 110 unités de réadaptation avec équipement.

10. www.unhcr.org/fr/en-bref/qui-nous-sommes/le-pacte-mondial-sur-les-refugies.

11. Conseil de l'Europe, 2023, [Guide pour les praticiens: rétention administrative des migrants et des demandeurs d'asile](#), en particulier les pages 53 et suivantes.

12. www.coe.int/fr/web/anti-human-trafficking/-/greta-publishes-8th-general-report-on-its-activities, à partir de la p. 54.

13. Voir [le document d'information](#), paragraphes 3 et 5.

3. Problèmes de santé et obstacles rencontrés par les personnes migrantes et réfugiées dans l'accès aux soins de santé

3.1. La situation générale

20. Les obstacles et les difficultés rencontrés par les personnes migrantes et réfugiées pour accéder aux soins de santé sont multifactoriels. Outre la visite d'enquête au Monténégro, abordée dans un chapitre distinct du présent rapport, d'autres visites d'information organisées par la commission ont permis de mettre en lumière ces questions. La série d'auditions tenues lors des réunions de la commission a également permis d'entendre divers acteur·trices travaillant avec les personnes migrantes.

21. Lors d'une [visite d'information](#) à Calais, en France, qui s'est tenue les 25 et 26 octobre 2023, la sous-commission *ad hoc* créée à cet effet a notamment visité l'infirmerie du centre de rétention administrative de Coquelles et, sur la base des informations reçues d'ONG, a été informée de grèves de la faim, d'un accès limité aux services médicaux et de graves problèmes de santé, les troubles psychologiques étant souvent minimisés par les autorités. Le rapport publié à la suite de cette visite a également souligné que «[l']accès aux soins est également déficient, même s'il est heureusement compensé en partie – mais dans une proportion insuffisante – par des infirmeries et cliniques mobiles gérées par des ONG, mandatées ou non par l'Etat. Les hôpitaux de Calais et de Dunkerque disposent de services spécialisés dans l'accès aux soins pour les personnes réfugiées, migrantes et demandeuses d'asile, mais cette information n'est la plupart du temps pas connue. En raison de la politique décrite de négligence et de harcèlement, il est en outre difficile d'atteindre les personnes dans le besoin, qui de leur côté ont du mal à se rendre dans les hôpitaux, compte tenu de leur éloignement. Des ONG ont expliqué à la délégation que les bénévoles utilisent souvent leur propre véhicule pour transporter des patients à l'hôpital».

22. Au cours de la [visite d'information](#) menée en Sicile, en Italie du 16 au 18 septembre 2024, la sous-commission *ad hoc* créée à cet effet a été informée par les autorités locales que les problèmes de santé les plus courants comprenaient l'hypothermie en hiver, la déshydratation et les coups de chaleur en été, le diabète, les brûlures et l'inhalation de fumées toxiques provenant des moteurs des bateaux. Au sein du système d'accueil, la délégation a observé les premiers soins médicaux prodigués aux personnes migrantes après leur débarquement au port de Lampedusa. Une fois ces premiers soins administrés, ces personnes sont transportées en bus vers le «*hotspot*» de Lampedusa, où un centre de santé dédié continue de leur fournir une assistance médicale. Les «*hotspots*» sont des centres gouvernementaux installés dans les lieux de débarquement afin de fournir des informations sur les modalités de demande de protection internationale.

23. Au cours de sa visite d'information au Royaume-Uni, qui s'est déroulée du 24 au 26 mars 2025 dans le cadre de la préparation de son [rapport](#) intitulé «Les défis et besoins des acteurs publics et privés impliqués dans la gestion des migrations», notre actuelle présidente de la commission, M^{me} Sandra Zampa (Italie, SOC), s'est rendue au centre de traitement des demandes d'asile de Manston, qui prend le relais du centre de traitement Western Jet Foil de Douvres pour le traitement des premiers arrivant·es. Elle a expliqué que «[l]es migrant·es y passent par une salle biométrique, qui est gérée par des agent·es publics du Home Office. En revanche, les phases suivantes, au cours desquelles des enquêteurs et enquêtrices interrogent les personnes sur leur traversée, leurs intentions, etc. sont sous-traitées à une société privée. De même, les unités de soins sont également sous-traitées au secteur privé et sont chargées de l'évaluation des problèmes de santé, des diagnostics et des traitements».

24. Outre ces différentes visites d'information, j'ai organisé plusieurs échanges de vues et auditions, qui m'ont permis de compléter le tableau général des conditions de santé des personnes migrantes et réfugiées ainsi que de leur accès aux services de santé en Europe.

25. Lors d'une audition de la commission tenue le 11 mars 2026, M. Yves-Laurent Jackson, médecin agrégé et professeur des Hôpitaux universitaires de Genève et de la Faculté de médecine, Université de Genève, a examiné l'accès des personnes migrantes et réfugiées aux soins de santé, soulignant qu'une prestation efficace dépendait à la fois des dynamiques du côté de la demande et de celles du côté de l'offre. Du côté de la demande, le comportement des personnes migrantes en matière de recours aux soins est influencé par l'âge, l'état de santé et des priorités telles que le logement et la sécurité. La peur, la méfiance, les obstacles administratifs et la distance découragent souvent le recours aux systèmes de santé, tandis que les ONG et les initiatives communautaires comblent souvent ces lacunes. Du côté de l'offre, et s'appuyant sur le cadre des systèmes de santé de l'Organisation mondiale de la Santé, M. Jackson a souligné la nécessité d'un personnel formé et compétent sur le plan culturel, ainsi que de services complets allant au-delà des soins d'urgence. Des cadres politiques cohérents, un financement durable et des systèmes d'information fiables sont essentiels, en particulier pour les populations mobiles qui ont besoin d'une continuité dans leurs dossiers médicaux.

26. Il a averti que la fragmentation des services aggrave les maladies chroniques et les problèmes de santé mentale, conduisant les personnes migrantes à recourir à des services d'urgence coûteux. Les inégalités d'accès nuisent tant aux personnes migrantes qu'aux communautés d'accueil, comme on l'a vu pendant la pandémie de COVID-19. Il est essentiel de s'attaquer aux déterminants sociaux plus larges, notamment le logement, l'emploi et l'environnement, pour améliorer les résultats en matière de santé, compte tenu de l'exposition disproportionnée des personnes migrantes aux risques.

27. M. Jackson a cité des données montrant que l'inclusion dans les régimes nationaux d'assurance maladie, le recours à des interprètes et à des médiateur-trices culturels, ainsi que l'intégration dans des programmes de soutien social améliorent tous les résultats en matière de santé. Les systèmes de santé devraient rapprocher les soins des communautés concernées grâce à des partenariats locaux avec des ONG. Il a souligné l'impact positif de la régularisation juridique et de la protection des données personnelles, et a rejeté l'idée selon laquelle l'accès aux soins de santé agirait comme un «facteur d'attraction» migratoire.

28. En conclusion, M. Jackson a identifié quatre priorités: les politiques intégrées en matière de santé des personnes migrantes génèrent des avantages financiers et de santé publique sans créer d'incitations à la migration; les conditions sociales doivent être prises en compte parallèlement aux soins médicaux; des cadres de financement durables sont le fondement de l'équité; et la confiance entre les prestataires de soins de santé et les communautés de personnes migrantes est fondamentale.

29. Lors d'un échange de vues organisé par la commission le 20 octobre 2025, M^{me} Sally Hargreaves, professeure de santé publique clinique, à *City St George's*, de l'Université de Londres et M^{me} Inka Weissbecker, experte en santé mentale, santé cérébrale et consommation de substances psychoactives à l'Organisation mondiale de la Santé, ont souligné que l'accès des personnes migrantes et réfugiées aux soins de santé devait être considéré comme une question générale de santé publique et de droits humains, en accordant une attention particulière aux maladies infectieuses, aux maladies chroniques et aux besoins en matière de santé mentale, ainsi qu'aux obstacles qui empêchent un accès rapide aux soins. Les deux expertes ont souligné que le simple fait d'avoir droit à des soins ne suffit pas s'il n'est pas accompagné de systèmes inclusifs, d'actions de sensibilisation efficaces, de services adaptés sur le plan culturel et linguistique et d'une collecte de données plus solide.

30. M^{me} Hargreaves a présenté la santé des personnes migrantes comme un phénomène dynamique plutôt que statique. Elle a noté que certains ensembles de données montrent globalement un «effet migrant en bonne santé», mais que cela ne doit pas occulter la mortalité plus élevée et la charge de morbidité observées pour certaines pathologies, en particulier les maladies infectieuses, ni le fait que les personnes migrantes sont sur-représentées dans certains ensembles de données européens sur les maladies infectieuses. Elle a également souligné les retards de diagnostic, notamment pour le VIH, et a fait valoir que ces retards compromettent les objectifs de lutte contre les maladies et révèlent la nécessité d'une prestation de soins de santé plus proactive et inclusive.

31. Elle a en outre souligné que les personnes migrantes peuvent être sous-vaccinées, en particulier lorsque les systèmes de santé et de vaccination ont échoué dans les pays d'origine, et que l'exclusion des services à leur arrivée peut aggraver ces lacunes. De plus, elle a averti que la santé se détériore souvent avec le temps après l'installation, citant des preuves d'une aggravation des résultats dans des domaines tels que le diabète et les maladies cardiovasculaires.

32. M^{me} Hargreaves a également mis en avant l'impact des conditions de travail, notant que les personnes migrantes, réfugiées et demandeuses d'asile sont souvent cantonnées à des emplois «sales, dégradants et dangereux» et exposés à des risques accrus d'accidents du travail et d'exploitation, avec des conséquences tant sur leur santé physique que mentale. Elle a classé les obstacles à l'accès aux soins de santé en trois catégories: les obstacles juridiques et politiques, les obstacles structurels et économiques, et les obstacles personnels, notamment la méconnaissance des droits, la crainte de solliciter les services, les barrières linguistiques et de compréhension des questions de santé, la stigmatisation et la méfiance.

33. Ses recommandations étaient claires: l'Europe devrait s'orienter vers un cadre de soins de santé universel pour les personnes migrantes, garantir un accès plus complet aux services généraux, maintenir des filets de sécurité pour les personnes sans papiers, investir dans les soins préventifs, développer des modèles de services inclusifs pour les personnes migrantes, collaborer avec les organisations communautaires, améliorer la communication en matière de santé publique, impliquer les employeur-euses, renforcer les compétences du personnel et améliorer la collecte de données à travers l'Europe.

34. M^{me} Weissbecker s'est concentrée sur la santé mentale, soulignant que les personnes réfugiées et migrantes sont exposées non seulement à des événements traumatisants avant et pendant leur déplacement, mais aussi à la discrimination, à l'exclusion et à d'autres facteurs de stress dans le pays d'accueil, qui peuvent

être tout aussi préjudiciables. Elle a fait la distinction entre la détresse normale et les troubles mentaux, tout en notant que les personnes réfugiées et migrantes présentent néanmoins une prévalence plus élevée de dépression, d'anxiété et de syndrome de stress post-traumatique que les populations d'accueil.

35. Elle a expliqué que l'accès aux soins de santé mentale est nécessaire non seulement parce qu'il s'agit d'un droit humain, mais aussi parce que les troubles non traités nuisent au fonctionnement quotidien, aggravent la santé physique, entravent l'intégration, affectent les familles et les communautés, et génèrent des coûts sociaux et économiques évitables. Elle a également souligné le retour sur investissement significatif lié au traitement des troubles mentaux courants.

36. Parmi les principaux obstacles qu'elle a identifiés figuraient la mauvaise compréhension des maladies mentales, la stigmatisation, le manque d'informations, le coût, les préoccupations liées à la confidentialité, les barrières linguistiques, le manque de moyens pour l'interprétation, la faiblesse des filières d'orientation, la pénurie de spécialistes, les longs délais d'attente, l'offre limitée de services communautaires et l'insuffisance des compétences culturelles chez les prestataires. Elle a donc recommandé de dépasser les modèles centrés sur les spécialistes en formant des non-spécialistes et des travailleur·euses communautaires, en intégrant le soutien en matière de santé mentale dans les structures communautaires telles que les écoles et les centres d'accueil, en garantissant la prise en charge financière quel que soit le statut juridique, en mettant en place des réseaux d'orientation, en développant les actions de proximité dans les langues pertinentes, en collectant des données ventilées et en améliorant la continuité des soins grâce à une meilleure communication et à des informations de santé transférables.

37. Lors d'un échange de vues organisé par la commission le 8 décembre 2025, M^{me} Amira Yahiaoui, psychologue clinicienne et titulaire d'un doctorat de l'université Paris Cité, a présenté les défis en matière de santé mentale observés dans les centres de rétention administrative (CRA) français, ainsi que la vulnérabilité psychologique des femmes exilées et de leurs enfants, en s'appuyant sur des recherches ethnographiques menées dans onze centres de rétention français entre mai 2021 et juillet 2022.

38. M^{me} Yahiaoui a détaillé les lacunes systémiques dans la prise en charge médicale au sein des CRA. Bien que chaque centre dispose d'une unité médicale avec des médecins généralistes et un personnel infirmier limité, les services de psychiatrie et de traitement des addictions restent gravement insuffisants malgré la prévalence de ces troubles chez les détenus. Le soutien psychologique se limite souvent à des interventions à temps partiel. Les déficiences structurelles, le manque de personnel et l'absence d'interprètes aggravent la détresse des détenus, dont beaucoup présentent des symptômes psychiatriques graves et manifestent des comportements violents et/ou d'automutilation. M^{me} Yahiaoui a souligné que ces réactions ne sont pas seulement l'expression d'une souffrance individuelle, mais aussi la manifestation d'une négligence institutionnelle. L'environnement coercitif, l'incertitude liée à l'expulsion et l'isolement social aggravent les traumatismes préexistants et entravent la communication, créant un espace où la violence et le désespoir remplacent les mots.

39. Elle a également souligné l'inefficacité économique et humaine de la détention, notant qu'elle a coûté 265 millions d'euros à l'État français en 2024 alors que plus de la moitié des détenus ont été libérés sans être expulsés. Le caractère cyclique de la rétention et du retour en France perpétue la détérioration psychologique plutôt que de garantir la sécurité publique.

40. En conclusion, M^{me} Yahiaoui a appelé à cesser de traiter ces questions uniquement comme des problèmes psychiatriques pour s'attaquer à leurs racines politiques et structurelles, à savoir la précarité sociale, la ségrégation et l'absence de protection juridique et institutionnelle, sans lesquelles un véritable rétablissement de la santé mentale ne peut être atteint.

3.2. La perspective économique

41. D'un point de vue économique, M. Jackson a souligné que les personnes migrantes tardent souvent à consulter un médecin pour diverses raisons, jusqu'à ce que leur état soit jugé urgent ou gravement invalidant. En conséquence, les services d'urgence deviennent fréquemment le premier point d'entrée dans le système de santé, alors qu'une part importante des coûts liés aux consultations et aux hospitalisations aurait pu être évitée si un accès plus précoce aux prestataires de soins avait été facilité. Les soins dispensés en milieu d'urgence sont à la fois plus coûteux, tant pour les systèmes de santé que pour les individus, et moins efficaces que les soins primaires pour répondre de manière globale aux besoins de santé. Cela inclut la fourniture de services préventifs qui réduisent la probabilité de consultations futures. Ces limites sont encore plus prononcées dans les cas impliquant des besoins de santé multiples, car les systèmes fondés sur les urgences ne sont pas conçus pour assurer la continuité des soins, ce qui entrave la prise en charge efficace des maladies chroniques et augmente le risque de nouvelles consultations évitables.

42. M. Jackson a fait référence à des études menées en Allemagne et en Suisse démontrant que des politiques inclusives peuvent réduire considérablement les coûts de santé par habitant en orientant les soins vers la prévention et les services de première ligne. Le projet pilote de régularisation à Genève a permis d'améliorer la couverture d'assurance, d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé mentale et de réduire le recours aux soins d'urgence. Il a également décrit une unité de santé intégrée et financée par des fonds publics à Genève qui prend en charge les groupes vulnérables grâce à des équipes multidisciplinaires et au partage des tâches, garantissant ainsi une prestation de services complète et équitable. Dans l'ensemble, les systèmes de santé les plus rentables sont ceux qui donnent la priorité à un accès facilité et universel aux soins primaires, complétés par des services d'urgence réservés aux situations graves et inévitables.

43. Dans la même optique économique, les services de soins de santé primaires en Türkiye sont financés par le ministère de la Santé via des dotations budgétaires générales. Les services secondaires et tertiaires, y compris ceux fournis par les hôpitaux universitaires et privés après une orientation appropriée, ainsi que les services d'urgence 112, sont financés par la Présidence de la gestion des migrations conformément au «Protocole de budget global» (Global Budget Protocol) renouvelé chaque année. La Présidence prend également en charge les coûts des médicaments ambulatoires et des fournitures médicales, telles que les orthèses et les prothèses. Dans la pratique, le secteur public prend en charge les frais de santé et de médicaments pour les personnes bénéficiant d'une protection temporaire et pour les victimes de la traite des êtres humains, tandis que l'assurance maladie des personnes étrangères titulaires d'un permis de travail est prise en charge par leur employeur.

3.3. Les femmes, les filles et les enfants non accompagnés, une population migrante particulièrement vulnérable

44. Les femmes et les filles – qui représentent environ la moitié de l'ensemble des personnes migrantes – sont particulièrement exposées aux risques¹⁴, tout comme les mineur·es non accompagnés. Les femmes migrantes sont touchées de manière disproportionnée par la traite et les violences sexuelles, y compris le viol. Au cours de leurs migrations, elles sont fréquemment confrontées à des complications lors de l'accouchement, à des grossesses non désirées et à l'anémie. Les femmes comme les enfants non accompagnés se heurtent à des obstacles majeurs pour accéder au diagnostic, au traitement, à la prévention, au conseil et aux médicaments. Les personnes migrantes en situation de handicap constituent également un groupe particulièrement vulnérable nécessitant une attention ciblée.

45. En ce qui concerne les femmes et les filles migrantes et demandeuses d'asile, les conclusions du Groupe d'experts sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (GREVIO) mettent en évidence des obstacles persistants à l'accès aux soins de santé. Ces femmes et ces filles sont souvent touchées de manière disproportionnée par la discrimination intersectionnelle. Dans l'ensemble de ses rapports d'évaluation initiale, le GREVIO a constaté que l'attention accordée aux risques cumulés auxquels ces femmes et ces filles sont confrontées était insuffisante, notamment en raison d'une connaissance insuffisante de leurs droits et d'un manque d'informations accessibles dans des langues qu'elles comprennent. [Analyse horizontale à mi-parcours](#) de 17 rapports d'évaluation de référence a mis en évidence des lacunes récurrentes. Le GREVIO s'est dit préoccupé par l'absence de dépistage systématique de la vulnérabilité à l'arrivée dans des pays tels que l'Italie, Malte et l'Espagne, ce qui a conduit à un hébergement inadéquat pour les femmes et les filles ayant des besoins de protection spécifiques. Il a exhorté les États à mettre en place des procédures de dépistage systématiques afin d'identifier les vulnérabilités et d'assurer un placement approprié.

46. Les rapports soulignent en outre l'incapacité à garantir l'accès aux services de soutien spécialisés et l'information à leur sujet, qui sont essentiels pour que les victimes de violences sexistes puissent dénoncer les abus et obtenir une aide psychologique, médicale et liée aux traumatismes. De même, le GREVIO a observé qu'en Finlande, aux Pays-Bas, en Serbie et en Suède, les services de soutien restent insuffisamment adaptés aux besoins des groupes vulnérables, notamment les femmes et les filles migrantes, qui se heurtent à des barrières culturelles et linguistiques. Le GREVIO a également souligné l'absence de protocoles nationaux standardisés pour identifier et traiter les mutilations génitales féminines et d'autres formes de violence, notant des disparités importantes dans les réponses des services de santé entre des pays tels que la France, la Finlande, Malte, la Serbie et l'Espagne. L'absence de procédures uniformes a entraîné une qualité inégale des soins. Enfin, le GREVIO a constaté des lacunes généralisées dans la formation des professionnels de santé. Il a appelé les États, notamment l'Albanie, l'Autriche, la Belgique, la France, l'Italie et Malte, entre

14. www.migrationdataportal.org/themes/women-girls-migration (en anglais uniquement).

autres, à mettre en place une formation obligatoire conforme à la Convention d'Istanbul afin d'améliorer l'identification, le traitement et le soutien des victimes de mutilations génitales féminines et de violences sexuelles.

47. En ce qui concerne les enfants migrants non accompagnés, et comme l'a souligné le Comité directeur pour les droits de l'homme du Conseil de l'Europe¹⁵, lors de l'examen des placements en famille d'accueil, il est important de reconnaître que les enfants non accompagnés et séparés ont des besoins et des situations particuliers.

48. Le [Comité de Lanzarote](#) du Conseil de l'Europe a également mis en avant les efforts soutenus de l'Organisation pour renforcer la protection internationale des enfants migrants et réfugiés par le biais de normes juridiques, de mesures de suivi et d'initiatives de coopération. Ses cycles de suivi d'urgence sur la protection des enfants touchés par la crise des réfugié-es contre l'exploitation et les abus sexuels ont abouti à des rapports clés, à une déclaration en 2018 et à des outils pratiques, notamment un manuel destiné à aider les professionnels dans les contextes de crise. Dans le cadre de la Stratégie pour les droits de l'enfant (2022-2027), le Comité directeur pour les droits de l'enfant a fait progresser la mise en œuvre des recommandations relatives à la tutelle et à l'évaluation de l'âge, en soulignant la nécessité de renforcer les cadres nationaux. Le Comité a également développé des projets de coopération en Ukraine, en République de Moldova et en Arménie, qui renforcent les systèmes de protection de l'enfance pendant et après les crises.

49. Lors de l'échange de vues susmentionné organisé par la commission le 8 décembre 2025, la psychologue Amira Yahiaoui a décrit l'extrême pauvreté, la violence sexiste et la marginalisation sociale auxquelles sont confrontées les mères migrantes, ce qui nuit gravement à leur santé mentale et à celle de leurs enfants. Elle a en outre souligné les risques accrus de troubles du développement et de troubles psychiatriques chez les enfants vivant dans la précarité.

3.4. Externalisation et centres de retour

50. Depuis le milieu des années 2010, l'Union européenne et plusieurs États membres ont progressivement externalisé les responsabilités en matière de contrôle des frontières et d'asile vers des États situés le long des routes africaines et méditerranéennes (par exemple le Niger, la Libye, la Tunisie et le Maroc), en combinant financement, formation et équipement pour le contrôle des migrations avec des efforts visant à bloquer les départs et à faciliter les retours. Il est largement documenté que de telles politiques aggravent les obstacles à l'accès aux soins de santé et créent des risques évitables pour la santé publique des personnes migrantes et réfugiées¹⁶.

51. Dans un [rapport](#) intitulé «Les politiques d'externalisation de la gestion de l'asile et des migrations et les droits humains», publié en septembre 2025, le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, Michael O'Flaherty, souligne que les accords d'asile externalisés compromettent fréquemment l'accès des personnes migrantes et réfugiées aux soins de santé et à d'autres droits fondamentaux en transférant la responsabilité des États membres du Conseil de l'Europe vers des pays où les systèmes de protection et d'accueil sont plus faibles. Des normes juridiques telles que le principe de non-refoulement, le droit à la vie, le droit de ne pas être soumis à la torture et le droit à un recours effectif en vertu de la Convention européenne et des traités des Nations unies exigent que les États ne transfèrent pas de personnes vers des lieux où elles courent un risque réel de préjudice grave, notamment par le refus de soins médicaux ou la détérioration de leur santé physique et mentale.

52. Parmi les obstacles pratiques figurent le recours à des mécanismes de «pays tiers sûr» ou de traitement externe (par exemple, l'ancien modèle Royaume-Uni-Rwanda et l'actuel modèle Italie-Albanie), qui peuvent laisser les personnes demandeuses d'asile bloquées dans des centres surpeuplés et dépourvus de ressources suffisantes, avec un accès limité ou inadéquat aux soins de santé et une incertitude prolongée quant à leur statut. Le rapport souligne que l'évaluation de ces transferts doit porter non seulement sur les garanties juridiques formelles, mais aussi sur les conditions réelles, notamment la disponibilité et la pérennité des services de santé, des moyens de subsistance et de la protection des groupes vulnérables.

15. Comité directeur pour les droits de l'homme (CDDH), Guide sur le placement en famille d'accueil d'enfants non accompagnés ou séparés, CDDH(2021)R95 Addendum 1, <https://rm.coe.int/comite-directeur-pour-les-droits-de-l-homme-cddh-guide-sur-le-placemen/1680a4d5da>.

16. Voir par exemple Médecins sans frontières, «Forteresse de sable, les politiques d'externalisation de l'UE et les routes migratoires transsahariennes», septembre 2025, <https://medias.msf.lu/resume-fr-msf-rapport-fortress-in-the-sand> (résumé); rapport complet (en anglais uniquement): <https://medias.msf.lu/en/rapport-msf-fortress-in-the-sand>.

53. Les garanties recommandées dans le rapport comprennent des évaluations des risques rigoureuses et individualisées avant tout transfert; des bases juridiques claires et des droits exécutoires permettant de contester les décisions de transfert avec effet suspensif; et un suivi continu des conditions dans les pays d'accueil, y compris les normes en matière de soins de santé et de protection, afin de prévenir le refoulement et les déplacements ultérieurs. Les États membres sont instamment invités à veiller à ce que les programmes d'externalisation ne reposent pas principalement sur la détention, ne ciblent pas les enfants ou d'autres personnes vulnérables, et s'accompagnent de mécanismes solides de transparence, de surveillance indépendante et de responsabilité afin de protéger l'accès des personnes migrantes et réfugiées aux soins de santé et à d'autres droits.

54. Le rapporteur général de l'Assemblée sur les politiques européennes de migration et d'asile, Lord Michael German, a récemment appelé à la mise en place de garanties similaires¹⁷. Il a souligné la nécessité que les recours contre les décisions d'expulsion aient un effet suspensif, avertissant que l'expulsion d'une personne avant que son recours n'ait été tranché pourrait l'exposer à un préjudice grave et irréversible et porter atteinte à l'État de droit. Il a également rappelé que la détention des enfants migrants n'est jamais dans leur intérêt supérieur, et a exhorté les parties prenantes de l'Union européenne à inscrire ce principe dans la législation future.

55. Le seul «centre de retour» («*return hub*») extraterritorial est actuellement celui géré par l'Italie à Gjader, en Albanie. Le médiateur chargé des questions de détention du Latium s'est rendu dans ce centre l'année dernière et a constaté des risques potentiels en matière de soins de santé¹⁸. L'ASGI, une ONG juridique connue, a dressé un tableau extrêmement préoccupant de l'état physique et mental des détenus dans ce centre, avec de nombreux cas de détresse psychologique grave, d'automutilation et plusieurs tentatives de suicide¹⁹. Le rapport critique l'accès des personnes migrantes et réfugiées aux soins de santé au centre de rétention pré-expulsion de Gjader, en Albanie, dans le cadre du protocole Italie-Albanie, en mettant l'accent sur les personnes migrantes en situation irrégulière détenues avant leur expulsion. Les normes de l'Union européenne énoncées dans la directive 2008/115/CE sur le retour (articles 15, paragraphe 2, et 16, paragraphe 3) imposent la fourniture de soins médicaux essentiels, en temps opportun et adéquats, le droit de communication et la libération immédiate lorsque la détention est illégale. Parmi les obstacles pratiques figure l'absence d'accès au système de santé national italien, qui prive les personnes détenues de traitements spécialisés, de thérapies en cours, de services de lutte contre les addictions et de soins de santé mentale. Le système de santé albanais présente des lacunes structurelles et n'est pas en mesure de répondre aux normes de l'UE et de l'Italie; l'éloignement géographique de Gjader, sans hôpital à proximité, retarde encore davantage les soins d'urgence. Le monitoring a révélé de graves troubles psychologiques, des cas d'automutilation, des tentatives de suicide et une surconsommation de psychotropes, aggravant les vulnérabilités en l'absence d'un soutien adéquat. Les mesures de protection sont donc insuffisantes, car ces établissements, placés sous juridiction italienne sur le territoire albanais, ne peuvent répondre à des besoins de santé complexes. De plus, la coopération avec les parties prenantes albanaïses, en particulier les hôpitaux, est insuffisante lorsque l'hospitalisation est nécessaire, ce qui compromet les droits à la santé et la dignité humaine.

56. Plus généralement, en ce qui concerne le règlement sur les retours récemment adopté par le Parlement européen²⁰, des voix influentes ont tiré la sonnette d'alarme quant à son impact sur les soins de santé. Au-delà des conséquences sanitaires du recours accru à la détention et aux expulsions forcées, les principaux nouveaux risques découlent, d'une part, des nouvelles mesures visant à «détecter» les personnes migrantes en situation irrégulière, qui pourraient obliger les professionnels de santé à les signaler aux autorités (article 6); et, d'autre part, d'une nouvelle disposition autorisant le transfert des données de santé des personnes migrantes vers des pays tiers à des fins d'expulsion (article 41). Les modifications proposées ont été vivement critiquées par le Commissaire O'Flaherty²¹, par une lettre conjointe de seize rapporteur-es spéciaux des Nations unies et par plus de 250 organisations non gouvernementales²².

17. <https://pace.coe.int/fr/news/10242/pace-general-rapporteur-urges-eu-to-abandon-proposal-to-detain-migrant-children-in-coming-returns-regulation>.

18. Rapport de visite (en italien uniquement): www.garantedetenutilazio.it/prima-visita-dei-garanti-anastasia-e-calderone-al-cpr-di-gjader.

19. www.asgi.it/wp-content/uploads/2025/07/2025_CPR-Albania-European-Commission_eng.pdf. Voir en particulier la section 2 (en anglais uniquement).

20. <https://www.europarl.europa.eu/news/fr/press-room/20260324IPR38908/reglement-sur-les-retours-les-deputes-sont-prets-a-entamer-des-negociations>.

21. www.coe.int/fr/web/commissioner/-/council-of-europe-commissioner-alerts-to-human-rights-risks-in-upcoming-eu-returns-regulation.

22. www.statelessness.eu/updates/news/joint-letter-more-200-organisations-reject-eu-return-regulation (en anglais uniquement).

57. Certains éléments du Pacte de l'Union européenne sur la migration et l'asile pourraient en outre avoir des implications contestables sur l'accès des personnes migrantes aux soins de santé. Bien que le Pacte comporte certaines dispositions relatives à la santé, plusieurs d'entre elles risquent de limiter l'accès effectif aux soins dans la pratique. En vertu du règlement sur le filtrage, l'examen médical obligatoire est strictement défini comme faisant partie de l'identification des vulnérabilités et de la détermination des mesures nécessaires au cours du processus de filtrage. Il n'établit pas un droit plus large aux soins de santé, ni ne garantit un traitement de suivi pour les pathologies identifiées à ce stade. De plus, l'obligation pour les personnes de rester dans des lieux désignés pendant le filtrage peut entraîner *de facto* des conditions assimilables à une rétention, où l'accès aux soins médicaux est souvent limité, en particulier en ce qui concerne la santé mentale et les services spécialisés²³. La directive sur les conditions d'accueil laisse également une marge d'appréciation importante aux États membres, n'exigeant que «les soins médicaux nécessaires qui comportent, au minimum, les soins urgents et le traitement essentiel des maladies»²⁴. Cette formulation peut permettre des interprétations restrictives excluant les soins spécialisés, de réadaptation ou psychosociaux. Prises ensemble, ces dispositions créent un risque que les soins de santé restent formellement garantis mais substantiellement inaccessibles, en particulier pour les demandeurs souffrant de maladies chroniques, de troubles liés à un traumatisme ou ayant des besoins en matière de santé mentale.

58. Dans le rapport de 2025 susmentionné, Médecins Sans Frontières conclut qu'une décennie de politiques d'externalisation de l'UE au sud de la Méditerranée a eu des «effets néfastes», notamment des décès le long des routes transsahariennes et en mer. L'organisation appelle à la révision, à la suspension ou à la résiliation urgentes des accords de coopération qui ne garantissent pas la diligence requise et la protection des droits.

4. Étude de cas: la visite d'information au Monténégro

59. Dans le cadre de la préparation de ce rapport, j'ai effectué une visite d'information au Monténégro, un État membre petit mais stratégiquement important. Le Monténégro est actuellement le pays candidat à l'adhésion à l'UE le plus avancé dans le processus d'élargissement, étant entré dans ce que le Conseil et la Commission de l'UE décrivent comme la «phase finale» des négociations d'adhésion. Tous les chapitres sont ouverts, beaucoup sont provisoirement clos, et le Conseil de l'UE s'est déclaré prêt à procéder, sous réserve des progrès des réformes, à la rédaction du traité d'adhésion. Le Monténégro constitue également une étude de cas précieuse en tant que pays de transit clé sur la route migratoire des Balkans occidentaux. Des personnes migrantes traversent régulièrement son territoire, arrivant principalement des pays voisins que sont l'Albanie, le Kosovo^{*25} et la Serbie.

60. La visite, qui s'est déroulée du 4 au 7 mars 2026, s'inscrivait dans le cadre d'efforts plus larges visant à évaluer l'accès des personnes migrantes et réfugiées aux soins de santé dans les États membres du Conseil de l'Europe. Le programme combinait des réunions avec les autorités nationales, notamment les ministères de la Santé et de l'Intérieur, les commissions parlementaires et l'institution du médiateur, avec des visites dans des centres d'accueil et des installations frontalières, ainsi que des consultations avec des acteurs internationaux et de la société civile clés tels que l'OIM, le HCR et la Croix-Rouge. Ces rencontres visaient à obtenir un aperçu de première main du cadre institutionnel et des pratiques du Monténégro en matière de soins de santé et de protection des personnes migrantes et réfugiées, à identifier les défis et les bonnes pratiques, et à éclairer les travaux plus larges de la commission sur l'accès équitable aux services de santé essentiels pour toutes les personnes, quel que soit leur statut.

61. Les interlocuteur·trices ont expliqué que la plupart des personnes migrantes proviennent du Moyen-Orient, d'Afghanistan, du Pakistan, du Soudan et d'autres pays de ces régions. Cette diversité reflète des origines, des cultures et des religions variées, qui doivent toutes être prises en compte pour répondre aux besoins des personnes migrants, même si la majorité d'entre elles ne font que transiter par le Monténégro.

62. Les représentant·es du ministère de la Santé et des services de santé publique concernés ont décrit la législation dérivée régissant les soins de santé destinés aux personnes migrantes et réfugiées. En vertu de la loi nationale sur l'assurance maladie, personnes migrantes et demandeuses d'asile bénéficient d'une protection de santé de base, comprenant les examens médicaux et les soins d'urgence, conformément aux

23. [Règlement \(UE\) 2024/1356](#).

24. Article 19 de la Directive établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant une protection internationale (refonte), [Directive \(UE\) 2024/1346](#), [Directive 2013/33/UE](#) établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale (refonte).

25. *Toute référence au Kosovo, que ce soit le territoire, les institutions ou la population, doit se comprendre en pleine conformité avec la Résolution 1244 du Conseil de sécurité des Nations Unies et sans préjuger du statut du Kosovo.

directives de l'UE. Trois niveaux de protection s'appliquent: les soins d'urgence et l'assistance médicale de base, la prise en charge des médicaments essentiels et les traitements de base. Les personnes bénéficiant d'une protection internationale, y compris les membres de leur famille, bénéficient d'une couverture renforcée, en particulier les femmes et les enfants. Des règlements sont en cours d'élaboration pour soutenir la mise en œuvre de cette législation, bien que la Croix-Rouge ait noté que ces instruments ne sont pas encore opérationnels.

63. Le ministère de l'Intérieur supervise la surveillance et la gestion des frontières. Les personnes migrantes sont enregistrées à leur arrivée aux points de passage et peuvent faire part de leur intention de demander une protection internationale, ce qui leur donne le droit de séjourner dans un centre d'accueil et de se déplacer à l'intérieur du pays. Cependant, beaucoup partent après leur enregistrement, poursuivant souvent leur voyage vers des destinations inconnues.

64. Au point de passage frontalier de Božaj, j'ai rencontré des agent-es des services frontaliers responsables de trois points de passage et d'un tronçon de 90 kilomètres de frontière «verte et bleue», comprenant la zone terrestre et le lac de Shkodra entre l'Albanie et le Monténégro. Les 167 agent-es des services frontaliers assurent la sécurité et le contrôle, luttent contre la criminalité transfrontalière et gèrent le trafic intense de poids lourds. Frontex soutient leur travail en leur fournissant du personnel et du matériel. La Croix-Rouge a indiqué que la plupart des personnes migrantes entrent au Monténégro par cette frontière, soit via le poste-frontière, soit par la frontière verte.

65. Conciliant sécurité et considérations humanitaires, le ministère de l'Intérieur procède à des contrôles de sécurité sur les personnes migrantes à leur arrivée, avec le soutien de l'administration policière, de l'Agence nationale de sécurité et de Frontex. Ces contrôles comprennent la collecte de données biométriques, la prise d'empreintes digitales et la prise de photos. Les personnes migrantes interceptées le long de la frontière verte sont interrogées afin de déterminer si des passeur·euses étaient impliqu·e·s, et leurs effets personnels sont inspectés à la recherche d'armes, tandis que leurs téléphones portables sont vérifiés pour connaître leurs itinéraires de voyage. Elles peuvent être retenues jusqu'à six heures, pendant lesquelles elles reçoivent une assistance médicale dans des établissements voisins, car il n'y en a pas directement à la frontière.

66. En 2025, environ 2,76 millions de véhicules ont franchi le point de passage de Božaj – jusqu'à 20 000 par jour pendant les mois d'été. La même année, 338 personnes migrantes ont été interceptées au point de passage, bien que l'on estime que beaucoup d'autres soient entrées sans être détectées via la frontière verte. Les chiffres sont restés stables ces dernières années. La plupart des personnes migrantes traversent les zones vertes en groupes, aidés par des réseaux de passeur·euses opérant depuis l'étranger, en évitant les postes de contrôle officiels et en se cachant rarement dans des camions.

67. Le ministère de l'Intérieur gère également les deux centres d'accueil existants au Monténégro – Spuž et Božaj – qui accueillent respectivement 104 et 60 personnes. À Spuž, une unité médicale composée de deux infirmières et d'un médecin de passage, qui se rend sur place deux fois par semaine, fonctionne avec le soutien de la Croix-Rouge et fournit une assistance psychologique à temps partiel. Un système de triage a été mis en place, et des accords avec les cliniques et hôpitaux locaux permettent d'orienter les patients, notamment vers des traitements psychiatriques à l'hôpital de Kotor.

68. Les agents des services frontaliers ont noté que les personnes migrantes interceptés souffrent fréquemment de déshydratation, d'épuisement et de blessures légères. La Croix-Rouge a constaté la présence de petites blessures et de maladies chroniques, ainsi que, parfois, d'infections virales.

69. La coordination de l'accès aux soins de santé est facilitée par les ministères de la Santé et de l'Intérieur ainsi que par la Croix-Rouge. Les deux centres d'accueil disposent d'unités médicales, bien que les effectifs soient limités. Les coûts sont pris en charge par le budget de l'État. Le HCR et la Croix-Rouge aident à surmonter les barrières linguistiques, notamment grâce à des services d'interprétation en ligne en arabe, français, espagnol et ukrainien.

70. L'enregistrement des populations migrantes a récemment commencé, mais des difficultés persistent en matière de planification et de financement en raison de données insuffisantes et de fonds publics limités. Les pénuries de personnel sont critiques: les médecins quittent de plus en plus la fonction publique pour des emplois mieux rémunérés dans le secteur privé, et la Croix-Rouge a souligné les pénuries de personnel infirmier. Les mesures gouvernementales visant à remédier à ces problèmes ne se sont pas encore avérées suffisantes.

71. Par conséquent, toutes les personnes migrantes entrant dans les centres d'accueil ne bénéficient pas d'examen médicaux systématiques. Les interlocuteur·trices ont appelé à la mise en place de mesures incitatives pour retenir les professionnels de santé dans le secteur public, à des programmes d'échange pour

s'inspirer des pratiques efficaces à l'étranger, et à un meilleur équipement. Parallèlement, les organisations internationales, notamment la Croix-Rouge, contribuent à combler les lacunes dans les services, bien que les équipes médicales ne bénéficient d'aucune protection juridique, comme l'a observé le HCR.

72. Dans la mesure du possible, les médecins et les infirmier·ières recueillent des informations sur les antécédents médicaux des personnes migrantes. Les résident·es des centres d'accueil bénéficient d'un dépistage médical initial visant à identifier les risques de maladie et de contagion. Les représentant·es de l'OIM ont souligné que cette assistance ne s'applique qu'aux personnes admises dans les centres; les personnes migrantes qui ne font que transiter par le Monténégro, ou qui ne sont pas enregistrés à la frontière, ne bénéficient pas de services médicaux et ignorent souvent leurs droits en matière d'accès aux soins.

73. L'accessibilité et la rapidité des soins de santé restent un défi, comme c'est le cas pour les citoyen·nes monténégrins. Cependant, des solutions ponctuelles – telles que l'orientation vers des hôpitaux grâce à la coordination avec l'institution du médiateur ou la Croix-Rouge – contribuent à atténuer les problèmes, comme l'a confirmé le HCR. Une attention particulière doit être accordée aux groupes vulnérables, notamment les femmes, les filles et les enfants non accompagnés. Le médiateur a signalé des cas de mineurs entrant au Monténégro sans enregistrement officiel.

74. L'absence d'enregistrement systématique nuit également à la couverture vaccinale, ce qui présente des risques potentiels pour la santé publique et complique l'approvisionnement en vaccins ainsi que la planification de la vaccination. Les interlocuteur·trices ont également souligné le coût élevé et la disponibilité limitée des médicaments. La Croix-Rouge prend en charge une partie de ces dépenses en finançant environ 30 médicaments essentiels, bien que les restrictions imposées par les donateurs empêchent l'achat de nombreux autres médicaments dont les personnes migrantes ont besoin.

75. L'accès aux soins de santé mentale et au soutien psychiatrique reste limité. Les autorités ont conclu des contrats avec des prestataires privés lorsque les services publics sont débordés. Ces contraintes affectent également les citoyen·nes monténégrins. Au centre de Spuž, la psychologue – présente à temps partiel – s'entretient avec les résidents principalement sur demande. Elle a signalé des cas fréquents de stress, de traumatismes et de dépression, et ses évaluations aident à identifier les victimes de la traite et les survivants de violences, en particulier les femmes, les filles et les enfants non accompagnés. Cependant, la plupart des personnes migrantes ne restent pas assez longtemps pour bénéficier d'une aide psychologique continue.

76. La commission parlementaire de la sécurité et de la défense supervise la gestion des frontières et la prévention de la criminalité liée à la migration, y compris la traite des êtres humains. L'Institution du médiateur joue également un rôle clé dans le suivi des conditions de vie des personnes migrantes et réfugiées, ne signalant aucune violation majeure des droits de l'homme. Elle coopère étroitement avec des organismes nationaux et internationaux, en particulier le HCR, en effectuant des visites dans les centres d'accueil et les zones frontalières. Le médiateur a noté des tensions occasionnelles avec les communautés locales, atténuées par des patrouilles dans les zones concernées.

77. En conclusion, le Monténégro a déployé des efforts louables pour répondre avec humanité aux besoins des personnes migrantes en matière de transit et de soins de santé. Néanmoins, des améliorations sont nécessaires pour renforcer la coordination entre les institutions et garantir une collecte fiable de données sur les flux migratoires et la résidence – essentielle tant pour les autorités nationales que pour les partenaires internationaux. Le renforcement de la sécurité juridique grâce à une législation nationale stable en matière de migration consoliderait ces progrès, avec le soutien de la future stratégie nationale en matière de migration mentionnée par la Croix-Rouge. Alors que le Monténégro se rapproche de l'adhésion à l'UE et que son statut pourrait passer de pays de transit à pays de destination, les interlocuteur·trices ont souligné la nécessité d'un cadre juridique plus solide, d'une couverture sanitaire inclusive, d'un financement durable, d'équipements, de ressources humaines – en particulier dans le contexte du vieillissement démographique –, de formations, d'unités médicales, de services d'interprétation et d'un accès aux médicaments. L'échange de bonnes pratiques entre les États membres sera inestimable à cet égard. L'harmonisation des procédures d'évaluation de l'âge des enfants non accompagnés reste cruciale, conformément à la [Recommandation CM/Rec\(2022\)22](#) du Comité des Ministres aux États membres sur les principes des droits de l'homme et lignes directrices en matière d'évaluation de l'âge dans le contexte de la migration.

5. Bonnes pratiques et mesures visant à garantir des soins de santé respectueux des droits humains pour les personnes migrantes et réfugiées

78. Les visites d'information de la commission, ainsi que la visite que j'ai effectuée au Monténégro, ont démontré qu'il existe des solutions simples et peu coûteuses pour faciliter l'accès des personnes migrantes et réfugiées aux soins de santé. Les auditions organisées avec le soutien de la commission ont également permis de promouvoir des solutions pragmatiques, et parfois plus ambitieuses, pour faciliter cet accès aux services de santé pour les personnes migrantes et les réfugiées.

79. Parallèlement, j'ai recueilli des informations générales sur les lois et pratiques internationales, européennes et nationales dans certains États membres, notamment par le biais d'une consultation lancée via le Centre européen de recherche et de documentation parlementaires (ECPRD).

80. Trente-quatre États membres ont répondu à cette consultation. Cet exercice a mis en évidence toute une série de mesures adoptées pour améliorer l'accès des personnes migrantes, réfugiées et demandeuses d'asile aux soins de santé, notamment en ce qui concerne les garanties juridiques et politiques, la coordination et la gouvernance, la prestation de services dans les centres d'accueil, le dépistage médical et le soutien en matière de santé mentale, les modalités de financement et d'assurance, ainsi que les politiques linguistiques, de soutien culturel et d'information.

81. En ce qui concerne les garanties juridiques et politiques, la plupart des États ayant répondu disposent de dispositions constitutionnelles ou législatives garantissant le droit à la santé et un accès non discriminatoire aux soins de santé, indépendamment de la nationalité ou du statut migratoire²⁶. Plusieurs pays accordent des droits spécifiques aux bénéficiaires d'une protection internationale, les mettant souvent sur un pied d'égalité avec les ressortissant·es nationaux en matière d'accès au système de santé publique²⁷. D'autres États offrent une couverture de type universel qui inclut les personnes sans papiers, réfugiées, les demandeuses d'asile et apatrides, comme dans le «système de santé universel» espagnol²⁸. En outre, de nombreux pays garantissent au moins les soins d'urgence et les soins de santé essentiels aux personnes sans titre de séjour légal, y compris les soins hospitaliers et, dans certains cas, une couverture complète dans les limites des tarifs publics après une courte période de résidence, comme dans le cadre du régime français d'Aide Médicale d'État (AME).

82. En ce qui concerne les droits des groupes vulnérables, plusieurs États ont adopté des dispositions spécifiques à l'âge et au genre. Par exemple, la Norvège accorde à tous les enfants de moins de dix-huit ans et aux femmes sans titre de séjour l'accès aux soins de santé essentiels et aux services liés à la grossesse, y compris les soins prénatals et postnatals et l'avortement. La France assure également un suivi prénatal et de santé infantile gratuit par le biais du système de protection de la santé maternelle et infantile (PMI). Dans plusieurs pays ayant répondu, les enfants et les mineur·es non accompagnés, quel que soit leur statut, ont explicitement droit aux services de santé de base²⁹.

83. En matière de gouvernance et de coordination, la responsabilité de l'accès des personnes migrantes et réfugiées aux soins de santé est organisée de diverses manières, allant de modèles centralisés³⁰ à des systèmes à plusieurs niveaux impliquant les autorités nationales, régionales et locales³¹. Dans certains États, le ministère national de la Santé définit le cadre général, tandis que les agences chargées des questions

26. Arménie, Canada, Tchéquie, Estonie, France, Géorgie, Allemagne, Lituanie, Monténégro, Pologne, Portugal, Slovaquie, Slovénie, Espagne, Türkiye, Ukraine, Royaume-Uni.

27. Arménie, Bosnie-Herzégovine, Canada, Tchéquie, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Allemagne (après une période probatoire de 36 mois), Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Macédoine du Nord, République de Moldova, Monténégro, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovénie, Espagne, Ukraine, Royaume-Uni.

28. Arménie, Tchéquie, Estonie, Finlande, Hongrie, Lituanie, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Slovaquie, Türkiye, Royaume-Uni.

29. La Bulgarie, la Finlande, la France, la Lituanie, le Portugal et la Slovénie fournissent également des soins de santé aux enfants et aux mineur·es non accompagnés, quel que soit leur statut.

30. En Croatie, c'est le ministère de l'Intérieur, Service des étrangers et de l'asile, qui est compétent. En Macédoine du Nord, c'est le ministère de la Politique sociale, de la démographie et de la jeunesse. En Arménie et en Bulgarie, c'est le ministère de la santé.

31. En Bosnie-Herzégovine, les droits sociaux, y compris le droit à la santé, sont répartis au niveau de l'État et au niveau local entre les entités de la Republika Srpska et de la Fédération de Bosnie-Herzégovine. En Lituanie, cette responsabilité incombe au ministère de la Sécurité sociale et du Travail. Les municipalités coordonnent la fourniture des services d'aide sociale, de soins de santé et d'éducation aux demandeurs d'asile et aux étrangers bénéficiant d'une protection temporaire. La Belgique, le Canada, la Tchéquie, l'Estonie, la Finlande, la Géorgie, l'Allemagne, la Hongrie, la Lettonie, la Norvège, la Pologne, la Roumanie, la Slovénie, l'Espagne, la Suisse, la Türkiye et le Royaume-Uni disposent d'un système à plusieurs niveaux, impliquant également une pluralité d'acteur·trices.

migratoires coordonnent l'assistance médicale aux personnes demandeuses d'asile et les contrats y afférents³². D'autres pays ont mis en place une structure à plusieurs niveaux, dans laquelle les municipalités assurent les soins primaires, les autorités régionales gèrent les services spécialisés et des organismes dédiés à l'immigration identifient les nouveaux arrivants dans les centres d'accueil et facilitent leur accès aux soins de santé. En Géorgie, par exemple, le ministère des Personnes déplacées à l'intérieur du pays, du Travail, de la Santé et des Affaires sociales définit la politique, avec le soutien d'un Centre d'intégration et des services de santé locaux.

84. En ce qui concerne les services disponibles dans les structures d'accueil et d'hébergement, la plupart des États ayant répondu ont indiqué que des soins de santé pouvaient être dispensés au sein même des centres d'accueil³³, souvent dans le cadre de contrats ou d'accords directs avec le système de santé publique³⁴. Si nécessaire, les patient·es sont orienté·es vers des établissements de niveau supérieur; ainsi, en Slovaquie, on a recours aux hôpitaux publics lorsque les soins dispensés au sein des centres s'avèrent insuffisants. La Slovénie et le Monténégro gèrent des centres de santé spécialisés ou des services médicaux sur place, le transport et les orientations étant organisés par l'intermédiaire de l'infrastructure d'hébergement. Au Monténégro, les soins primaires sont disponibles directement au sein des centres d'accueil et aux postes-frontières, dispensés par des professionnels de santé de la Direction de l'accueil des étrangers, avec orientation vers le Centre clinique du Monténégro si nécessaire.

85. En ce qui concerne les dépistages médicaux et le soutien en santé mentale, plusieurs États procèdent à des examens médicaux initiaux et à des dépistages de maladies infectieuses pour les demandeurs d'asile nouvellement arrivés, généralement coordonnés par des services de santé spécialisés ou des services de santé pour les personnes réfugiées³⁵. Cependant, alors que la plupart des États font état de la fourniture d'au moins des soins de santé de base, de services d'urgence et de mesures de lutte contre les maladies, la couverture des services de santé mentale dans les centres d'accueil reste inégale, bien que certains États offrent un soutien psychologique³⁶ ou une assistance supplémentaire aux groupes vulnérables³⁷.

86. En ce qui concerne les systèmes de financement et d'assurance, les soins de santé destinés aux personnes migrantes et réfugiées, y compris les femmes et les enfants non accompagnés, sont principalement financés par le budget de l'État dans l'ensemble des pays ayant répondu³⁸. De nombreux États intègrent les personnes réfugiées et les bénéficiaires d'une protection subsidiaire dans le système national d'assurance maladie publique, parfois après une période d'essai ou à l'issue d'une courte période de résidence obligatoire³⁹. Lorsqu'elles ne sont pas salariées, les personnes peuvent s'acquitter de cotisations réduites tandis que l'État continue de prendre en charge les coûts pour les groupes vulnérables. Les enfants, y compris les mineur·es non accompagnés sont généralement entièrement couverts dès le départ, quel que soit leur statut, et bénéficient souvent d'un soutien complémentaire de la part d'organisations humanitaires et de la société civile qui fournissent des soins et un soutien psychosocial gratuits ou à faible coût.

87. En ce qui concerne les politiques linguistiques, d'accompagnement culturel et d'information, plusieurs États membres proposent des services d'interprétation ou de traduction dans les établissements de santé⁴⁰, tels que l'interprétation téléphonique en Espagne et en Suisse, des services fournis par des ONG en Albanie, en Bosnie-Herzégovine et en Slovénie, ainsi que l'interprétation en présentiel ou à distance au Monténégro. Dans certains pays, toutefois, il n'existe aucun service d'interprétation officiel, même si des supports d'information multilingues et des services de conseil peuvent être proposés⁴¹. Dans d'autres États, comme la

32. Au Portugal, le système national de santé garantit l'accès à tous les personnes étrangères. L'Agence pour l'intégration, la migration et l'asile joue un rôle dans le soutien à l'intégration en général et l'Autorité de régulation de la santé contrôle l'application et le respect des règles. Le Luxembourg, le Monténégro, les Pays-Bas, la Slovaquie, la Türkiye et l'Ukraine disposent d'un système similaire.

33. Belgique, Tchéquie, Finlande, Géorgie, Allemagne, Lettonie, Lituanie, Monténégro, Pays-Bas, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Türkiye, Ukraine, Royaume-Uni.

34. Arménie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Canada, Portugal, Luxembourg, Macédoine du Nord, Moldova, Slovénie.

35. Tchéquie, Finlande, Allemagne, Lettonie, Luxembourg, Monténégro, Pays-Bas, Norvège, Slovaquie, Ukraine.

36. Tchéquie, Belgique, Estonie, Monténégro, Espagne, Türkiye. En France et en Slovaquie, ce service est assuré par des ONG indépendantes.

37. Arménie, Bulgarie, Tchéquie, Monténégro, Roumanie.

38. Albanie, Arménie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Tchéquie, Estonie, Finlande, Géorgie, Allemagne, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Macédoine du Nord, République de Moldova, Monténégro, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Espagne, Suède, Suisse, Türkiye, Royaume-Uni.

39. Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Tchéquie, France, Allemagne, Hongrie, Luxembourg, Monténégro, Norvège, Roumanie, Slovaquie, Royaume-Uni.

40. Belgique, Finlande, Hongrie, Luxembourg, République de Moldova, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Espagne, Suède, Suisse, Türkiye.

41. Arménie, Estonie, Allemagne, Slovaquie, Macédoine du Nord, Lettonie.

Lituanie, les interprètes facturent des honoraires, ce qui peut constituer un obstacle à l'accès aux soins. Plusieurs pays forment les prestataires de soins de santé aux services disponibles pour les bénéficiaires d'une protection temporaire ou à la compétence culturelle et aux soins tenant compte des traumatismes, notamment par le biais d'initiatives financées par IRCC au Canada. En Türkiye, des médecins syriens ont été employés dans des centres de santé pour migrants, ce qui a favorisé l'emploi de médecins syriens et permis aux patients de recevoir des soins dans leur langue maternelle. En outre, dans le cadre du projet SIHHAT financé par l'UE⁴², des interprètes assermentés ont été employés dans des hôpitaux situés dans des régions où les personnes sous protection sont concentrées.

88. Des informations sur les droits en matière de soins de santé sont systématiquement diffusées aux personnes migrantes et réfugiées à leur arrivée⁴³, par le biais de brochures, de sites web officiels, d'affiches et de fiches d'information en plusieurs langues. Des pays tels que le Canada et le Monténégro fournissent également des conseils pratiques sur l'accès aux programmes de santé et d'aide sociale fédéraux ou locaux, notamment en matière d'accueil à l'aéroport, d'hébergement temporaire, d'évaluation des besoins et d'orientation vers d'autres services. En Türkiye, des services d'urgence et d'information sont disponibles en cinq langues via la ligne d'assistance centrale 157 YIMER (Centre de communication pour les étrangers). Malgré ces mesures, la mise en œuvre complète, en particulier en matière de médiation culturelle et de dotation en personnel, reste un défi permanent dans plusieurs États.

89. L'Espagne a décidé en mars 2026⁴⁴ d'introduire une mesure visant à reconnaître le droit des personnes étrangères sans titre de séjour légal dans le pays à bénéficier de soins médicaux, présentant les soins de santé comme un droit humain universel par nature. Cette décision fait suite à la régularisation de 500 000 personnes migrantes au cours des mois précédents. La réglementation vise à reconnaître un certain nombre de groupes vulnérables qui auront désormais droit à des soins immédiats, quel que soit leur statut administratif en Espagne, notamment les enfants non accompagnés, les femmes enceintes, les victimes de violences sexistes, les victimes d'exploitation et de traite, ainsi que les personnes demandeuses de protection internationale ou du statut d'apatride.

6. Conclusion

90. Les personnes migrantes et réfugiées se heurtent à des obstacles persistants à l'accès aux soins de santé, liés à la complexité administrative, au statut juridique, à la capacité limitée du système et aux différences linguistiques et culturelles. Les réponses efficaces combinent l'interprétation professionnelle, des soins adaptés à la culture et une meilleure intégration des services. Les données montrent que l'accès restreint résulte moins du comportement des personnes migrantes que des obstacles systémiques créés par les lois, les procédures administratives et les frais. Cela est particulièrement vrai pour les personnes migrantes sans papiers, dont la faible utilisation des services reflète des obstacles administratifs et juridiques plutôt qu'un manque de besoin.

91. La communication est essentielle: les interprètes, les documents traduits et la médiation culturelle sont indispensables, mais insuffisants si les systèmes de santé restent en sous-effectif ou peu sensibles aux différences culturelles. Les clinicien·nes s'adaptent souvent en simplifiant les soins ou en s'appuyant sur un soutien informel lorsque le strict respect des règles peut nuire aux patient·es. Les soins primaires améliorent la santé des personnes migrantes lorsque les capacités du personnel, la communication et l'intégration des services sont renforcées. L'accès des personnes migrantes aux soins de santé, y compris aux soins de santé mentale, doit être considéré comme un indicateur de la qualité du système de santé, et non simplement comme une question de santé des minorités. Parmi les défis persistants figurent les barrières linguistiques, les malentendus culturels et l'exclusion juridique ou financière; les principales solutions sont le recours à des interprètes, la formation professionnelle et l'intégration des soins primaires.

92. Garantir l'égalité d'accès aux soins de santé est à la fois une obligation en matière de droits humains et une nécessité de santé publique, car tout refus ou retard peut mettre en danger l'ensemble de la population. L'accès à une alimentation adéquate, à un logement et à des traitements préventifs et curatifs reste essentiel pour améliorer la santé des personnes migrantes et réfugiées à travers l'Europe.

42. Pour consulter le site web du projet en trois langues (turc, anglais et arabe), rendez-vous sur www.sihhatproject.org.

43. Albanie, Arménie, Autriche, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Canada, Croatie, Chypre, Tchéquie, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Allemagne, Grèce, Hongrie, Islande, Irlande, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, République de Moldova, Monténégro, Macédoine du Nord, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Espagne, Suède, Suisse, Ukraine, Royaume-Uni.

44. www.infomigrants.net/en/post/70323/spain-to-extend-free-healthcare-to-irregular-immigrants (en anglais uniquement).

93. L'Assemblée doit continuer à se pencher sur ces questions, en reconnaissant que les soins de santé dans le contexte des migrations font partie intégrante de la réalisation des objectifs de développement durable des Nations unies, notamment la couverture sanitaire universelle et la gestion efficace des urgences sanitaires. La santé, en tant que droit fondamental en vertu du droit international, nécessite une approche sociale, holistique, ancrée au niveau régional et axée sur les groupes à risque.

94. Conformément à la [Résolution 2627 \(2025\)](#) «Promouvoir la couverture santé universelle», la stratégie recommandée préconise une transition à l'échelle européenne vers des cadres universels garantissant un accès total aux services généraux, le maintien de filets de sécurité pour les personnes sans papiers, l'investissement dans les soins préventifs et l'implication des communautés par le biais de modèles de services inclusifs, de campagnes de santé publique et de la collecte de données.

95. Les expert-es soulignent en outre que l'inclusion dans les régimes nationaux d'assurance maladie, le recours à des interprètes et à des médiateur-trices culturels, ainsi que l'intégration dans les programmes d'aide sociale améliorent les résultats, tandis que la régularisation juridique et la protection des données favorisent la confiance. Des politiques intégrées en matière de santé des personnes migrantes améliorent la santé publique et la viabilité financière; les déterminants sociaux, notamment le logement, l'emploi et l'environnement, doivent être pris en compte parallèlement aux soins médicaux; et les qualifications des professionnel·les de santé spécialisés dans les soins donnés aux personnes migrantes devraient être rapidement reconnues.

96. Les États membres sont en outre encouragés à envisager de présenter davantage de projets en vue d'obtenir des prêts de la Banque de développement du Conseil de l'Europe, afin de renforcer les infrastructures, les équipements et les effectifs de santé dans les centres d'accueil et de rétention.

97. Enfin, en ce qui concerne l'évaluation de l'âge des enfants non accompagnés, l'attention est attirée sur la [Recommandation CM/Rec\(2022\)22](#) du Comité des Ministres aux États membres sur les principes des droits de l'homme et lignes directrices en matière d'évaluation de l'âge dans le contexte de la migration, que les États membres devraient mettre en œuvre par des mesures juridiques et pratiques appropriées.