

# PRATIQUES LOCALES PROMETTEUSES POUR LA JOUISSANCE DU DROIT À LA SANTÉ DES MIGRANTS



UNITED NATIONS  
**HUMAN RIGHTS**  
Europe Regional Office

© 2019 Bureau régional des Nations Unies pour les droits de l'homme en Europe

Publication du Bureau régional des Nations Unies pour les droits de l'homme en Europe.

**Avertissement:** Les désignations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation des Nations Unies aucune prise de position, quelle qu'elle soit. L'Organisation des Nations Unies n'est pas responsable du contenu de cette publication, qui n'est pas une publication officielle des Nations Unies et ne porte donc pas la cote de la documentation des Nations Unies.

# PRÉFACE



L'urbanisation est l'une des tendances mondiales les plus importantes du XXI<sup>e</sup> siècle. Plus de la moitié de la population mondiale vit dans les villes, chiffre qui devrait atteindre 60 % en 2030. Les pressions croissantes sur le logement et les services de santé accentuent souvent les disparités, la marginalisation et l'exclusion, mettant en péril les droits de l'homme et les relations entre les différents groupes.

En contact direct et quotidien avec la population, les autorités locales jouent un rôle clé dans la défense des droits de l'homme et la protection des individus et des groupes en situation de vulnérabilité.

Dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, les États ont affirmé que toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux et les services sociaux nécessaires (article 25). Près de 70 ans plus tard, les États se sont à nouveau engagés à promouvoir les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges par la réalisation de l'objectif 3 du Programme de développement durable 2030.

Cependant, en réalité, certains groupes risquent d'être laissés pour compte, y compris en Europe, la région du monde où l'indice de développement humain est le plus élevé. Les migrants, en particulier, se heurtent à des obstacles pour accéder aux services de santé, qu'ils soient dus à une législation restrictive, à un coût prohibitif, à un manque d'informations ou de savoir-faire ou encore à la peur. Certaines autorités locales et certains professionnels de la santé prennent toutefois des mesures pour protéger la dignité des enfants, des femmes et des hommes migrants.

Cette étude du Bureau régional des droits de l'homme de l'ONU pour l'Europe présente des solutions créatives et innovantes dans différentes villes européennes, pour protéger le droit à la santé des migrants et prévenir les problèmes qui surviennent lorsque les gens se retrouvent sans soins et sans assistance médicale. Nous espérons que d'autres autorités - locales et nationales - vont pouvoir s'en inspirer et suivre leur exemple.

## **Birgit Van Hout**

Représentante régionale pour l'Europe  
Bureau des droits de l'homme des Nations Unies

# TABLE DES MATIÈRES

## RÉSUMÉ ANALYTIQUE

1

## INTRODUCTION

3

## CHAPITRE I:

Qu'est ce qu'un migrant en situation irrégulière?



5

## CHAPITRE II:

Le droit à la santé et l'accès des migrants



8

## CHAPITRE III:

Les autorités locales et le droit à la santé



15

## CHAPITRE IV:

Assurer la continuité et la qualité des soins de santé



16

## CHAPITRE V:

Simplifier les procédures et les conditions d'accès aux soins



20

## CHAPITRE VI:

Prise en charge des coûts des soins médicaux dispensés aux personnes non assurées



22

## CHAPITRE VII:

Répondre à la crainte des migrants d'être signalés aux autorités d'immigration



25

## CHAPITRE VIII:

Informer les migrants et les prestataires de soins de santé sur leurs droits



28

## CONCLUSION

30

## NOTES DE FIN

32

# RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Le droit international relatif aux droits de l'homme établit le droit qu'à toute personne de jouir du droit à la santé, sans discrimination aucune.<sup>1</sup> En Europe, cependant, certains obstacles empêchent encore les migrants de jouir de ce droit. Comme tout le monde, le bien-être physique et mental des migrants est mis en danger lorsqu'ils sont privés d'accès aux services de santé.<sup>2</sup> Cette étude dresse la carte de certaines pratiques prometteuses basées sur une recherche de terrain, qui facilitent l'accès aux soins et aux services de santé pour les migrants (irréguliers et réguliers), ainsi que pour d'autres individus et groupes qui sont les plus marginalisés et vulnérables.

Ces pratiques se retrouvent dans onze villes européennes (Amsterdam, Barcelone, Bari, Düsseldorf, Eindhoven, Francfort, Gand, Oslo, Trondheim, Utrecht et Vienne) et dans sept pays (Autriche, Belgique, Allemagne, Italie, Norvège, Espagne et Pays-Bas). L'étude met également en évidence certaines pratiques observées dans d'autres villes européennes (Genève, Suisse; Londres, Royaume-Uni; Madrid, Espagne; Nijmegen, Pays-Bas; Reggio Emilia et Foggia, Italie), ainsi que dans certaines régions en Italie, Espagne et Suède.

Limiter l'accès aux soins de santé des migrants aux seuls soins urgents risque de surcharger les services d'urgence et d'augmenter les dépenses de santé des États. Fournir des services de santé autres que les soins d'urgence a pourtant un impact positif sur la santé publique, puisque l'inclusion de toute la population dans le système de soins est dans le meilleur intérêt de l'ensemble de la collectivité. La recherche indique en outre que le fait de s'attaquer aux problèmes de santé dès le départ, en dispensant des soins préventifs et de base plutôt que d'avoir à pratiquer des interventions en urgence, réduit les coûts pour les systèmes de santé.<sup>3</sup>

Les migrants en situation irrégulière sont particulièrement exposés au risque de se retrouver dans des situations de grande vulnérabilité lorsqu'il s'agit d'accéder aux soins et services de santé. Les termes "migrant irrégulier" ou "migrant en situation irrégulière" peuvent désigner une personne qui franchit une frontière internationale sans autorisation légale ou sans documents d'identité.<sup>4</sup> Il est

également utilisé pour les personnes vivant dans un pays sans autorisation officielle, même si elles sont entrées dans le pays en conformité avec la loi ou si elles possédaient auparavant un permis de séjour. Cette publication utilisera les termes "migrants" en général pour tous les types de migrants, ainsi que "migrants irréguliers" pour les migrants internationaux en situation irrégulière, comprenant les migrants sans papiers, comme ceux qui en possèdent, et les demandeurs d'asile déboutés.

Les lois ou réglementations nationales qui limitent les soins de santé aux seuls soins d'urgence constituent le plus grand des obstacles pour les migrants en situation irrégulière qui cherchent à exercer et à jouir de leur droit à la santé.<sup>5</sup> Les obstacles concrets qui compliquent ou entravent l'exercice de ce droit sont notamment les conditions procédurales d'accès aux soins et aux services de santé que les migrants en situation irrégulière ne peuvent satisfaire; les frais médicaux ou de traitement; la crainte des migrants irréguliers d'être signalés aux services d'immigration et expulsés, notamment dans les pays qui ne disposent pas de "pare-feux"<sup>6</sup> entre les services de santé et ceux de l'immigration; et les insuffisances dans la communication des informations concernant leurs droits, tant pour les migrants que pour les professionnels de santé. Les autorités régionales et municipales ("autorités locales") sont celles qui interviennent en première ligne lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins de la population locale et de lui fournir les services essentiels. En tant qu'autorités, elles sont liées par les lois internationales et nationales relatives aux droits de l'homme que leur pays a adoptées.

Les autorités locales peuvent assurer la continuité et la qualité des soins au-delà des soins d'urgence. Par exemple, dans son domaine de compétence, la Région italienne des Pouilles a adopté une réglementation qui permet aux migrants en situation irrégulière de s'inscrire auprès de médecins généralistes. Certaines villes d'Allemagne et de Norvège ont créé des équipes sanitaires municipales ou des centres médicaux pour fournir aux migrants en situation irrégulière des traitements auxquels ils n'ont pas accès via le système national, ou encore

elles ont subventionné des centres médicaux gérés par des organisations non gouvernementales (ONG).

Dans le cadre de leur pouvoir exécutif, d'autres municipalités, comme la ville belge de Gand, ont simplifié les procédures administratives pour permettre l'accès aux soins des personnes sans papiers ou sans domicile fixe et pour rembourser les médecins. Des autorités locales ont également rendu les traitements abordables. La ville de Düsseldorf, par exemple, a créé un fonds spécial pour couvrir les frais de prise en charge des migrants en situation irrégulière non couverts par les régimes nationaux d'assurance. La ville de Vienne soutient financièrement les ONG qui fournissent un traitement aux migrants irréguliers. Plusieurs municipalités néerlandaises financent également des ONG pour couvrir le coût des médicaments et des traitements non remboursés par les systèmes nationaux.

Afin d'établir des "pare-feux" clairement délimités entre les autorités de santé et celles de l'immigration, certaines villes allemandes, comme Francfort, ont créé des centres médicaux spécialisés auxquels les migrants irréguliers peuvent s'adresser de façon totalement anonyme. A Düsseldorf, les autorités locales ont confié à des ONG financées par la municipalité et non tenues de rendre compte du statut migratoire des

personnes, les consultations, le suivi des dossiers et le remboursement des traitements.

La ville de Barcelone s'efforce de remédier au manque de connaissance en ce qui concerne les droits légaux des migrants à travers une action ciblée par les services sociaux locaux, ainsi qu'en formant les professionnels de la santé et en coordonnant avec les autorités régionales de la santé afin d'améliorer la réglementation et l'accès.

Les pratiques prometteuses documentées dans cette étude montrent que les autorités régionales et municipales et les autres parties prenantes ont un rôle important à jouer pour:

- assurer la continuité et la qualité des soins et services de santé pour les migrants;
- surmonter les obstacles administratifs (comme la preuve de la résidence habituelle);
- veiller à ce que les médecins ne refusent pas de traiter des patients en raison de leur statut légal;
- veiller à ce que les soins et les services de santé soient abordables pour les migrants;
- garantir la confidentialité des patients grâce à des "pare-feux" et dissiper la crainte des migrants d'être signalés aux autorités d'immigration et/ou d'être expulsés vers leur pays d'origine; et
- sensibiliser davantage les migrants à leurs droits fondamentaux et prérogatives.

## Les autorités locales et les autres parties prenantes ont un rôle important à jouer pour:

Assurer la continuité et la qualité des soins et services de santé pour les migrants



Surmonter les obstacles administratifs (comme la preuve de la résidence habituelle)



Veiller à ce que les médecins ne refusent pas de traiter des patients en raison de leur statut légal



Veiller à ce que les soins et les services de santé soient abordables pour les migrants



Garantir la confidentialité des patients grâce à des "pare-feux" et dissiper la crainte des migrants d'être signalés aux autorités



Sensibiliser davantage les migrants à leurs droits fondamentaux et prérogatives



# INTRODUCTION

Le Bureau régional des Nations Unies pour les droits de l'homme en Europe a pour objectif de contribuer à ce que la réalisation du droit à la santé soit une réalité pour toutes les personnes, sans discrimination aucune. Cette étude met en lumière le droit international des droits de l'homme relatif au droit à la santé des migrants et présente certaines pratiques prometteuses qui existent déjà à l'échelon local. Elle vise également à encourager la discussion entre les autorités régionales et municipales, à faciliter l'échange de pratiques, à inspirer d'autres villes et régions, à sensibiliser les autorités locales aux normes et règles internationales relatives au droit à la santé et à renforcer la capacité des autorités locales et des prestataires de services à répondre aux besoins des migrants en matière de soins et services de santé.

Le droit à la santé est un droit humain universel ancré dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et protégé par les principaux traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme,<sup>7</sup> ainsi que par divers instruments de politique. Pourtant, dans certaines régions d'Europe, les migrants - en particulier ceux en situation irrégulière - rencontrent des obstacles pour accéder aux soins et services de santé.<sup>8</sup> Parmi les obstacles figurent les lois ou règlements administratifs limitant leur éligibilité aux prestations, les coûts élevés des soins, le manque de connaissance de leurs droits ou du fonctionnement des systèmes de santé, et l'hésitation des migrants à contacter les prestataires de services publics par crainte d'être signalés aux autorités de l'immigration et déportés vers leur pays d'origine. Ces contraintes compromettent la jouissance par les migrants de leur droit à la santé au regard des mécanismes internationaux des droits de l'homme, tels que les organes conventionnels des Nations Unies<sup>9</sup> et l'Examen périodique universel.<sup>10</sup>

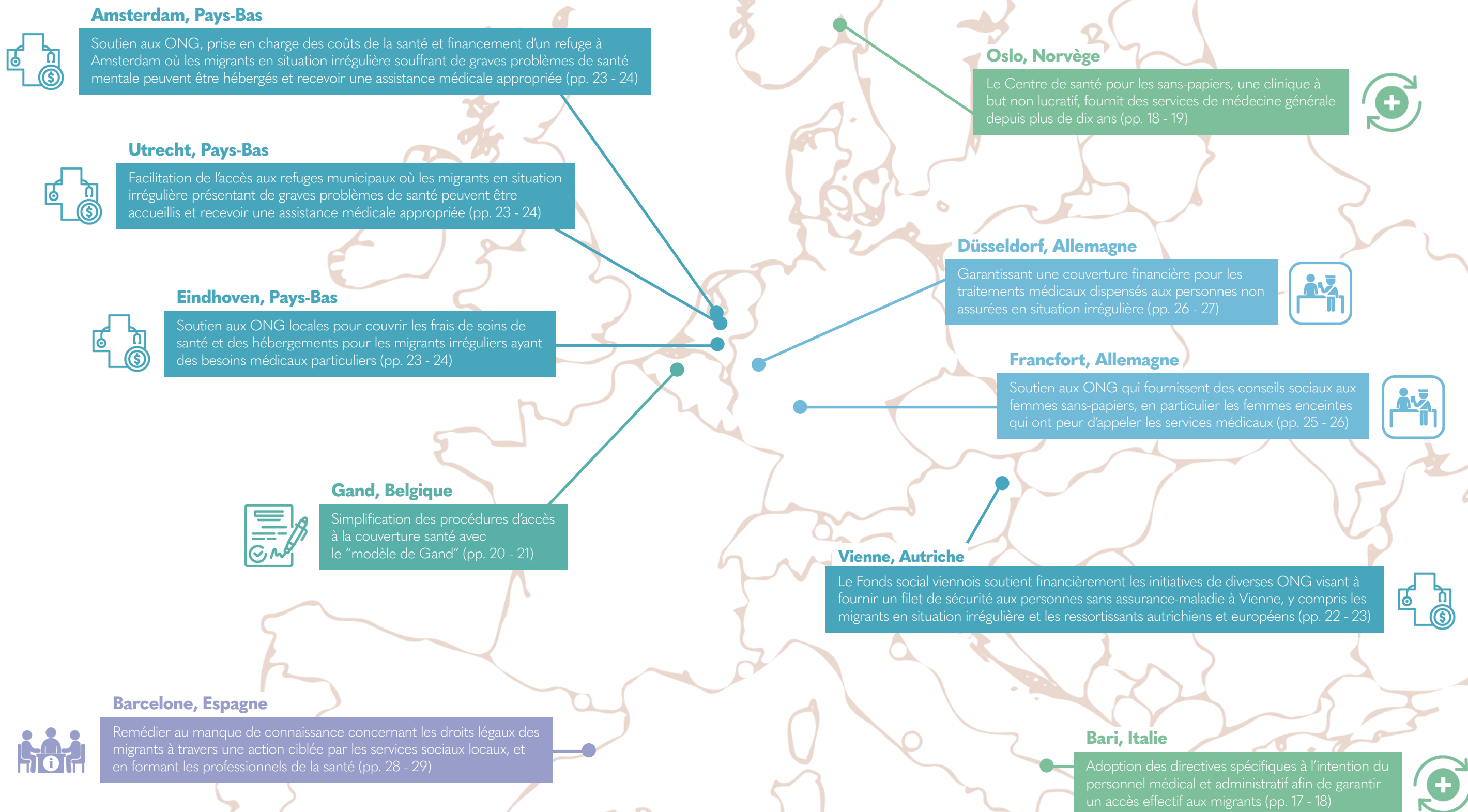
En 2018, le Bureau régional des Nations Unies pour les droits de l'homme en Europe a analysé la documentation des organismes des Nations Unies et de l'Union européenne (UE), des universités et de la société civile sur l'accès des migrants aux soins médicaux en Europe, en vue de recenser les "pratiques prometteuses".<sup>11</sup> Suite à cette étude documentaire, certaines de ces pratiques ont été

identifiées et des recherches sur le terrain ont été menées dans onze villes (Amsterdam, Barcelone, Bari, Düsseldorf, Eindhoven, Francfort, Gand, Oslo, Trondheim, Utrecht et Vienne), qui sont réparties entre sept pays (Autriche, Belgique, Allemagne, Italie, Norvège, Espagne et Pays-Bas). L'étude met également en évidence certaines pratiques observées dans d'autres villes européennes (Genève, Suisse; Londres, Royaume-Uni; Madrid, Espagne; Nijmegen, Pays-Bas; Reggio Emilia et Foggia, Italie), ainsi que dans certaines régions en Italie, Espagne et Suède.

La recherche sur le terrain a consisté en des visites sur place pour observer les pratiques identifiées dans les onze villes sus-mentionnées et en des entretiens, notamment avec deux élus, dix-neuf employés municipaux et douze représentants de la société civile. Les expériences faites dans ces villes ont été sélectionnées sur la base d'une recherche documentaire, comprenant un examen des conclusions de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne et de l'Université d'Oxford.<sup>12</sup> Par ailleurs, le 6 décembre 2018, le Bureau régional pour l'Europe a organisé à Bruxelles, en Belgique, une consultation sur la migration et le droit à la santé, qui a bénéficié de la participation des autorités locales et des prestataires de services de plusieurs villes prises en compte dans cette étude, ainsi que de spécialistes travaillant dans les domaines de la migration et du droit à la santé au sein d'organisations internationales et européennes, ou de la société civile.

Dans le cadre de cette étude, les "pratiques prometteuses" sont ici comprises comme des solutions locales et créatives, impliquant souvent diverses parties prenantes, qui contribuent à la réalisation du droit à la santé des migrants (en situation régulière ou irrégulière) dans plusieurs villes européennes. Bien qu'un grand nombre d'études documentaires et de recherches sur le terrain et de nombreuses consultations aient été menées aux fins de la présente étude, il convient cependant de noter que le Bureau des droits de l'homme de l'ONU n'a pas évalué de manière approfondie les pratiques et leur efficacité.

## Quelques pratiques prometteuses identifiées lors de recherches sur le terrain dans 11 villes européennes:





# CHAPITRE I

## Qu'est ce qu'un migrant en situation irrégulière?

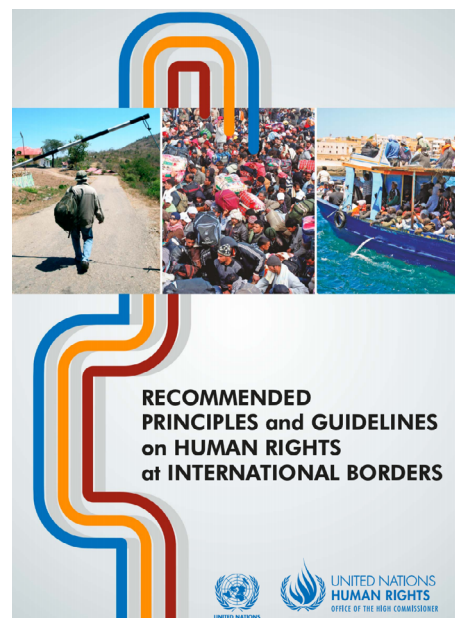


Conformément aux *Principes et directives recommandés sur les droits de l'homme aux frontières internationales*, le terme "migrant international" fait référence à "toute personne se trouvant à l'extérieur de l'État dont elle est possède la nationalité ou la citoyenneté ou, dans le cas des apatrides, de son pays de naissance ou de résidence habituelle" et inclut également "les migrants qui ont l'intention de se déplacer définitivement ou temporairement, ceux qui se déplacent de manière régulière et en possédant les documents requis et ceux qui sont en situation irrégulière".<sup>13</sup> Divers facteurs peuvent conduire un migrant à être ou à devenir irrégulier, et en pratique, le terme désigne des personnes se trouvant dans diverses situations.

Un migrant est généralement considéré comme irrégulier lorsqu'il entre dans le pays d'accueil sans les documents ou le visa d'entrée requis. Le sans-papiers, cependant, peut changer de statut après avoir déposé une demande d'asile ou une autre procédure d'immigration. Les enfants peuvent hériter du statut de migrants irréguliers de leurs parents. Les personnes dont la durée de leur permis de travail, de tourisme, d'études ou de séjour a expiré sont également considérées comme des migrants en situation irrégulière. Les demandeurs d'asile déboutés, dont les mesures d'éloignement n'ont pas encore été exécutées, sont aussi souvent appelés migrants irréguliers. Dans la présente étude, le terme "migrants irréguliers" couvre toutes les catégories de migrants en situation irrégulière.

En 2017, il y avait environ 258 millions de migrants internationaux dans le monde (environ 3,4% de la population mondiale), dont 124,8 millions étaient des femmes, 36,1 millions des enfants et 25,4 millions des réfugiés enregistrés.<sup>14</sup> Au 1er janvier 2018, environ 22,3 millions de ressortissants de pays tiers vivaient dans l'UE (environ 4,4 % de la population de l'UE), dont la plupart (76 %) vivaient principalement en Allemagne (9,7 millions), en Italie (5,1 millions), en France (4,7 millions), en Espagne (4,6 millions) et au Royaume-Uni (6,3 millions).<sup>15</sup> Toutefois, il n'existe pas de données exactes sur le nombre de migrants en situation irrégulière dans l'UE, d'autant qu'il peut être difficile de recueillir des données fiables dans des contextes et conditions d'irrégularité changeants. Le manque de données concernant les populations marginalisées est aussi souvent lié à des cycles vicieux d'exclusion et de discrimination qui ne font que rendre ces individus encore plus invisibles. Les données les plus récentes de 2009 ont montré qu'il y avait entre 1,9 et 3,8 millions de migrants irréguliers dans l'UE,<sup>16</sup> soit environ 0,3% à 0,7% de la population de l'UE.

Les recherches indiquent que la majorité des migrants en situation irrégulière sont entrés légalement dans le pays de destination et sont ensuite tombés dans une situation d'irrégularité.<sup>17</sup> En effet, de nombreux migrants sont confrontés à la fluidité entre statut régulier et statut irrégulier; le statut d'une personne peut devenir régulier après avoir été irrégulier, et vice versa. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a également précisé qu'il existe "relativement peu d'informations sur l'état de santé des réfugiés et des migrants, en particulier des migrants en situation irrégulière, et sur les politiques



sanitaires les concernant” et que les informations disponibles “ne font souvent pas de distinction entre migrants en situation régulière et migrants en situation irrégulière”.<sup>18</sup>

Les travailleurs migrants constituent peut-être le groupe le plus important de la population migrante internationale. Au niveau mondial, l’Organisation International du Travail (OIT) a estimé que, en 2013, 150 millions de personnes (sur 232 millions des migrants) sont des travailleurs migrants.<sup>19</sup> La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, qui n’a pas encore été ratifiée par les États membres de l’UE, indique que les travailleurs migrants et les membres de leur famille sont considérés comme:

- pourvus de documents ou en situation régulière s’ils sont autorisés à entrer, séjourner et exercer une activité rémunérée dans l’Etat d’emploi, conformément à la législation dudit Etat et aux accords internationaux auxquels cet Etat est partie, ou
- dépourvus de documents ou en situation irrégulière s’ils ne remplissent pas certaines conditions.<sup>20</sup>

En 2017, la Commission européenne a estimé que plus d’un million de demandeurs d’asile deviendraient des migrants irréguliers suite au rejet de leur demande.<sup>21</sup> Cela pose des problèmes en ce qui concerne le droit à la santé des personnes qui arrivent au terme de la procédure d’asile et de celles dont l’asile a déjà été rejeté, étant donné que, dans la pratique, elles sont davantage susceptibles d’être exclues du système d’accueil officiel.

En 2017, 36% des ressortissants de pays tiers qui ont reçu l’ordre de quitter l’UE ont été effectivement renvoyés.<sup>22</sup> Le non-retour des 64 % restants est dû à divers facteurs. Il s’agit notamment de l’apatridie, d’une situation de conflit dans le pays d’origine, du refus par le pays d’origine de permettre le retour de ses ressortissants, de l’absence d’un programme de retour dans le pays d’accueil ou encore de la santé physique ou mentale du migrant.<sup>23</sup>

Les migrants, qu’ils soient en situation régulière ou irrégulière, peuvent se trouver dans une situation de vulnérabilité en raison soit des conditions qui les ont contraints à quitter leur pays d’origine, soit de leur expérience durant leur voyage en Europe<sup>24</sup> ou pendant leur séjour dans le pays d’accueil de l’UE. Des motifs tels que le sexe, l’origine ethnique, le handicap, l’âge ou l’orientation sexuelle - ou une combinaison de ces caractéristiques - peuvent également causer ou aggraver leur situation de vulnérabilité. Les personnes spécifiquement à risque en raison d’un état physique ou psychologique comprennent, par exemple, les femmes enceintes ou allaitantes, les personnes en mauvaise santé, les personnes vivant avec le VIH, les personnes handicapées, les personnes âgées et les enfants - y compris les enfants non accompagnés ou séparés. Un statut de migration irrégulière tend également à aggraver encore davantage la vulnérabilité déjà existante.<sup>25</sup>

La présente étude se concentre sur les ressortissants de pays européens non membres de l’UE dans certains Etats membres d’accueil, tels qu’identifiés par l’étude documentaire et l’exercice de cartographie menés pour cette étude. En vertu du droit communautaire, les citoyens des États membres de l’UE et les ressortissants des pays associés de l’espace Schengen résidant dans un autre pays de l’UE ne sont pas considérés comme des migrants irréguliers.<sup>26</sup> La situation des migrants de l’UE dépasse donc le cadre de la présente étude, même s’ils peuvent également rencontrer des obstacles à l’accès aux services de santé et aux soins. Toutefois, plusieurs initiatives documentées dans la présente étude portent également sur les besoins en soins de santé des ressortissants de l’UE qui n’ont pas d’assurance maladie.

# 2017

258 millions de migrants internationaux dans le monde

environ **3,4%** de la population mondiale



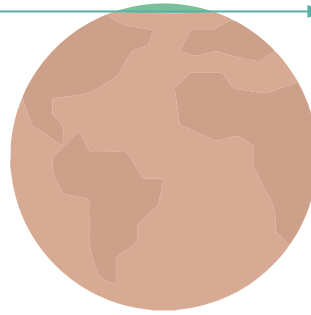
**124,8 millions** étaient des **femmes**



**36,1 millions** des **enfants**



**25,4 millions** des **réfugiés enregistrés**



# 2018

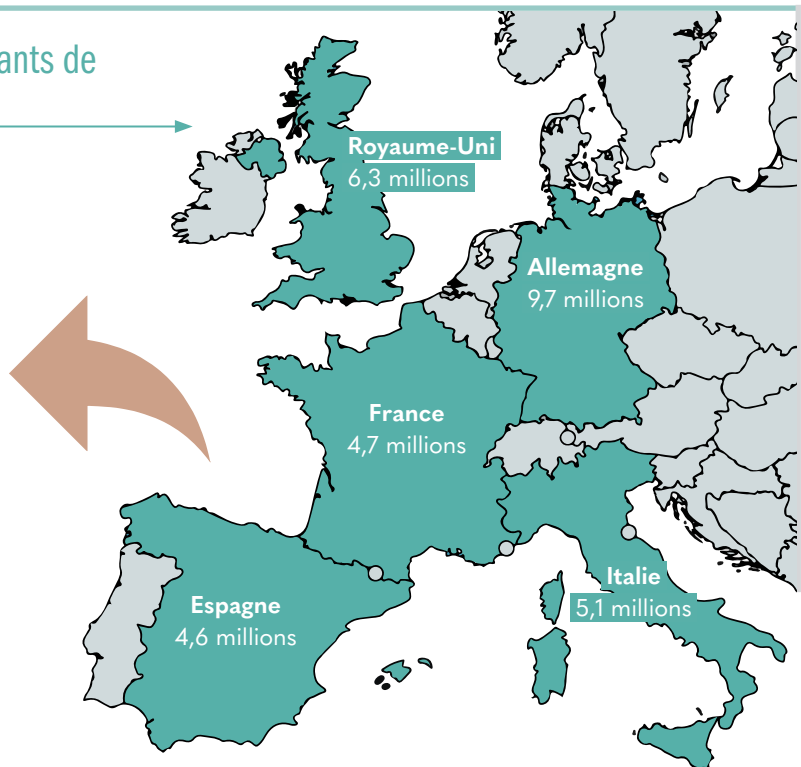
Environ 22,3 millions de ressortissants de pays tiers vivaient dans l'UE

entre **1,9 et 3,8 millions** de migrants irréguliers dans l'UE\*



environ **0,3% à 0,7%** de la population de l'UE

\* Selon les données les plus récentes de 2009



# 2017

La Commission européenne a estimé que **plus d'un million de demandeurs d'asile** deviendraient des **migrants irréguliers** suite au **rejet de leur demande**

# 36%

des ressortissants de pays tiers qui ont reçu l'ordre de quitter l'UE ont été effectivement renvoyés



Le **non-retour** des

# 64%

restants est dû

à **divers facteurs**

# CHAPITRE II

## Le droit à la santé et l'accès des migrants



### A. Le droit à la santé en vertu du droit international relatif aux droits de l'homme

Le droit à la santé est protégé par plusieurs traités, déclarations et accords européens et internationaux.<sup>27</sup> Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 - qui a été ratifié par tous les États membres de l'UE - reconnaît le droit de chacun de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. L'article 12 du Pacte est considéré comme la disposition la plus complète sur le droit à la santé en droit international relatif aux droits de l'homme; il est complété par les observations générales détaillées adoptées par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies (CESCR)<sup>28</sup> qui clarifient encore le contenu du droit à la santé. Les États parties au Pacte doivent veiller à ce que le droit à la santé soit respecté, protégé et mis en œuvre.<sup>29</sup>

#### **Article 12, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels**

- “1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.
2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre celles qui sont nécessaires pour assurer:
- la diminution du taux de mortalité et de la mortalité infantile et le développement sain de l'enfant ;
  - l'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle;
  - la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;
  - la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.”

Le CESCR a précisé que toutes les personnes relevant de la juridiction d'un État devraient bénéficier des droits protégés par le Pacte. Il fait explicitement référence aux demandeurs d'asile, aux réfugiés et aux migrants irréguliers.<sup>30</sup> Il se fonde en cela sur le principe de non-discrimination, qui garantit que “les droits énoncés dans le Pacte s'appliquent à tous, y compris aux non-ressortissants, tels que les réfugiés, les demandeurs d'asile, les apatrides, les travailleurs migrants et les victimes de la traite internationale, indépendamment de leurs statut juridique et titres d'identité.”<sup>31</sup>

Le CESCR a également indiqué qu'une différence de traitement fondée sur la nationalité ou le statut juridique n'est admissible que si elle est conforme à la loi, poursuit un but légitime et reste proportionnée au but poursuivi.<sup>32</sup> De même, le Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination raciale<sup>33</sup> (CERD) a précisé que les États devraient veiller à ce que les politiques d'immigration n'aient pas pour effet de discriminer les personnes en raison de leur race, couleur, ascendance ou origine nationale ou ethnique.<sup>34</sup>

Dans son *Observation générale no 14*, le CESCR a précisé les obligations juridiques des États, de ne pas refuser ou amoindrir l'égalité d'accès aux services de soins prophylactiques, thérapeutiques

et palliatifs aux migrants en situation irrégulière.<sup>35</sup> Cela se traduit par la fourniture de soins de santé en temps opportun et appropriés; l'accès à de l'eau potable et salubre et à des installations sanitaires adéquates; une quantité suffisante de nourriture, une nutrition et un logement sains; des conditions de travail et du milieu saines et un accès à une éducation et à une information en matière de santé, notamment de santé sexuelle et reproductive.<sup>36</sup> Ainsi, le CESCR a établi et défini les caractéristiques essentielles du droit à la santé, indiquant que tous les services, biens et installations doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité.<sup>37</sup>

Les États doivent garantir l'accès aux installations, biens et services de santé sur une base non discriminatoire. Ils ont le devoir de créer les conditions nécessaires pour assurer la disponibilité des services de santé et des soins médicaux en cas de maladie, par exemple en fournissant un accès équitable et rapide à des services de santé ainsi qu'une éducation de base dans le domaine de la prévention, des soins, et de la réadaptation; des programmes de dépistage réguliers; en traitant correctement les maladies, blessures et infirmités courantes, de préférence au niveau communautaire; les médicaments essentiels et les soins appropriés concernant le traitement; et les soins de santé mentale.<sup>38</sup>

Il convient de mentionner que le droit à la sécurité sociale est également un facteur déterminant qui influence la manière dont le droit à la santé est exercé. Par exemple, le droit à la sécurité sociale englobe le droit d'accéder aux prestations (en espèces ou en nature), de continuer à en bénéficier sans aucune discrimination et d'obtenir une protection en cas, notamment, de soins médicaux inabornables. Le CESCR a précisé que "les non-ressortissants devraient pouvoir bénéficier des régimes non contributifs de soutien du revenu et de la famille et accéder à des soins de santé abordables" et a déclaré que "les réfugiés, les apatrides et les demandeurs d'asile, ainsi que d'autres personnes et groupes défavorisés et marginalisés, devraient bénéficier, dans des conditions d'égalité, des régimes de sécurité sociale non contributifs, notamment d'un accès raisonnable aux soins de santé et aux prestations familiales, conformément aux normes internationales."<sup>39</sup>



**LES DROITS DE L'HOMME**

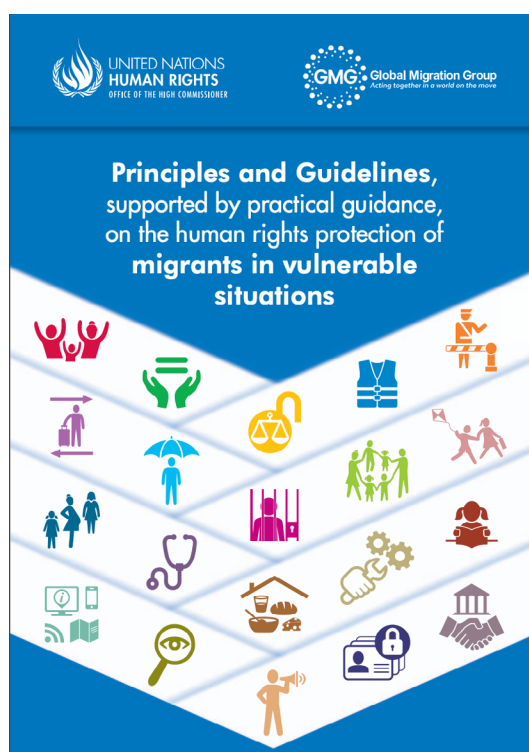
AU CŒUR DES

**OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE**

**NE LAISSER PERSONNE DERRIÈRE**

Au-delà de ce cadre réglementaire de base, il existe également d'autres dispositifs et instruments politiques pertinents qui clarifient et protègent davantage encore le droit à la santé des migrants. Il s'agit notamment de la Constitution de 1948 de l'OMS; la Déclaration de Bratislava de 2007 sur la santé, les droits de l'homme et les migrations; la Stratégie et du Plan d'action de 2016 pour la santé des réfugiés et des migrants dans la région européenne de l'OMS; l'Agenda 2030 et notamment du troisième Objectif du développement durable; le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières (2018); le Pacte mondial pour les réfugiés (2018); et le Plan d'action mondial de l'OMS "Promotion de la santé des réfugiés et des migrants" (2019-2023).

En outre, les *Principes et directives pratiques sur la protection des droits de l'homme des migrants en situation de vulnérabilité*, décrivent de façon encore plus détaillée ce que le droit à la santé implique pour les migrants.<sup>40</sup> Ils donnent des exemples du type de soins et de soutien dont les migrants peuvent avoir besoin et examinent les besoins spécifiques et diversifiés des enfants non accompagnés ou séparés, des femmes enceintes et allaitantes, des personnes âgées, des personnes handicapées et des survivants de la torture ou d'un traumatisme, entre autres. Les soins que les migrants reçoivent dans les établissements de santé devraient prendre en compte le genre, être culturellement et linguistiquement appropriés, et être spécialement adaptés aux besoins des migrants. Par exemple, un soutien spécifique doit être fourni aux femmes et aux filles migrantes ayant subi des traumatismes, notamment des violences sexuelles et sexistes, par le biais d'un soutien médical et psychosocial spécialisé, de services de santé sexuelle et reproductive, de biens et d'informations (Principe 11).



## B. Le droit des migrants irréguliers aux soins de santé

En 2017, le CESCR a noté que les migrants en situation irrégulière font face à des obstacles bien particuliers les empêchant d'accéder aux soins et services de santé, parmi lesquels l'absence des documents requis ou la crainte d'être signalé ou déporté, particulièrement dans les pays où c'est un devoir de signaler les migrants irréguliers aux autorités. C'est pourquoi le CESCR a appelé à la mise en place de "pare-feux", ou "de murs stricts[qui] devraient exister entre le personnel de santé et les autorités chargées de l'application des lois (...) afin de garantir que de telles situations ne conduisent pas les migrants à éviter de requérir et de recevoir des soins médicaux."<sup>41</sup>

Le CESCR a en outre demandé aux États de mettre à disposition les informations appropriées dans les langues couramment parlées par les migrants dans le pays d'accueil.<sup>42</sup> De même, le CERD a recommandé aux États de supprimer les obstacles qui empêchent les non-ressortissants de jouir de leurs droits économiques, sociaux et culturels, notamment dans les domaines de l'éducation, du logement, de l'emploi et de la santé.<sup>43</sup>

## Qu'est ce qu'un pare-feu?

Le terme "pare-feu" désigne les mesures que les États et les acteurs non étatiques mettent en œuvre pour séparer les services de contrôle de l'immigration et la prestation de services publics, tels que les soins de santé, afin que les migrants en situation irrégulière ne soient pas découragés d'accéder aux services de base par crainte d'être signalés aux autorités et/ou renvoyés dans leurs pays d'origine. Les pare-feu sont conçus pour s'assurer que les autorités chargées de l'application de la loi en matière d'immigration ne sont pas en mesure d'accéder aux informations concernant le statut migratoire des personnes qui sollicitent une aide ou des services dans des établissements médicaux, des écoles ou d'autres organismes de services sociaux.<sup>44</sup>



Les *Principes et directives pratiques sur la protection des droits de l'homme des migrants en situation de vulnérabilité* recommandent aux États de mettre en place des pare-feu contraignants et efficaces entre les prestataires de services de santé publique et les autorités chargées de faire respecter la loi en matière d'immigration et les autres services de sécurité; veiller à ce que ces derniers respectent les pare-feu et ne procèdent pas à des contrôles, que ce soit au sein des établissements médicaux ou à proximité de ceux-ci (Principe 12).

En 2016, la Commission européenne contre le racisme et l'intolérance du Conseil de l'Europe a publié la Recommandation de politique générale no 16 sur la protection des migrants en situation irrégulière contre la discrimination. Elle appelle à la création de pare-feu pour empêcher les acteurs des secteurs public et privé de nier en pratique leurs droits fondamentaux aux migrants en situation irrégulière, et interdit l'échange de données à caractère personnel ou d'autres informations concernant des personnes soupçonnées d'être en situation irrégulière ou de travailler illégalement, à des fins de contrôle ou de répression de l'immigration.<sup>45</sup> La recommandation établit que les États membres devraient veiller à ce que les organismes publics ou privés fournissant des services de soins de santé ne soient pas assujettis à des obligations de déclaration, à des fins de contrôle de l'immigration ou de l'application de la législation (Recommandation 11).

En outre, avec la signature du Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières,<sup>46</sup> les États sont convenus de veiller à ce que la coopération entre les prestataires de services et les services de l'immigration n'aggrave pas la vulnérabilité des migrants en situation irrégulière en compromettant leur accès en toute sécurité à des services essentiels ou en portant illégalement atteinte à leurs droits fondamentaux à la vie privée, à la liberté et à la sécurité dans les lieux de prestation des services de base.

Une étude documentaire de l'OMS de 2018 a révélé que certains pays européens ont mis en place "des politiques spécifiques qui protègent les migrants en situation irrégulière contre l'expulsion lorsqu'ils bénéficient de soins de santé dans des circonstances particulières." Il s'agit, par exemple, de la pratique luxembourgeoise consistant à fournir une "preuve de dommage en l'absence de soins", du "permis temporaire de soins de santé en cas de grossesse" mis en place par la France et les Pays-Bas, et du droit national italien qui interdit aux services dans le domaine de la santé de signaler aux autorités les migrants irréguliers (excepté dans des circonstances très limitées).<sup>47</sup>

## C. Restrictions légales aux soins de santé dans l'Union européenne

Les systèmes nationaux de soins de santé varient d'un pays à l'autre, de même que les droits d'accès ou la gamme des soins et services de santé offerts aux migrants.<sup>48</sup> Selon le pays, le périmètre des soins accordés aux migrants en situation irrégulière peut varier entre les soins d'urgence, primaires et/ou secondaires.<sup>49</sup> Dans les 28 États membres de l'UE, les migrants - quel que soit leur statut juridique - ont le droit de recevoir des soins de santé d'urgence, qui diffèrent d'un pays à l'autre, et qui peuvent nécessiter un paiement dans certains cas.<sup>50</sup> Toutefois, il a été signalé certains cas de migrants auxquels l'on a refusé des soins d'urgence.<sup>51</sup>

Une étude a montré qu'en 2015, les migrants en situation irrégulière avaient eu accès aux services suivants

- uniquement les soins d'urgence dans six États membres;<sup>52</sup>
- les soins d'urgence et certains services spécialisés, mais pas de soins primaires ou secondaires, dans douze États membres;<sup>53</sup> et
- les soins d'urgence et un certain niveau d'accès aux soins primaires et secondaires dans dix États membres.<sup>54</sup>

En 2015, dans huit États membres de l'UE, les enfants en situation irrégulière avaient les mêmes droits que les enfants nationaux et, dans cinq États membres de l'UE, les enfants n'avaient droit qu'aux soins médicaux d'urgence.<sup>55</sup> L'Agence des droits fondamentaux de l'UE (FRA) a préconisé que les migrants en situation irrégulière aient droit à des services de soins de santé nécessaires, qui devraient aller au-delà des soins d'urgence, comme la possibilité de consulter un médecin généraliste et de se procurer les médicaments appropriés.<sup>56</sup>

Au niveau du Conseil de l'Europe, la Résolution parlementaire no 1509 (2006) sur les droits fondamentaux des migrants irréguliers établit que "des soins de santé d'urgence devraient être disponibles pour les migrants irréguliers et les États devraient chercher à fournir des soins plus globaux, tenant compte notamment des besoins particuliers des groupes vulnérables que sont les enfants, les personnes handicapées, les femmes enceintes et les personnes âgées." En outre, dans le cas des procédures de retour, la directive européenne 2008/115/CE établit que les États membres de l'UE doivent veiller à ce que des soins médicaux d'urgence et le traitement indispensable des maladies soient assurés aux ressortissants de pays tiers au cours du délai de départ volontaire et de celui du report de l'éloignement (article 14.1.b).<sup>57</sup>

Deux études réalisées par l'OMS en 2018 méritent d'être signalées.<sup>58</sup> Elles ont identifié plusieurs pratiques et réponses des systèmes de santé à la migration à grande échelle en Europe. Certaines de ces pratiques analysées par l'OMS dans ces études montrent que l'accès est également garanti aux migrants irréguliers, et ce par exemple en France, en Italie et en Espagne:

Les migrants nouvellement arrivés en **France** peuvent recevoir des informations sur l'accès au système de santé dans vingt-trois langues différentes. Les praticiens reçoivent également une formation sur la manière de fournir des services de qualité aux migrants sur un pied d'égalité avec les nationaux et de protéger la confidentialité. Les demandeurs d'asile ont accès à une couverture universelle maladie gratuite (la Couverture Universelle Maladie Protection Complémentaire), et les migrants irréguliers à faibles revenus sont couverts par l'Aide Médicale d'État sous certaines conditions. Les groupes et les personnes en situation de vulnérabilité, par exemple les femmes enceintes et les personnes atteintes de maladies infectieuses, peuvent se voir accorder un permis



temporaire d'accès aux soins de santé, tandis que ceux qui ne font pas partie du système peuvent accéder aux services et soins d'urgence.

En **Italie**, les migrants en situation irrégulière ont le droit d'accéder gratuitement aux soins urgents et indispensables grâce à un code anonyme. Les enfants sont inclus dans le code des parents et les soins préventifs (soins maternels et traitement des maladies potentiellement dangereuses) sont également inclus. L'Italie a également mené des campagnes de promotion, fourni des interprètes et des médiateurs culturels et diffusé des informations aux niveaux national et régional dans différentes langues.

Dans le cadre du projet Hôpital ami des migrants (2002-2005) à **Reggio Emilia**, en **Italie**, plusieurs changements structurels ont été mis en œuvre dans le secteur de la santé pour garantir aux migrants l'accès tant aux soins qu'aux services de santé. L'approche organisationnelle de *l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia* comprenait notamment un processus global de changement et d'adaptation de leurs services pour répondre aux besoins des migrants et des autres groupes et individus en situation de vulnérabilité. La loi inclut spécifiquement les mineurs jusqu'à l'âge de dix-huit ans, les femmes enceintes jusqu'à six mois après l'accouchement, et les personnes diagnostiquées avec des maladies infectieuses. Dans le cadre de ce programme, l'accès aux soins de santé pour les migrants en situation irrégulière comprend les soins prénatals et maternels, les soins de santé pour les mineurs, les vaccinations, les programmes de médecine préventive ainsi que la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies infectieuses.

A **Barcelone** (en **Espagne**), bien que la législation garantisse généralement l'accès aux services de santé pour la plupart des résidents réguliers et irréguliers, certaines ONG gèrent des programmes visant à améliorer et faciliter l'accès des migrants en situation irrégulière aux services de santé. Par exemple, l'association *Salud y Familia* veille à ce que les migrants aient accès à une carte de santé et elle mène des activités de plaidoyer et de coordination avec les prestataires de services et le Gouvernement. En collaboration avec les hôpitaux publics de Catalogne, elle met également en œuvre un programme intitulé "Mères entre deux cultures", qui s'adresse aux mères migrantes d'origines culturelles différentes qui ont des enfants de trois ans ou moins, afin d'améliorer la couverture et de réduire les besoins dans le domaine de la santé maternelle et infantile. En outre, le programme "Assistance à la maternité à risque" aide les femmes enceintes à recevoir des soins prénatals et un soutien psychosocial.

## Est-il légal pour les Etats de restreindre sur le plan juridique l'accès des migrants aux soins de santé?

La réalisation progressive des droits économiques, sociaux et culturels, notamment du droit à la santé, exige des États qu'ils prennent immédiatement des mesures concrètes, ciblées et délibérées en vue de leur réalisation.<sup>59</sup> D'autre part, les mesures d'austérité qui conduisent à la régression dans la réalisation des droits sont présumées illégales, même en cas de réduction des dépenses dans le secteur social.<sup>60</sup> Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies a indiqué que le manque de ressources disponibles ne peut être considéré comme une justification objective et raisonnable de la différence de traitement, "à moins que tous les efforts n'aient été faits pour utiliser toutes les ressources dont dispose l'État partie en vue de remédier à la discrimination et de l'éliminer, à titre prioritaire."<sup>61</sup> Le principe de non-discrimination est une obligation fondamentale qui engage la responsabilité immédiate de l'État. Ainsi, les États ont pour obligation

spéciale de garantir aux personnes dépourvues de moyens suffisants l'accès à l'assurance maladie et au dispositif de soins de santé. Ils ont pareillement l'obligation d'empêcher toute discrimination fondée sur des motifs proscrits à l'échelon international dans la fourniture de soins et de services de santé, s'agissant en particulier des obligations fondamentales inhérentes au droit à la santé,<sup>62</sup> obligations qui concernent également les migrants.

## D. Obstacles concrets aux soins et services de santé

Le fait d'avoir légalement le droit d'accéder aux soins et aux services de santé n'en garantit pas forcément l'accès et la jouissance en pratique. L'OMS a souligné que "même lorsque des droits sont établis pour certains groupes de migrants et que la réglementation leur en autorise l'accès, d'autres obstacles peuvent exister en termes d'organisation des soins de santé, de méconnaissance des droits tant par les professionnels de la santé que par les bénéficiaires des soins, de manque de compétences du personnel médical, de barrières linguistiques et culturelles, et de gouvernance globale des migrations."<sup>63</sup> Même lorsqu'il existe un droit en bonne et due forme à des soins de santé complets, les migrants en situation irrégulière peuvent rencontrer d'autres obstacles, tels que

- **Exigences procédurales ou administratives pour l'accès aux soins.** Les migrants en situation irrégulière peuvent ne pas être en mesure de satisfaire aux exigences telles qu'une preuve de résidence, une adresse officielle, un numéro de sécurité sociale ou d'autres documents.<sup>64</sup>
- **Charge financière du traitement.** Dans les systèmes d'assurance maladie et les systèmes de santé à base fiscale, l'absence de documents peut empêcher les migrants en situation irrégulière d'obtenir une assurance maladie, obligeant ainsi les patients à payer le coût total des traitements médicaux.<sup>65</sup>
- **La crainte des migrants d'être signalés aux autorités de l'immigration lorsqu'ils s'adressent aux services de santé publique.** Cette crainte peut être due à l'absence de pare-feu ou peut exister même dans les pays où la législation nationale garantit la confidentialité des informations personnelles. Les réglementations obligeant les fonctionnaires à signaler les migrants, ou l'absence de pare-feu, constituent un risque que les migrants en quête de soins soient signalés aux autorités et/ou expulsés vers leur pays d'origine.<sup>66</sup>
- **Manque de connaissances sur les droits légaux.** Les migrants peuvent ne pas connaître leurs droits et ne pas demander l'aide de professionnels. Les professionnels de la santé (médical ou administratif) peut également ne pas connaître la législation régissant l'accès aux soins des migrants en situation irrégulière ou la manière dont les remboursements pour ces soins peuvent être demandés.<sup>67</sup>
- **Absence de soins et de services de santé adaptés, culturellement sensibles et non discriminatoires.** Les soins et les services de santé doivent être "respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel, c'est-à-dire respectueux de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés, réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie."<sup>68</sup>

# CHAPITRE III

## Les autorités locales et le droit à la santé



Les autorités locales sont responsables du respect, de la protection et de la réalisation des droits de l'homme au niveau local.<sup>69</sup> Elles sont liées par l'interdiction de la discrimination dans la jouissance et l'accès aux droits, et elles doivent donc prévenir, atténuer ou éliminer la discrimination dans la pratique.<sup>70</sup> Elles interviennent aussi en première ligne pour répondre aux besoins et aux préoccupations sociales de la population. Les villes et les régions peuvent jouer un rôle dans l'élaboration des politiques de santé et, dans certains pays, elles ont des pouvoirs législatifs en la matière et sont donc aussi responsables de fournir des services au plan local.<sup>71</sup>

De même que les autorités nationales, les autorités locales ne devraient pas adopter des réglementations, des politiques ou des pratiques privant directement ou indirectement certains groupes de personnes de l'accès aux soins et services de santé locaux. Dans leurs domaines de compétence, elles devraient prendre des mesures positives pour faciliter la réalisation des droits de chacun, y compris le droit à la santé des migrants en situation irrégulière, et veiller à ce que des tiers ne violent pas le droit des personnes à la santé.

Les réglementations, politiques ou pratiques locales peuvent paraître neutres lorsqu'elles n'excluent pas explicitement les migrants irréguliers de l'accès à des services. Toutefois, celles-ci seraient toujours considérées comme discriminatoires en vertu du droit international des droits de l'homme si elles devaient avoir pour effet de rendre les soins de santé inaccessibles.<sup>72</sup> Si, par exemple, l'accès aux services de santé implique une procédure locale exigeant des documents spécifiques, un régime d'assurance ou des frais disproportionnés que les migrants en situation irrégulière peuvent ne pas être en mesure de fournir, cela créerait inévitablement des obstacles les empêchant d'accéder à leur droit à la santé.

Il y a de multiples avantages à assurer l'accès aux soins de santé au-delà des seuls soins d'urgence. Cet accès peut avoir un impact positif à la fois sur le bien-être physique et mental des migrants et dans le contexte de la santé publique, car il est dans l'intérêt de l'ensemble de la communauté d'inclure dans le système de santé les populations qui en étaient auparavant exclues.<sup>73</sup> Les autorités locales qui ont participé à cette étude étaient également motivées par des impératifs éthiques et moraux, ainsi que par le désir de faire de leur ville un lieu où les droits de l'homme sont protégés et promus pour tous.

De plus, des indices probants indiquent que le fait de permettre l'accès aux soins préventifs et primaires - au-delà des soins d'urgence - peut réduire les coûts globaux du système de soins de santé.<sup>74</sup> Les données montrent que le coût de l'exclusion des migrants irréguliers d'un large accès aux soins peut s'avérer plus élevé que le coût de leur inclusion. Faciliter les traitements précoces et les soins permanents peut permettre de réaliser des économies et prévenir la saturation des salles d'urgence dans les hôpitaux locaux. D'autre part, si les migrants en situation irrégulière sont empêchés ou découragés d'accéder à des soins préventifs ou précoces, ils sont contraints de retarder le traitement médical jusqu'à ce que des soins d'urgence deviennent alors indispensables, ce qui entraîne des coûts sensiblement plus élevés pour les professionnels de la santé comme pour les autorités.<sup>75</sup>

Une étude de l'UE a fait valoir que l'extension de l'accès aux soins de santé primaires aux migrants en situation irrégulière pourrait générer des économies potentielles de 49% ou plus sur les dépenses médicales et non médicales directes.<sup>76</sup> L'accès à des soins au-delà des soins d'urgence peut donc avoir un impact positif sur le système de santé publique dans son ensemble, car l'inclusion de toute la population dans le système de santé est dans l'intérêt de la société sur le plan des droits de l'homme comme sur le plan financier.

# CHAPITRE IV



## Assurer la continuité et la qualité des soins de santé

Des mesures juridiques ou administratives peuvent restreindre l'accès aux soins préventifs, ainsi que la continuité et la qualité des soins. Dans certains cas, les migrants en situation irrégulière n'ont pas le droit ou la possibilité de s'inscrire auprès d'un médecin généraliste. C'est pourquoi certaines autorités locales ont pris des mesures pour surmonter ces obstacles.<sup>77</sup> Par exemple, les autorités locales dotées des compétences législatives pertinentes en la matière en **Italie**, en **Espagne** et en **Suède**<sup>78</sup> ont adopté des règlements élargissant davantage encore les droits aux soins sur leur territoire de compétence, comme l'autorisation de s'inscrire auprès des médecins généralistes et des pédiatres. Les autorités qui n'ont pas de telles compétences ont pris des initiatives pour permettre la continuité des soins sous d'autres formes, telles que la création d'équipes médicales ou le soutien aux ONG pour gérer des centres médicaux agissant comme des médecins de famille ou fournissant des services de soins non dispensés par les systèmes de santé nationaux (voir initiatives locales à **Trondheim** et **Oslo** ci-dessous).

### Florence - un centre médical pour assurer la continuité des soins et réduire les coûts des soins de santé

En 2011, la ville de **Florence** et la Région de **Toscane** (Italie), en collaboration avec Caritas, ont créé un centre médical pour accueillir et fournir des soins post-hospitalisation aux patients en situation irrégulière et aux autres personnes marginalisées non enregistrées auprès du service national de santé. Ce centre a été créé pour assurer la continuité des soins aux personnes qui n'avaient pas droit à une assistance médicale continue au-delà des soins d'urgence, mais aussi pour éviter des séjours prolongés et coûteux au sein des services d'urgence. Le projet vise à "assurer la continuité des soins post-hospitalisation, à identifier les soins socio-médicaux adéquats et à réduire les coûts liés aux hospitalisations inappropriées."<sup>79</sup>

### Les régions élargissant le droit aux soins de santé

En 2012, la réforme nationale des soins de santé en **Espagne** s'est traduite par le passage d'un système de soins de santé universel à un système basé sur une assurance.<sup>80</sup> Alors que l'ancien système universel permettait aux migrants en situation irrégulière de bénéficier de soins de santé sur un pied d'égalité avec les nationaux, dans le cadre du système basé sur une assurance, les migrants en situation irrégulière ne reçoivent seulement que des soins d'urgence en cas de maladie grave ou d'accident, ainsi qu'une assistance pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. En ce qui concerne les enfants de moins de 18 ans, ils reçoivent des soins de santé dans les mêmes conditions que les espagnols.<sup>81</sup>

Du fait de la réforme, certaines Communautés autonomes d'Espagne - qui ont des compétences législatives en matière de santé, d'hygiène et de services sociaux<sup>82</sup> - ont adopté des règlements élargissant l'accès des migrants en situation irrégulière aux soins et, dans certains cas, rétablissant

l'accès des migrants en situation irrégulière aux soins de santé sur un pied d'égalité avec les ressortissants espagnols (**Andalousie, Asturie**<sup>83</sup> et **Catalogne**).<sup>84</sup>

En 2013, le Gouvernement **suédois** a promulgué une loi sur la santé et les soins médicaux pour certains étrangers vivant en Suède sans les autorisations nécessaires.<sup>85</sup> La loi accorde à tous les enfants sans papiers l'accès aux soins de santé sur la même base que les enfants résidant régulièrement et les enfants suédois. Elle donne également droit aux soins urgents et aux soins de santé qui ne peuvent être différés (soins dentaires, soins de maternité, conseils en matière de contraception, avortement et médicaments connexes) pour un montant de 5 euros, ce qui est aussi le cas pour les demandeurs d'asile. La loi stipule que les régions suédoises ont la possibilité d'élargir encore le niveau de prise en charge des migrants en situation irrégulière et, en conséquence, six régions offrent aux migrants sans-papiers une couverture médicale sur un pied d'égalité avec les citoyens (**Sörmland, Västmanland, Östergötland, Västerbotten, Västernorrland** et **Gävleborg**).<sup>86</sup>

En **Italie**, où les autorités régionales partagent les pouvoirs législatifs dans le domaine de la santé avec les autorités nationales, un certain nombre de régions ont adopté une législation permettant la continuité des soins au-delà des normes nationales. Certaines autorités régionales autorisent les migrants en situation irrégulière à s'inscrire auprès des médecins généralistes locaux (**Pouilles**) et des pédiatres ou étendent d'autres formes de droits (**Toscane**). En 2012, les Régions italiennes et le gouvernement central se sont mis d'accord pour permettre aux enfants de migrants en situation irrégulière, à partir de l'âge de quatorze ans, de s'inscrire chez un pédiatre ou chez un médecin généraliste.<sup>87</sup> Depuis lors, treize régions et la province autonome de Trente ont officiellement mis en œuvre cette disposition de l'accord.

## **Pouilles (Italie) – législation régionale permettant l'enregistrement auprès d'un médecin généraliste**

Dans les Pouilles, un grand nombre de migrants travaillent de manière informelle dans le secteur agricole. Ainsi, en 2009, la Région a adopté une loi visant à garantir le droit aux soins de santé des migrants en situation irrégulière.<sup>88</sup> La Cour constitutionnelle a déclaré que la loi était conforme aux normes constitutionnelles car elle vise à promouvoir les droits fondamentaux des personnes concernées.<sup>89</sup> La loi contribue à prévenir la prolifération de pathologies qui, autrement, entraîneraient une augmentation des coûts du système de santé<sup>90</sup> et fait écho aux actions des associations médicales locales.<sup>91</sup> La loi prévoit également de:

- accorder aux migrants en situation irrégulière des soins primaires et secondaires, y compris l'assistance pharmaceutique, les services de santé mentale, la gynécologie, l'avortement, le traitement et la prévention des toxicomanies et les soins de réadaptation.<sup>92</sup>
- permettre aux migrants en situation irrégulière de s'inscrire auprès d'un médecin généraliste et d'un pédiatre, garantissant ainsi l'égalité de traitement pour ces migrants vis-à-vis des ressortissants italiens. La loi vise également à fournir des soins appropriés pour les maladies chroniques telles que le diabète, l'asthme, l'hypertension ou les maladies rhumatismales, qui ne sont pas toujours traitées dans les services d'urgence ou dans les cliniques ambulatoires.<sup>93</sup> Les migrants irréguliers peuvent également s'inscrire auprès d'un médecin généraliste pour demander le code qui leur permet d'accéder de manière anonyme aux services médicaux en Italie.<sup>94</sup>
- veiller à ce que les urgences et les maladies infectieuses soient traitées dans les services d'urgence des hôpitaux du secteur.

- inviter les unités de santé locales (ASL), dans les zones où le nombre de migrants en situation irrégulière est élevé, à créer des dispensaires ambulatoires spécialisés pour ces migrants.<sup>95</sup>

La Région des Pouilles,<sup>96</sup> les infirmeries locales de **Foggia** et de **Bari**,<sup>97</sup> par exemple, et les associations médicales locales ont également publié des directives spécifiques à l'intention du personnel médical et administratif pour assurer un accès effectif.<sup>98</sup>

## Trondheim et Oslo (Norvège) – fournir un substitut au médecin généraliste

En **Norvège**, les migrants en situation irrégulière n'ont droit qu'aux soins "d'urgence" et aux soins "les plus nécessaires",<sup>99</sup> ce qui, en principe, comprend certains soins primaires et secondaires.<sup>100</sup> Toutefois, étant donné que le système de soins de santé norvégien exige l'affiliation à un organisme national d'assurance, ce que les migrants irréguliers n'ont généralement pas, on attend d'eux, en pratique, qu'ils paient intégralement les soins médicaux reçus, notamment les soins primaires et d'urgence, si le cas se présentait.<sup>101</sup> Puisque les établissements médicaux sont tenus de fournir des services d'urgence sans exiger de garanties de paiement, les hôpitaux doivent alors endosser les coûts si une personne ne peut payer.<sup>102</sup> En outre, les migrants en situation irrégulière n'ont pas le droit de s'inscrire auprès des médecins généralistes (*fastlege*) - qui sont le point d'entrée de la plupart des soins primaires et secondaires en Norvège. Dans la pratique, ces médecins peuvent refuser de voir ces patients,<sup>103</sup> et de plus, l'admission à l'hôpital pour des traitements non urgents nécessite l'ordonnance d'un *fastlege*.<sup>104</sup>

Pour remédier à ce problème, la municipalité de **Trondheim** a mis en place une équipe sanitaire municipale pour les réfugiés qui fournit des consultations et des traitements médicaux aux demandeurs d'asile et aux migrants en situation irrégulière ayant un antécédent en matière d'asile, notamment ceux dont la demande a été rejetée, et les personnes pour lesquelles le délai de la protection à laquelle elles ont droit est échu.<sup>105</sup>

Les principales caractéristiques de cette initiative sont les suivantes:

- L'équipe - qui remplace le médecin généraliste - soutient environ 110 personnes vivant dans un centre d'accueil pour réfugiés de la municipalité, dont la moitié ont vu leur demande d'asile rejetée définitivement mais n'ont pu être expulsées.<sup>106</sup> L'équipe médicale accepte également des patients en situation irrégulière ou qui ont un passé de demandeur d'asile vivant "sous couverture" dans la ville.<sup>107</sup>
- L'équipe se compose de vingt-six employés municipaux, dont un médecin, des infirmières spécialisées, des psychiatres, une sage-femme, une secrétaire médicale et du personnel administratif. Les migrants en situation irrégulière et les demandeurs d'asile se voient offrir des consultations médicales avec un médecin de famille, ainsi que des vaccinations, une assistance pour la grossesse, des soins pédiatriques et des soins de santé mentale.
- Les migrants peuvent être orientés vers les hôpitaux et recevoir des conseils et un soutien psychosocial. Une aide additionnelle en santé mentale est offerte en cas de rejet définitif d'une demande d'asile.<sup>108</sup>
- Les soins sont offerts gratuitement et les frais de transport en commun sont remboursés pour les patients qui ont besoin d'un soutien continu.

A **Oslo**, le Centre de santé pour sans-papiers fournit des services et fonctionne comme "médecin généraliste" depuis une dizaine d'années. Il s'agit d'une clinique à but non lucratif créée et gérée

par l'Oslo Church City Mission et la Croix-Rouge. Le centre propose des services médicaux gratuits aux migrants en situation irrégulière et aux ressortissants de l'UE dépourvus d'assurance maladie, "en fonction des besoins médicaux", comprenant des soins primaires et secondaires.<sup>109</sup> Le centre s'appuie surtout sur des médecins et des infirmières bénévoles, y compris des spécialistes, des médecins en santé mentale et des dentistes, et sur le travail d'employés à temps partiel, dont un médecin, une sage-femme et certains coordonnateurs. Les migrants en situation irrégulière bénéficient d'un accès gratuit aux vaccins pour les enfants, aux soins prénatals et aux accouchements pour les femmes enceintes dans les cliniques municipales. Un hôpital privé diaconal offre également des services gratuits aux patients du centre. Ce dernier vient en aide à environ 900 personnes par an, pour la plupart des migrants irréguliers originaires d'Afrique et d'Asie. Les ressortissants de l'UE non assurés représentent, pour leur part, environ un tiers des patients.<sup>110</sup> En 2017, la ville d'Oslo a décidé de contribuer au financement du centre, qui dépend principalement des fonds de l'Oslo Church City Mission, de la Croix-Rouge, de dons privés et du soutien financier de la Direction norvégienne de la santé et des affaires sociales pour des projets liés à la promotion du dépistage du VIH/SIDA.<sup>111</sup>

### **Genève (Suisse) – garantir l'accès aux soins de santé pour tous en ville de Genève et au sein des hôpitaux universitaires**

---

La loi genevoise de 2006 sur la santé vise à la promotion, à la protection, au maintien et au rétablissement de la santé des individus, des groupes, de toute la population et des animaux, tout en respectant la dignité, la liberté et l'égalité de chacun. Guidés par la loi de 2006, les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) dispensent des soins et des services de santé à tous, quels que soient leur origine, leur statut socio-économique ou leur affiliation à une assurance. En tant que prestataires dédiés au travail d'intérêt public, les HUG offrent un traitement aux personnes en situation de vulnérabilité due à des facteurs tels que leur âge ou leur statut social, économique ou juridique. Il peut s'agir, par exemple, de demandeurs d'asile, de migrants irréguliers ou de personnes privées de liberté. La majorité des patients et des soignants du HUG sont des étrangers, c'est pourquoi des interprètes professionnels sont disponibles gratuitement dans plus de cinquante langues différentes. En outre, à Genève, l'Unité mobile de consultation ambulatoire pour les soins communautaires (CAMSCO) facilite l'accès aux traitements préventifs, curatifs et de réadaptation pour les personnes en situation de vulnérabilité comme les personnes sans abri, les migrants irréguliers ou les personnes dépourvues d'assurance maladie.<sup>112</sup>

# CHAPITRE V

## Simplifier les procédures et les conditions d'accès aux soins



Les procédures officielles d'accès aux soins ou d'obtention d'une couverture d'assurance peuvent exiger des documents ou des conditions que les migrants irréguliers ne sont pas en mesure de fournir ou de remplir, tels qu'un numéro de sécurité sociale, un permis de séjour valable, une preuve de domicile ou une adresse fixe. La lourdeur des procédures de remboursement peut également constituer un défi, non seulement pour les migrants, mais aussi pour les prestataires de soins de santé qui pourraient être réticents à accepter des patients en situation irrégulière en raison de la difficulté ou de l'incapacité d'être remboursés.

### Gand (Belgique) – simplification des procédures d'accès à la couverture santé

Les migrants en situation irrégulière n'étant pas éligibles à l'assurance maladie belge, cependant, l'Aide médicale urgente ou *Dringende Medische Hulpverlening* (AMU/DMH), en droit belge, couvre les frais médicaux des migrants en situation irrégulière qui n'ont pas les moyens de se soigner. Il s'agit des soins urgents, tels que tous les traitements couverts par l'assurance maladie nationale de base, y compris les soins préventifs et curatifs, et les soins primaires et secondaires.<sup>113</sup> Les migrants en situation irrégulière peuvent également s'inscrire auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre et obtenir une couverture pour les soins dentaires.<sup>114</sup>

Les conditions requises pour être couvert par l'AMU/DMH comprennent, par exemple, la preuve que la personne réside habituellement en Belgique de façon irrégulière, réside habituellement dans la commune à laquelle elle demande la couverture, n'a pas les moyens de payer des soins de santé et ne dispose pas de couverture sociale alternative ou d'assurance maladie.<sup>115</sup> Le centre public municipal de services sociaux (CPAS/OCMW) doit vérifier ces conditions.<sup>116</sup> Dans la pratique, cependant, ces procédures se sont avérées compliquées et ont abouti à ne réserver qu'un accès aux soins aléatoire aux migrants en situation irrégulière.<sup>117</sup>

Afin de garantir le droit aux soins de santé des migrants en situation irrégulière, la municipalité de Gand encourage l'utilisation d'une carte médicale par les bénéficiaires de l'AMU/DMH. Le gouvernement national a créé cette carte pour faciliter l'accès aux soins médicaux des migrants irréguliers. D'une durée de trois mois, elle peut être demandée au CPAS/OCMW avant la consultation avec un médecin. Le CPAS/OCMW peut ainsi vérifier au préalable l'éligibilité et délivrer une carte médicale certifiant la couverture du migrant. La carte a pour objectif d'empêcher les médecins de refuser un patient.<sup>118</sup>

Dans les cas où la personne n'a pas de documents prouvant son indigence ou sa résidence habituelle, les fonctionnaires municipaux acceptent d'autres preuves et se fient à la validation par un réseau d'ONG de confiance. La vérification a lieu en moyenne dans l'heure qui suit (ou dans les sept jours si une visite à domicile est exceptionnellement nécessaire).

La nouvelle procédure permet aux médecins de demander directement le remboursement à la municipalité (plutôt qu'aux autorités fédérales). La municipalité rembourse immédiatement les



médecins locaux, rassemble les factures médicales et obtient un remboursement global de la part du gouvernement fédéral. Cette procédure a permis de réduire le délai de remboursement de six mois à une semaine.<sup>119</sup>

Dans des cas exceptionnels, lorsqu'un migrant irrégulier a besoin de consulter un médecin pour une urgence pendant les heures de fermeture du CPAS/OCMW, les fonctionnaires municipaux auront fourni aux hôpitaux et aux médecins locaux des formulaires spécifiques pour recueillir des informations sur les patients, qui sont nécessaires au CPAS/OCMW pour vérifier leur admissibilité et effectuer le paiement.

En outre, les fonctionnaires municipaux mènent des activités de sensibilisation avec les ONG locales pour expliquer la procédure. De même, le CPAS/OCMW organise régulièrement des réunions avec les hôpitaux et les médecins locaux pour les informer des procédures applicables, s'assurer que les migrants irréguliers ne se voient pas refuser des soins, et contrôler le fonctionnement du système. Des sessions de formation sur le "modèle gantois" ont été organisées à l'intention des responsables d'autres municipalités pour encourager la duplication de cette pratique. En moyenne, 950 bénéficiaires de l'AMU/DMH sollicitent, par mois, des soins médicaux à Gand, et une trentaine de personnes par mois ont demandé de nouvelles cartes médicales en 2018.<sup>120</sup>

# CHAPITRE VI

## Prise en charge des coûts des soins médicaux dispensés aux personnes non assurées



Qu'il s'agisse d'un système d'assurance ou d'un système fondé sur l'impôt, les coûts des soins peuvent constituer un obstacle pour quiconque cherche à faire valoir son droit à la santé. Les migrants en situation irrégulière peuvent ne pas être en mesure de s'affilier aux régimes nationaux d'assurance maladie ou peuvent être tenus de payer la totalité des frais liés aux traitements, même s'ils ont légalement droit à ces derniers, notamment pour ce qui est des services d'urgence.<sup>121</sup> Les professionnels de la santé peuvent refuser de dispenser des soins, par exemple, par crainte de ne pas être remboursés.<sup>122</sup> Selon la FRA, au moins onze États membres de l'UE exigent des migrants en situation irrégulière qu'ils paient les soins d'urgence, alors qu'ils ont officiellement le droit de les recevoir.<sup>123</sup> L'obligation de payer l'intégralité du montant des soins peut, dans la pratique, annuler un droit à recevoir des prestations.<sup>124</sup> Les coûts inabordables des soins et des services de santé constituaient véritablement un obstacle dans la plupart des villes visitées dans le cadre de cette étude, et presque toutes les initiatives ont été justement conçues pour surmonter cet obstacle financier.

Il a été observé - en particulier dans les pays dotés d'un système de soins de santé basé sur l'assurance - que les migrants en situation irrégulière passaient entre les mailles du filet, tout comme d'autres personnes "non assurables", à savoir les ressortissants européens qui voyagent ou les personnes sans domicile fixe. Certaines initiatives locales ciblent toutes les personnes non assurées (comme à **Vienne, Francfort** et **Oslo**), tandis que d'autres ciblent uniquement les personnes en situation irrégulière (comme à **Eindhoven, Düsseldorf** et **Trondheim**).

### Autriche – soutenir les dispositifs de protection pour les personnes non assurées

Le Fonds social viennois soutient financièrement les initiatives de diverses ONG visant à offrir un filet de protection aux personnes sans assurance maladie à **Vienne**, notamment les migrants en situation irrégulière et les ressortissants européens et autrichiens. Il est rare que les migrants irréguliers en Autriche obtiennent une assurance maladie,<sup>125</sup> et les demandeurs d'asile déboutés ne sont couverts que temporairement pour ce qui est des soins de base.<sup>126</sup> Les migrants non assurés sont censés payer pour tous les soins de santé reçus, y compris les soins d'urgence; toutefois, les hôpitaux ne peuvent refuser de fournir un traitement en urgence au motif d'un manque d'assurance.<sup>127</sup>

Le Fonds social viennois soutient trois initiatives destinées à des groupes cibles différents et offre des services complémentaires afin d'en faire bénéficier tous les individus non assurés de la métropole. Il s'agit notamment de:

- **AmberMed**: une clinique ambulatoire gérée par Diakonie Autriche en coopération avec la Croix-Rouge, offrant des consultations médicales et des traitements aux personnes non assurées.
- **Neunerhaus**: un centre de santé géré par une ONG offrant des soins, y compris des soins dentaires, aux personnes sans domicile fixe (ou hébergées dans des centres d'hébergement

pour les sans-abri)<sup>128</sup> qui peuvent avoir une assurance-maladie, mais qui sont néanmoins empêchés d'accéder au système de soins de santé habituel en raison d'autres obstacles.

- **LouiseBus:** une unité de santé mobile gérée par la Caritas locale, qui soutient les personnes dans le besoin dans différents quartiers de la capitale, fournit une assistance médicale de base et des consultations aux sans-abri et conseille les personnes sans assurance ou sans domicile fixe pour obtenir de l'aide médicale à Vienne.<sup>129</sup>

Les migrants en situation irrégulière, qui sont pour la plupart non-assurés, font majoritairement partie du groupe cible d'AmberMed, et environ un tiers de ses patients sont des demandeurs d'asile déboutés ou des migrants irréguliers.<sup>130</sup> Le personnel de la clinique s'appuie sur un réseau d'environ 80 médecins bénévoles, y compris des spécialistes, qui se relaient dans la clinique ambulatoire ou qui traitent gratuitement les patients adressés par AmberMed. L'organisation coopère également avec des sociétés médicales ou pharmaceutiques privées qui fournissent des services sanguins, des radiographies et certains médicaments à titre gracieux. Ainsi, AmberMed peut offrir presque tous les traitements qui ne nécessitent pas d'hospitalisation - à part les soins dentaires - y compris les soins de longue durée. Le Département des réfugiés du Fonds social viennois fournit environ un quart du budget de l'organisation, tandis que le reste provient principalement de dons privés, du ministère autrichien de la Santé et du fonds public d'assurance maladie viennois.<sup>131</sup>

Les migrants en situation irrégulière sans-abri peuvent également se rendre dans les centres médicaux du Neunerhaus, où environ 5% à 10% des usagers ont un statut d'immigration irrégulière.<sup>132</sup> Neunerhaus dispose d'une clinique moderne et d'une équipe de vingt-cinq employés, y compris des services spécialisés et des conseils en psychosociologie. L'organisation est principalement financée par le Fonds social viennois et le fonds public d'assurance maladie viennois.

Les organismes peuvent se recommander mutuellement des patients afin d'éviter les doubles traitements et offrir des services en complémentarité. Par exemple, seul AmberMed fournit de l'insuline aux patients diabétiques, alors que seul Neunerhaus peut dispenser des soins dentaires.<sup>133</sup>

## Villes néerlandaises - soutien financier pour les traitements non couverts

Les migrants en situation irrégulière aux Pays-Bas ne peuvent pas s'inscrire auprès des régimes d'assurance maladie ordinaires car ils n'ont pas de numéro de sécurité sociale et la possibilité d'obtenir une assurance maladie est limitée aux migrants qui sont résidents réguliers.<sup>134</sup> Cependant, la loi néerlandaise a créé un organisme public (CAK) chargé de rembourser les prestataires de soins de santé, notamment les médecins, les hôpitaux et les pharmacies pour les médicaments et traitements "médicalement nécessaires" fournis aux migrants irréguliers. Ces derniers peuvent accéder à une gamme relativement large de services médicaux, y compris la possibilité de consulter un médecin généraliste et aussi d'accéder à certains soins primaires et secondaires.<sup>135</sup>

Toutefois, certains traitements comprenant les soins dentaires, la physiothérapie ou les soins de santé mentale, ne sont pas couverts et les migrants irréguliers sont tenus de payer une quote-part pour les médicaments (5 euros par ordonnance). Depuis le début des années 2000, la ville d'**Eindhoven**<sup>136</sup> a financé une ONG locale (*Vluchtelingen in de Knel*) dans le but d'aider les ressortissants de pays tiers sans ressources ou en situation irrégulière à bénéficier de soins qui ne sont pas remboursés par le CAK. L'organisation prend en charge les frais de soins dentaires ou de santé mentale, de physiothérapie, de lunettes et de transport pour les personnes qui doivent se déplacer en-dehors de la ville pour se faire soigner. L'organisation veille également à

ce que les prestataires de soins de santé locaux connaissent le système national en matière de remboursement. En 2017, l'organisation a soutenu 228 personnes environ 2.000 fois, dépensant un peu moins que le budget annuel alloué par la municipalité à cet effet (37.500 euros).<sup>137</sup> **Amsterdam, Utrecht et Nijmegen** ont des programmes similaires.

Certaines municipalités, dont Utrecht et Eindhoven, financent également des hébergements pour les migrants irréguliers ayant des besoins médicaux particuliers. Eindhoven dispose d'un centre spécifique pour les personnes souffrant de maladies graves, tandis qu'Utrecht facilite l'accès aux logements municipaux pour les personnes dont l'état médical nécessite un hébergement "stable", comme les patients diabétiques qui ont besoin de réfrigérateurs pour leur traitement ou ceux suivant un parcours médical en soins psychiatriques. Utrecht et Amsterdam contribuent également au financement d'un refuge à Amsterdam (*Medisch Opvangproject Ongedocumenteerden*) où les migrants en situation irrégulière souffrant de graves problèmes de santé mentale peuvent être hébergés et recevoir une assistance médicale appropriée.<sup>138</sup>

# CHAPITRE VII

## Répondre à la crainte des migrants d'être signalés aux autorités d'immigration



La crainte des migrants irréguliers d'être signalés aux fonctionnaires de l'immigration ou d'être expulsés vers leur pays d'origine peut les décourager de se faire soigner dans un établissement médical officiel.<sup>139</sup> En conséquence, les migrants qui s'abstiennent de solliciter une aide médicale en temps utile peuvent développer des maladies chroniques ou souffrir de problèmes de santé nécessitant un traitement d'urgence, mettant ainsi leur santé en grand danger, et dans le cas des femmes enceintes, celle de leurs enfants à naître.<sup>140</sup> Un professionnel de la santé interrogé dans le cadre de cette étude a rapporté que les femmes enceintes sans papiers à Francfort ont tendance à retarder leur demande de soins prénatals jusqu'au dernier stade de leur grossesse, lorsque le risque de refoulement n'existe plus.<sup>141</sup> Des membres d'ONG à Düsseldorf ont signalé des cas de migrants sollicitant une aide médicale alors qu'il était désormais trop tard pour leur apporter des traitements qui auraient permis de les sauver.<sup>142</sup>

Pour diverses raisons, telles que le manque d'informations ou la peur, les migrants en situation irrégulière continuent d'éviter de s'adresser aux services médicaux officiels, même dans les pays où la législation nationale protégeant le secret médical empêche expressément que des informations puissent circuler entre le personnel médical et les services de l'immigration.<sup>143</sup> Dans d'autres cas, les insuffisances de la législation en matière de confidentialité médicale peuvent conduire au signalement des migrants aux autorités chargées de l'application des lois.

Les entretiens menés dans le cadre de cette étude ont révélé que la législation pouvait encore créer de la confusion parmi les professionnels de la santé, par exemple pour déterminer ce qui constitue une "urgence", cela pouvant engendrer une incertitude quant au moment où les fonctionnaires de la protection sociale sont tenus de déclarer un patient. De ce fait, les autorités sanitaires et sociales municipales sont dans le doute quant à leurs obligations et les migrants irréguliers hésitent alors à s'adresser aux établissements médicaux, ce qui a pour conséquence de les priver des soins essentiels.<sup>144</sup>

Dans de tels contextes législatifs, les autorités locales peuvent jouer un rôle crucial dans la mise en œuvre d'initiatives visant à établir un "pare-feu", qui permette de protéger les patients en situation irrégulière des interactions avec les fonctionnaires tenus de signaler les migrants irréguliers. En Allemagne, plusieurs municipalités, en coopération avec des ONG, ont créé des centres d'accueil spécialisés où les migrants irréguliers peuvent obtenir des consultations médicales sans la participation directe des travailleurs sociaux locaux.<sup>145</sup>

### Francfort sur le Main (Allemagne) – un centre d'accueil adapté

En 2001, la ville de **Francfort** a reconnu la valeur du travail d'une ONG locale, *Maisha*, et a décidé de la soutenir. *Maisha* fournit des conseils aux femmes africaines sans papiers, en particulier les femmes enceintes, craignant de faire appel aux services médicaux officiels. Le service de santé de la ville, en collaboration avec le service de protection sociale et *Maisha*, ont proposé la mise en place de consultations pour raisons humanitaires (*Humanitäre Sprechstunden*). Suite à une décision du

conseil municipal, le centre a été créé dans le cadre du service de santé de la ville, en partenariat avec Maisha, et a commencé à recevoir un financement du service de protection sociale. Les principales caractéristiques de ces consultations existant à Francfort sont les suivantes:

1. Un centre d'accueil municipal du Département de la Santé qui fournit aux migrants en situation irrégulière et aux autres personnes non assurées des services de soins de santé non urgents, notamment des consultations médicales individuelles, des traitements et des médicaments de base, des examens pédiatriques, des vaccinations, des analyses de laboratoire, des examens de la vue et de l'audition, des échographies et radiographies, des tests et traitements du VIH/sida, et un soutien psychosocial.<sup>146</sup> En 2017, le centre a fourni des prestations médicales à 613 adultes non assurés, 1.698 fois, et à 182 enfants, 486 fois.<sup>147</sup>
2. Les services médicaux du centre sont offerts de façon anonyme et gratuite. Les seules informations demandées aux patients sont celles de savoir s'ils ont une assurance maladie (dans le cas contraire, ils seraient référés ailleurs) et s'ils vivent à Francfort, puisque le service est réservé aux personnes vivant dans cette ville, sans toutefois l'obligation d'apporter un justificatif en tant que résident.
3. Concernant les services qui ne sont pas fournis dans le cadre de ces "heures de consultation humanitaires", le centre a développé des partenariats avec des gynécologues en externe et d'autres spécialistes médicaux vers lesquels les migrants peuvent être orientés. Le Département de la Santé a conclu des accords avec certains médecins et hôpitaux locaux pour que ceux-ci offrent leurs services aux migrants irréguliers à des tarifs réduits et fixes (à la charge des migrants), par exemple pour les accouchements des femmes dépourvues d'assurance.<sup>148</sup> Le centre a également développé des partenariats avec des ONG locales qui offrent des services médicaux autres que ceux offerts par la ville de Francfort.<sup>149</sup>

En près de vingt ans d'activité, les "consultations humanitaires" de Francfort ont reçu plusieurs prix, dont le Prix de l'intégration de la ville en 2002.<sup>150</sup> Elles sont devenues une référence en matière de bonnes pratiques en Allemagne (connue sous le nom de "modèle de Francfort") et ont amené plusieurs autres grandes administrations urbaines du pays à adopter des initiatives similaires.<sup>151</sup>

## Düsseldorf (Allemagne) – externalisation des services de soins de santé vers des ONG

En coopération avec une ONG locale, le conseil municipal de **Düsseldorf** a adopté un projet pilote pour 2015-2018 visant à assurer la couverture financière des traitements médicaux dispensés aux personnes non assurées en situation irrégulière et d'éviter ainsi l'implication directe du bureau local de protection sociale dans le remboursement des traitements.<sup>152</sup> Ainsi, les consultations médicales, les transferts et les remboursements ont été confiés à une ONG financée par la municipalité (*STAY! Düsseldorfer Flüchtlingsinitiative*), qui - en tant qu'acteur non public - n'est pas tenue de faire de signalements, en application de la loi allemande relative au séjour des résidents. L'organisation, connue sous le nom de *STAY!MediNetz*, fonctionne comme un centre médical d'accueil pour migrants irréguliers.

Les principales caractéristiques de l'initiative de Düsseldorf sont les suivantes:

- Un "centre d'informations" (*clearingstelle*) géré par le personnel de l'organisation pour vérifier l'éligibilité et fournir des conseils juridiques sur le statut de résident. Les personnes

physiques doivent être des ressortissants de pays tiers, sans assurance médicale, en situation irrégulière, et résider à Düsseldorf depuis au moins six mois.

- Des consultations de médecine générale offertes une fois par semaine dans les locaux de l'ONG par des médecins bénévoles agissant en tant que médecins généralistes.
- Un système d'orientation vers des médecins spécialistes privés, géré par l'ONG, au sein d'un réseau de trente à quarante praticiens qui ont accepté de dispenser des traitements aux personnes qui leur sont adressées, et ce au tarif médical le plus bas en vigueur selon le barème allemand des frais médicaux.<sup>153</sup> Les migrants qui se rendent au centre *STAY!Medinetz* reçoivent un document de référencement, décrivant le traitement nécessaire. Sur recommandation, les migrants irréguliers peuvent ainsi obtenir des soins primaires et secondaires, notamment des soins gynécologiques, dentaires, ophtalmologiques, orthopédiques, urologiques, chirurgicaux et psychothérapeutiques.<sup>154</sup>
- La municipalité prévoit un budget annuel de 100.000 euros pour le remboursement des frais de traitement. Une fois ce dernier administré, les médecins facturent l'organisation plutôt que les migrants ou le bureau municipal d'aide sociale. Les médecins ont accepté d'appliquer des tarifs minimaux, générant ainsi des économies d'environ 50% par traitement.<sup>155</sup> Au cours de la période allant de juin 2015 à décembre 2016, ce système a réalisé des économies de 20.557 euros par rapport aux coûts habituels.<sup>156</sup> Ce crédit peut également être utilisé pour rembourser les traitements offerts par les établissements médicaux locaux aux migrants irréguliers qui n'ont pas été adressés par l'organisation. L'ONG aura informé les hôpitaux qu'elle rembourserait les traitements prodigués à tout patient sans permis de séjour régulier, et distribué à ces mêmes hôpitaux des informations expliquant qu'il faudra contacter l'ONG plutôt que le bureau d'aide sociale.
- Des activités de sensibilisation sont également menées par l'ONG auprès de la communauté des migrants afin de sensibiliser ces derniers et de renforcer leur confiance dans ce service.<sup>157</sup>

# CHAPITRE VIII

## Informer les migrants et les prestataires de soins de santé sur leurs droits



Si les migrants ne sont pas conscients de leurs droits en matière de santé, ils auront des difficultés à accéder à des soins.<sup>158</sup> Même dans les pays qui offrent aux migrants en situation irrégulière un accès aux soins de santé, ces migrants évitent parfois de demander une assistance médicale car ils méconnaissent leurs droits. Les professionnels de la santé peuvent aussi refuser de fournir des soins même s'il existe un droit légal, par exemple, en raison d'un simple manque de formation. Les discours qui visent à exclure les migrants irréguliers des dispositifs de prise en charge peuvent également donner lieu à des idées fausses.<sup>159</sup>

Les autorités nationales et locales peuvent offrir des conseils aux prestataires de services concernés au sujet des droits des migrants en situation irrégulière.<sup>160</sup> Ces directives peuvent prendre diverses formes, comme par exemple la distribution de circulaires aux fournisseurs de soins de santé locaux,<sup>161</sup> des campagnes d'information ciblant à la fois les professionnels de la santé et les migrants en situation irrégulière, des activités de sensibilisation, des conseils dispensés par des ONG,<sup>162</sup> et la formation des professionnels. Par exemple, le maire de Londres, en collaboration avec d'autres organisations, a publié une brochure expliquant comment les migrants irréguliers pouvaient accéder à des soins primaires, sachant que beaucoup d'entre eux ne s'inscrivent pas chez un médecin généraliste, alors qu'ils y ont droit.<sup>163</sup>

### Barcelone et Madrid (Espagne) – lutter contre la désinformation

Depuis la réforme du système de santé espagnol en 2012, plusieurs Communautés autonomes ont adopté des règlements visant à préserver les droits aux soins de santé des migrants en situation irrégulière. D'autre part, les autorités régionales et municipales se sont efforcées de sensibiliser les professionnels et les bénéficiaires aux droits en la matière et sont même intervenues sur des cas particuliers où des migrants irréguliers se sont vu refuser l'accès à des soins ou ont dû payer pour des soins de façon indue.

En 2015, la Communauté autonome de **Madrid** a adopté un avis interne demandant aux professionnels de la santé locaux de fournir une assistance à tous les patients, quel que soit leur statut migratoire. La Mairie de Madrid a lancé une campagne publique intitulée "*Madrid sí cuida*" (Oui, Madrid se soucie de vous) pour informer les migrants en situation irrégulière de leur droit à accéder aux soins de santé publics, quel que soit leur statut. La ville encourage tous les migrants à s'inscrire auprès d'un centre de santé local et fournit des informations sur la façon de demander de l'aide et de signaler les cas de refus de soins.<sup>164</sup>

La municipalité de **Barcelone**, en collaboration avec les autorités régionales catalanes, veille à ce que personne ne se voie refuser indûment des soins, simplement du fait de fausses informations,<sup>165</sup> suite à la réforme régionale de la santé.<sup>166</sup> La nouvelle réglementation a permis l'octroi d'une carte médicale aux migrants en situation irrégulière inscrits dans les registres municipaux de la Catalogne depuis au moins trois mois. En 2016, la Ville de Barcelone et le Service de santé de la Catalogne ont créé un comité spécial composé d'autorités régionales et municipales des départements de la santé et d'accueil des immigrants de Barcelone, cela pour contrôler l'accès aux soins médicaux



des migrants irréguliers dans la capitale, pour identifier les problèmes dans la mise en place du règlement et pour discuter et évaluer de cas individuels. Le comité spécial a :

- identifié, en collaboration avec des ONG locales, des cas de refus de soins injustifiés et a œuvré pour résoudre ces cas individuels (notamment en faisant appel à des employés locaux), a aidé les personnes concernées et identifié les centres de santé et hôpitaux locaux qui avaient besoin de formation;
- promu une nouvelle réglementation offrant une assistance gratuite aux migrants sans carte de santé qui s'étaient déclarés dans l'incapacité d'assumer les coûts des soins;
- conçu des dépliants sur la procédure d'obtention de la carte médicale et sur les soins d'urgence gratuits, et les a distribués aux professionnels de la santé tout comme aux bénéficiaires;
- commencé à former les fonctionnaires aux règles et procédures en la matière dans les centres de santé régionaux (*Centros de Atención Primaria*) où les cartes médicales sont demandées; et
- veillé à ce que l'information parvienne aux professionnels des centres de santé et des hôpitaux locaux.

La municipalité dispose également de services spécialisés pour les migrants et les réfugiés, tels que des services d'accueil et de travail social pour les populations vulnérables, qui les aident à éliminer les obstacles administratifs à l'enregistrement et à l'accès aux services publics, y compris les soins de santé. En conséquence, les autorités municipales ont indiqué que la plupart des migrants en situation irrégulière à Barcelone pouvaient obtenir une carte médicale et accéder à des soins de santé dans la ville.<sup>167</sup>

# CONCLUSION

Le droit international relatif aux droits de l'homme garantit le droit à la santé pour tous, y compris les migrants en situation irrégulière, et interdit toute discrimination fondée sur le statut migratoire ou la nationalité d'une personne. Dans l'UE et au-delà, les autorités locales (aux niveaux régional et municipal) et d'autres acteurs (tels que les prestataires de services et de soins de santé ainsi que les personnes répondant immédiatement aux besoins de la population) ont pris des mesures pour surmonter les obstacles et atténuer ou éliminer la discrimination directe ou indirecte dans la fourniture de tous services, dont ceux qui concernent la santé des migrants.

Les recherches menées sur le terrain dans le cadre de cette étude ont également indiqué que les migrants irréguliers en mauvaise santé ou traumatisés ont peu de chances de quitter ou de voyager dans le pays d'accueil. Limiter le droit à la santé des migrants en situation irrégulière aux seuls soins d'urgence peut faire augmenter les coûts des soins et surcharger les services d'urgence. En revanche, donner accès à des soins autres que les soins d'urgence peut avoir un impact positif sur le système de santé publique, puisque l'inclusion de l'ensemble de la population dans le système de soins est dans l'intérêt de la communauté dans son ensemble. En Europe, certaines autorités locales ont agi dans le cadre de leurs compétences pour assurer aux migrants un accès effectif aux soins et services de santé au niveau de leur territoire.

Les pratiques prometteuses documentées dans cette étude montrent que les autorités régionales et municipales et les autres parties prenantes sont en mesure de:

## 1. Assurer la continuité et la qualité des soins et services de santé pour les migrants.

Dans leur champ de compétence, les autorités locales peuvent adopter des réglementations qui étendent les soins au niveau local, par exemple en permettant aux migrants en situation irrégulière de s'inscrire auprès de médecins généralistes. Les autorités locales peuvent aussi créer un centre médical ou des équipes sanitaires municipales qui fournissent des soins et des traitements aux migrants en situation irrégulière qui ne peuvent être enregistrés dans le système national. Les municipalités peuvent également fournir des abris aux migrants irréguliers qui doivent (mais ne peuvent pas) être hospitalisés ou qui ont des besoins médicaux particuliers.

## 2. Surmonter les obstacles administratifs (tels que la preuve de résidence habituelle) et veiller à ce que les médecins ne refusent pas de traiter des patients en raison de leur statut légal.

Dans le cadre de leurs compétences, les autorités locales peuvent simplifier les procédures, par exemple, en délivrant des cartes médicales spéciales ou en mettant les cartes existantes à la disposition des personnes en situation irrégulière, sans domicile fixe, ou ne disposant que de documents incomplets. Elles peuvent également simplifier les procédures de remboursement des frais engagés par les médecins ou les prestataires de services locaux.

## 3. Faire en sorte que les soins et services de santé soient abordables pour les migrants.

Les autorités locales peuvent créer un fonds spécial pour couvrir les coûts des soins dispensés aux migrants irréguliers qui ne sont pas couverts par les régimes nationaux d'assurance. Le fonds spécial peut être complété par des dons privés. Les autorités locales peuvent également aider les ONG à proposer des traitements ou à

rembourser les médicaments et les frais de traitement qui ne sont pas remboursés par la couverture nationale. Elles peuvent également autoriser les médecins à demander des remboursements directement auprès des autorités municipales.

## 4. Garantir la confidentialité des patients grâce à des "pare-feu" et répondre à la crainte des migrants d'être signalés aux autorités de l'immigration et/ou d'être expulsés vers leur pays d'origine.

Les autorités locales peuvent adopter des mesures de "pare-feu" qui empêchent l'interaction entre les patients en situation irrégulière et les fonctionnaires qui ont le devoir de rendre compte de la situation en matière de migration. Les autorités locales peuvent créer des centres dédiés auxquels on peut accéder de manière anonyme et gratuite. Alternativement, les consultations, les recommandations et les remboursements peuvent être organisés par une ONG financée par la municipalité, ou par un autre acteur extérieur qui n'est pas tenu de faire une déclaration sur le statut migratoire d'une personne.

## 5. Sensibiliser davantage les migrants à leurs droits de l'homme et à leurs prérogatives.

Les autorités locales peuvent tendre la main aux migrants, distribuer des brochures, mener des campagnes d'information publique ou financer des ONG locales travaillant avec les migrants irréguliers pour les informer de leurs droits, en particulier lorsque la législation et la réglementation changent. Ils peuvent également collaborer avec les hôpitaux et les médecins locaux, par exemple, en créant un comité spécial chargé de surveiller l'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans la localité, déceler les lacunes et les cas de refus de soins injustifiés, dispenser une formation ou faire une présentation au niveau de la municipalité.

Les pratiques prometteuses documentées dans cette étude montrent que les autorités régionales et municipales et les parties prenantes sont en mesure de:

1

Assurer la continuité et la qualité des soins et services de santé pour les migrants.



2

Surmonter les obstacles administratifs (tels que la preuve de résidence habituelle) et veiller à ce que les médecins ne refusent pas de traiter des patients en raison de leur statut légal.



3

Faire en sorte que les soins et services de santé soient abordables pour les migrants.



4

Garantir la confidentialité des patients grâce à des “pare-feux” et répondre à la crainte des migrants d’être signalés aux autorités de l’immigration et/ou d’être expulsés vers leur pays d’origine.



5

Sensibiliser davantage les migrants à leurs droits de l’homme et à leurs prérogatives.



# NOTES DE FIN

1. OHCHR (2004), *Les droits économiques, sociaux et culturels des migrants en situation irrégulière* [https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HR-PUB-14-1\\_fr.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HR-PUB-14-1_fr.pdf)
2. Ingleby D. et Petrova-Benedict R. (2016), *Recommandations relatives à l'accès des migrants en situation irrégulière aux services sanitaires : un consensus d'experts*, Bruxelles: OIM Bureau régional Bruxelles.
3. FRA (2015), *Le coût de l'exclusion des soins de santé - le cas des migrants en situation irrégulière*; Bozorgmehr K. et Razum O. (2015), *Effet de la restriction de l'accès aux soins de santé sur les dépenses de santé des demandeurs d'asile et des réfugiés: Une étude quasi expérimentale en Allemagne, 1994-2013*. Voir aussi UNGA (2010), *Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants (A/HRC/14/30)*; FRA (2011a), *L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne*, p.45 <https://fra.europa.eu/fr/publication/2012/laccs-aux-soins-de-sant-des-migrants-en-situation-irreguliere-dans-10-tats-membres-de>
4. OHCHR (2014), *op. cit.*, p.4.
5. Spencer S. et Hughes V. (2015), *À l'extérieur et à l'intérieur: droits légaux aux soins de santé et à l'éducation des migrants en situation irrégulière en Europe*, Oxford: COMPAS <https://www.compas.ox.ac.uk/2015/outside-and-in>
6. Dans le contexte de la migration, le terme "pare-feu" désigne les mesures qui séparent les fournisseurs de services publics et les services d'immigration afin de protéger les droits de tous les migrants à la sécurité personnelle, à des soins de santé adéquats et à l'éducation. En l'absence de pare-feu, les migrants en situation irrégulière sont susceptibles de s'abstenir de solliciter les services publics par crainte d'être expulsés.
7. Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (Article 25); Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Article 12); Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (Article 5), Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (Article 12); Convention relative aux droits de l'enfant (Article 24); Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (Article 28); Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (Article 35); Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (Article 13).
8. Spencer S. et Hughes V. (2015), *op. cit.*; FRA (2011a), *op. cit.*; FRA (2011b), *Les droits fondamentaux des migrants en situation irrégulière dans l'Union européenne* <https://fra.europa.eu/fr/publication/2012/les-droits-fondamentaux-des-migrants-en-situation-irreguliere-dans-lunion-europenne>; Björngren-Cuadra C. (2012), *Politique à l'égard des sans-papiers de l'UE27*, in Biffl G. et Altenburg F. (Eds.), *Migration et santé dans le Nowhereland - Accès des sans-papiers au travail et aux soins de santé en Europe*; Björngren Cuadra C. (2011), *Droit d'accès aux soins pour les sans-papiers dans l'UE: une étude comparative des politiques nationales*, in *European Journal of Public Health*, Vol. 22, Issue 2, pp.267-271; HUMA Network (2010), *Les sans-papiers et les demandeurs d'asile ont-ils le droit d'accéder aux soins de santé dans l'UE? Une vue d'ensemble comparative dans 16 pays*; PICUM (2007), *Accès à la santé pour les sans-papiers en Europe*; PICUM (2017), *Villes des droits: Assurer les soins de santé aux résidents sans-papiers* [http://picum.org/Documents/Publi/2007/Access\\_aux\\_soins\\_de\\_sante\\_pour\\_les\\_migrants\\_sans-papiers\\_en\\_Europe.pdf](http://picum.org/Documents/Publi/2007/Access_aux_soins_de_sante_pour_les_migrants_sans-papiers_en_Europe.pdf); Médecins du Monde (2016), *Rapport juridique sur l'accès aux soins de santé dans 17 pays*.
9. Les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme sont des comités d'experts indépendants qui suivent les progrès accomplis par les États dans la mise en œuvre des principaux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme qu'ils ont ratifiés.
10. Par exemple, CESCR E/C.12/SWE/CO/6 Suède par. 20 et 32, E/C.12/GRC/CO/2 Grèce par. 36, E/C.12/FIN/CO/6 Finlande par. 27, E/C.12/CZE/CO/2 République Tchèque par. 15, E/C.12/AUT/CO/4 Autriche par. 21; A/HRC/33/7 Grèce par. 134.148; A/HRC/32/8 Belgique par. 139.21 et 141.33.
11. FRA (2011a), *op. cit.*; FRA (2011b), *op. cit.*; Spencer S. et Hughes V. (2015), *op. cit.*; PICUM (2017), *op. cit.*; Delvino N. (2017), *Villes européennes et migrants en situation irrégulière : Initiatives municipales pour l'inclusion des migrants en situation irrégulière dans la prestation de services*, Oxford: COMPAS. Voir aussi, *Initiative de la communauté urbaine sur les migrants en situation irrégulière en Europe, qui est un groupe de travail composé de neuf villes européennes*, animé par le *Global Exchange on Migration and Diversity du Centre* sur la migration, les politiques et la société de l'Université d'Oxford, qui vise, entre autres, à rassembler des données sur les pratiques des villes européennes en matière de migration irrégulière.
12. *Ibid.*

13. OHCHR (2014), Principes et directives recommandés concernant les droits de l'homme aux frontières internationales, p.4. [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/OHCHR\\_Recommended\\_Principles\\_Guidelines\\_FR.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/OHCHR_Recommended_Principles_Guidelines_FR.pdf)
14. OIM (2018), *Rapport sur les indicateurs de la migration dans le monde*, p.9.
15. Eurostat, *Statistiques sur la migration et la population migrante*, [site interne] visité le 7 Juin 2019. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration\\_and\\_migrant\\_population\\_statistics/fr](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics/fr)
16. Clandestino (2009), *Importance et développement de la migration irrégulière vers l'UE - Dossier politique comparatif - Taille de la migration irrégulière*.
17. *Ibid.* Voir aussi: OHCHR (2014), *op. cit.*, pp.3-4.
18. OMS (2018a), *Santé des réfugiés et des migrants - Analyse de la situation régionale, pratiques, expériences, enseignements tirés et moyens d'aller de l'avant - Région européenne de l'OMS*, p.29.
19. OIT (2015), *Estimations mondiales de l'OIT concernant les travailleuses et les travailleurs migrants. Résultats et méthodologie. Gros plan sur les travailleuses et les travailleurs domestiques migrants*, p.iii. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_436334.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_436334.pdf)
20. Convention internationale sur les droits des travailleurs migrants et des membres de leur famille (Article 5).
21. Selon la Commission européenne, environ 2,6 millions de demandes d'asile ont été déposées en 2015-2016 (Commission européenne (2017), communication de la Commission au Parlement européen et au Conseil relative à une politique plus efficace de l'Union européenne en matière de retour - plan d'action renouvelé). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A52017DC0200>
22. Commission européenne (2018), *Discours sur l'état de l'Union 2018: Une politique européenne de retour plus solide et plus efficace*. [https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/soteu2018-factsheet-returns-policy\\_fr.pdf](https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/soteu2018-factsheet-returns-policy_fr.pdf)
23. Réseau européen des migrations (2016), *Le retour des demandeurs d'asile déboutés: défis et bonnes pratiques*. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Europe-et-International/Le-reseau-europeen-des-migrations-REM2/Etudes/Le-retour-des-demandeurs-d-asile-deboutes-dans-l-UE>
24. Par exemple, les graves violations des droits de l'homme et les abus subis par les migrants et les réfugiés tout au long de leur voyage par la Libye (OHCHR (2018), *Désespérés et dangereux: Rapport sur la situation des droits de l'homme des migrants et des réfugiés en Libye* <https://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24037&LangID=F>).
25. Pour plus d'informations sur la protection des droits de l'homme des migrants en situation de vulnérabilité, voir: Groupe Mondial sur la Migration et OHCHR (2018), *Principes et directives pratiques sur la protection des droits de l'homme des migrants en situation de vulnérabilité*.
26. Directive UE 2004/38/EC.
27. Se reporter à la note de bas de page 7 pour la liste des instruments qui protègent le droit à la santé, et à la page 9 pour les cadres politiques pertinents.
28. Ce Comité est composé de 18 experts indépendants qui surveillent la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels par les États parties. Pour en savoir plus, visitez: [www.ohchr.org/FR/hrbodies/cescr/pages/cescrindex.aspx](http://www.ohchr.org/FR/hrbodies/cescr/pages/cescrindex.aspx)
29. Selon l'Observation générale No 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, "l'obligation de respecter exige des États qu'ils s'abstiennent d'entraver directement ou indirectement l'exercice du droit à la santé", "l'obligation de protéger exige que les États prennent des mesures qui empêchent des tiers de porter atteinte aux garanties de l'article 12" et "l'obligation de mettre en œuvre exige des mesures législatives, administratives, budgétaires, judiciaires, campagnes d'informations et autres mesures afin de garantir la pleine réalisation du droit à la santé".
30. CESCR (2017), *Devoirs des États envers les réfugiés et les migrants au titre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (E/C.12/2017/1), par.3 [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=E/C.12/2017/1&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=E/C.12/2017/1&Lang=en).
31. CESCR (2009), Observation générale No 20, par. 30. Voir aussi Article 2 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme; Article 2(2) du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels; et Article 7 de la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille.
32. CESCR (2017), *op. cit.*, par. 5. Voir aussi *Toussaint v. Canada*, CCPR/C/123/D/2348/2014, par. 11.8 "Le Comité [des droits de l'homme] considère que, dans les circonstances particulières où (...) l'exclusion de l'auteur des soins du PFSI pourrait lui coûter la vie ou avoir des conséquences négatives irréversibles sur sa santé, la distinction établie par l'État partie, aux fins de son admission au PFSI, entre ceux qui ont un statut légal dans le pays et ceux qui n'ont pas été pleinement admis au Canada, ne reposait pas sur des critères raisonnables et objectifs, ce qui constitue une discrimination en vertu de l'article 26."

33. Ce Comité est l'organe d'experts indépendants qui surveille l'application de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale par ses États parties. Pour en savoir plus: [www.ohchr.org/FR/HRBodies/CERD/Pages/CERDIndex.aspx](http://www.ohchr.org/FR/HRBodies/CERD/Pages/CERDIndex.aspx)
34. CERD (2005), Observation générale No 30, par.9
35. CESCR (2000), Observation générale No 14, par.34.
36. *Ibid.*, par.11.
37. *Ibid.*, par.12. Par *disponibilité*, on entend l'obligation qui incombe aux États de veiller à ce que des installations et des services de soins de santé fonctionnels et les déterminants sous-jacents de la santé soient disponibles en quantité suffisante. *L'accessibilité* inclut l'abordabilité, ce qui est particulièrement important pour les migrants en situation irrégulière qui n'ont pas accès aux régimes nationaux d'assurance maladie. *L'acceptabilité* exige que tous les établissements, biens et services de santé soient respectueux de l'éthique médicale et culturellement appropriés. Le principe de *qualité* exige que les installations, les biens et les services de santé soient scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité.
38. *Ibid.*, par.17 et 43.
39. CESCR (2008), Observation générale No 19, par.37-38.
40. Groupe Mondial sur la Migration et OHCHR (2018), *Principes et directives pratiques sur la protection des droits de l'homme des migrants en situation de vulnérabilité*. Ces principes et directives fournissent des orientations à l'État et aux autres parties prenantes concernées sur la mise en œuvre du cadre international des droits de l'homme concernant les migrants en situation de vulnérabilité.
41. CESCR (2017), *op. cit.*, par.12.
42. *Ibid.*
43. CERD (2005), Observation générale No 30, par.29.
44. Crépeau et Hastie (2015), *Les arguments en faveur d'une protection "pare-feu" pour les migrants en situation irrégulière: sauvegarde des droits fondamentaux*, in *European Journal of Migration and Law.*, vol. 17, Nos. 2-3, p.165.
45. La Recommandation de politique générale No 16 encourage les États membres du Conseil de l'Europe à "élaborer une législation, des orientations politiques et d'autres mesures visant à interdire aux acteurs publics et privés de communiquer avec les services de l'immigration et de partager avec eux les données personnelles ou les informations concernant les migrants soupçonnés d'être en situation irrégulière, à quelque fin que ce soit, sauf circonstances exceptionnelles prévues par la loi et pouvant faire l'objet d'un contrôle judiciaire et d'un droit d'appel sur le fond" (Recommandation 12).
46. Le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières est un cadre international de coopération en matière de migration, qui a été adopté par les États membres des Nations Unies le 10 décembre 2018 à Marrakech, au Maroc, et approuvé par une majorité d'États membres des Nations Unies lors de l'Assemblée générale le 19 décembre 2018.
47. OMS (2018a), *op. cit.*, pp.8-9 et 15-16.
48. Spencer S. et Hughes V. (2015), *op. cit.*, pp.9-10.
49. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a indiqué que "chacun, quels que soient sa nationalité, son lieu de résidence ou son statut en matière d'immigration, a droit aux soins médicaux primaires ou d'urgence" (2008, Observation générale No 19, par. 37). Les soins d'urgence peuvent inclure des mesures pour sauver la vie d'une personne et des traitements médicaux nécessaires pour prévenir de graves atteintes à sa santé (FRA, 2011b, p.74). En ce qui concerne les soins primaires et secondaires, le CESCR précise également que ces soins traitent de "maladies courantes et relativement mineures et sont fournis par des professionnels de la santé et/ou des médecins dûment formés, travaillant localement et à un coût relativement bas", tandis que les soins secondaires sont fournis dans des centres, habituellement des hôpitaux, et portent généralement sur des maladies graves ou alors mineures relativement courantes mais qui ne peuvent être soignées ailleurs. Ces dernières sont traitées à un coût relativement supérieur, en recourant à des médecins et des professionnels de santé formés à cet effet, en utilisant un matériel spécifique et en recourant si besoin à une hospitalisation (2000, Observation générale No 14, note 9).
50. Spencer S. et Hughes V. (2015), *op. cit.*, p.11. En outre, la FRA publie un aperçu de la législation nationale régissant le droit des migrants en situation irrégulière à l'accès aux soins de santé d'urgence, primaires et secondaires dans les 28 États membres de l'UE, disponible à l'adresse suivante: <http://fra.europa.eu/en/theme/asylum-migration-borders/healthcare-entitlements>
51. "Le Service jésuite des réfugiés a indiqué que les services sociaux refusaient de rembourser les hôpitaux pour les traitements d'urgence dispensés à des migrants en situation irrégulière. La Caritas allemande s'est inquiétée de cas

où des personnes gravement malades ne recevaient pas les soins de santé nécessaires et où l'accès aux soins était subordonné à la bonne issue de la procédure d'asile" (FRA (2019), *Migration: Key Fundamental Rights Concerns Quarterly Bulletin* (1-1-2019 – 31-3-2019), p.3).

52. Bulgarie, Chypre, Finlande, Lituanie, Luxembourg et Slovaquie (Spencer S. et Hughes V. (2015), *op. cit.*, p.11).

53. Autriche, Croatie, Danemark, Estonie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Malte, Pologne, Roumanie, Slovaquie et Espagne (*ibid.*).

54. Belgique, République tchèque, France, Allemagne, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal, Suède et le Royaume Uni (*ibid.*, p.12).

55. *Ibid.*, pp.29-37.

56. FRA (2011b), *op. cit.*, p.83.

57. Directive 2008/115/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 relative aux normes et procédures communes applicables dans les États membres au retour des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32008L0115>

58. OMS (2018a), *op. cit.*, pp.13, 15, 16 et 21; OMS (2018b), *Compendium des réponses des systèmes de santé aux migrations massives dans la Région européenne de l'OMS*, pp.87-91.

59. CESCR (2000), Observation générale No 14, par.30.

60. *Ibid.*, par.32.

61. CESCR (2009), Observation générale No 20, par.13. Cette observation générale précise en outre que "la différence de traitement fondée sur des motifs interdits sera considérée comme discriminatoire à moins que la justification de la différenciation ne soit raisonnable et objective. Il s'agira notamment d'évaluer si le but et les effets des mesures ou omissions sont légitimes, compatibles avec la nature des droits énoncés dans le Pacte et uniquement dans le but de promouvoir le bien-être général dans une société démocratique."

62. CESCR (2000), Observation générale No 14, par.19.

63. OMS (2018a), *op. cit.*, p.9.

64. OHCHR (2014), *op. cit.*, p.14.

65. Spencer S. et Hughes V. (2015), *op. cit.*

66. FRA (2011a), *op. cit.*

67. *Ibid.*

68. CESCR (2000), Observation générale No 14, par.12.

69. Assemblée générale des Nations Unies (2015), *Rôle des administrations locales dans la promotion et la protection des droits de l'homme - Rapport final du Comité consultatif du Conseil des droits de l'homme (A/HRC/30/49)*, para.21.

70. OHCHR (2014), *op.cit.*, pp.28-29.

71. PICUM (2017), *op. cit.*; Comité européen des régions de l'UE (2012), *op. cit.*

72. CESCR (2000), Observation générale No 14, par.12.

73. Delvino N. (2017), *op. cit.*, pp.8-10.

74. Veuillez vous reporter à la note de bas de page numéro 3.

75. FRA (2011a), *op. cit.*, p.45. Voir aussi, Assemblée générale des Nations Unies (2010), *Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants (A/HRC/14/30)*.

76. Centre de santé et de migration (2016), *Analyse des coûts de l'offre de soins de santé pour les migrants en situation irrégulière et les citoyens de l'UE sans assurance*.

77. Voir aussi les *Principes et directives pratiques sur la protection des droits de l'homme des migrants en situation de vulnérabilité*, qui recommandent que les États et les parties prenantes, en collaboration avec les acteurs concernés, "élaborent des stratégies qui assureront la continuité des soins aux migrants qui ont des besoins de santé chroniques ou à long terme. A cette fin, faire tout ce qui est en leur pouvoir pour veiller, entre autres, à ce que des mécanismes soient en place pour transférer les dossiers médicaux à toutes les étapes de la migration et là où les migrants sont détenus ou réinstallés." (Principe 12, Directive 6)

78. PICUM (2017), *op. cit.*

79. Commune de Florence (12 Septembre 2011), *Marginali e immigrati irregolari, un progetto per garantire l'assistenza anche dopo l'ospedale*, [Presse]. [http://press.comune.fi.it/hcm/hcm58683-1\\_Marginali+e+immigrati+irregolari](http://press.comune.fi.it/hcm/hcm58683-1_Marginali+e+immigrati+irregolari)

- 80.** Real Decreto-ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (20 Avril 2012). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403>
- 81.** *Ibid.*
- 82.** PICUM (2017), *op. cit.*, p.29. Ces communautés étaient gouvernées par des partis politiques différents de ceux du parti au pouvoir au sein du gouvernement central.
- 83.** *Ibid.*
- 84.** Entretien avec des officiers municipaux (Barcelone – Entretien 1).
- 85.** Loi 407/2013 sur les services médicaux et de santé pour certains étrangers résidant en Suède sans documents.
- 86.** PICUM (2017), *op. cit.*, p.21.
- 87.** Conférence Etats-Régions Italie (20 Décembre 2012), *Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome"* <http://www.regioni.it/sanita/2012/12/27/conferenza-stato-regioni-del-20-12-2012-accordo-tra-il-governo-le-regioni-e-le-province-autonome-di-trento-e-bolzano-sul-documento-recante-indicazioni-per-la-corretta-applicazione-della-normativa-p-281709/>.
- 88.** Entretiens avec des représentants de la société civile (Pouilles – Entretien 1); voir aussi Delvino N. et Spencer S. (2014), *Migrants irréguliers en Italie: Loi et politique sur les droits d'accès aux services*, Oxford:COMPAS, pp.24-25.
- 89.** Cour constitutionnelle italienne, Décision No 299 de 2010; Delvino N. et Spencer S. (2014), *op. cit.*
- 90.** Delvino N. et Spencer S. (2014), *op. cit.*, pp.24-25.
- 91.** Entretiens avec des représentants de la société civile (Pouilles - Entretien 1). Avant l'adoption de la loi, les médecins de famille locaux dispensaient des traitements aux migrants irréguliers, mais seulement sur une base volontaire et de manière informelle et non structurée. L'association médicale locale des médecins généralistes avait conclu un accord formel avec les autorités régionales un an avant l'adoption de la loi pour permettre l'inscription des migrants irréguliers auprès des médecins généralistes.
- 92.** Le droit régional des Pouilles No 32/2009, Article 10, par.5.
- 93.** Entretiens avec des représentants de la société civile (Pouilles - Entretien 1).
- 94.** Selon la législation nationale, les migrants en situation irrégulière sans ressources financières peuvent recevoir gratuitement des traitements en se contentant de déclarer leur situation personnelle de dénuement. Les généralistes et les pédiatres reçoivent une rémunération forfaitaire de l'État pour les services qu'ils offrent. Entretiens avec des représentants de la société civile et des responsables régionaux (Pouilles - Entretiens 1 et 2).
- 95.** Le droit régional des Pouilles No 32/2009, Article 10, par. 8. Par exemple, l'ASL de Foggia a créé une clinique ambulatoire spécialisée à proximité des champs agricoles où l'on trouve une forte concentration de travailleurs migrants irréguliers. Entretien avec un responsable régional (Pouilles - Entretien 2).
- 96.** *Deliberazione della Giunta Regionale n. 987 (21 Mai 2013), Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - No 83 del 19-06-2013.* [https://fimmg.bari.it/documenti/Z8856\\_1.pdf](https://fimmg.bari.it/documenti/Z8856_1.pdf)
- 97.** Voir ASL Bari (20 Octobre 2014), *Linee guida per la corretta applicazione della normativa in materia di assistenza sanitaria per la tutela del diritto alla salute dei cittadini stranieri non comunitari e comunitari in Puglia*, Circulaire 184423/1. [https://fimmg.bari.it/documenti/FV97M\\_1.pdf](https://fimmg.bari.it/documenti/FV97M_1.pdf)
- 98.** Entretien avec un représentant de la société civile (Pouilles - Entretien 1).
- 99.** Soins de santé qui ne peuvent être reportés sans risque imminent de décès, d'invalidité permanente grave, de blessure grave ou de douleur, et qui nécessitent des traitements dans les trois semaines; Règlement 1255 sur le droit aux soins de santé pour les personnes sans résidence permanente en Norvège du 16 décembre 2011, mis en œuvre le 1er janvier 2012, §3-4-5. Voir Médecins du Monde (2016), *op. cit.*, pp.102-103.
- 100.** Médecins du Monde (2016), *op. cit.*, pp.102-103.
- 101.** *Ibid.*
- 102.** Entretien avec un membre du personnel d'ONG (Oslo - Entretien 1); Médecins du Monde (2016), *op. cit.*
- 103.** Entretiens et échanges avec des fonctionnaires municipaux et des membres du personnel d'une ONG (Oslo – Entretiens 1 et 2).
- 104.** Entretien avec un membre du personnel d'ONG (Oslo – Entretien 1).
- 105.** Entretien avec le personnel de santé municipal (Trondheim - Entretien 2).
- 106.** Entretiens avec des responsables municipaux et du personnel de santé municipal (Trondheim - Entretiens 1 et 2).



- 107.** Entretien avec des agents de santé municipaux (Trondheim - Entretien 2).
- 108.** Entretien avec des agents de santé municipaux (Trondheim - Entretien 2).
- 109.** Entretien avec un membre du personnel d'ONG (Oslo - Entretien 1).
- 110.** Entretien avec un membre du personnel d'ONG (Oslo - Entretien 1).
- 111.** Entretiens et échanges avec un fonctionnaire municipal et un membre du personnel d'ONG (Oslo – Entretiens 1 et 2).
- 112.** Pour plus d'informations, visitez: [www.hug-ge.ch/en/rapport-social-environnemental-2015/hug-provide-treatments-everyone](http://www.hug-ge.ch/en/rapport-social-environnemental-2015/hug-provide-treatments-everyone)
- 113.** PICUM (2017), *op. cit.*, p.14.
- 114.** Entretien avec un fonctionnaire municipal (Gand - Entretien 1).
- 115.** Entretien avec un fonctionnaire municipal (Gand - Entretien 1).
- 116.** Centre Public d'Action Sociale ou *Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn*.
- 117.** Par exemple, des visites à domicile peuvent être nécessaires pour prouver l'état de dénuement ou de résidence habituelle du bénéficiaire, ce qui peut constituer un défi pour les personnes qui n'ont pas un logement stable. Des procédures complexes peuvent amener les médecins à se demander s'ils seront remboursés pour le traitement qu'ils ont dispensé. Voir KCE, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (2015), *Vers une réforme de l'accès aux soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier*. [https://kce.fgov.be/fr/vers-une-réforme-de-l'accès-aux-soins-de-santé-pour-les-personnes-en-séjour-irrégulier](https://kce.fgov.be/fr/vers-une-reforme-de-l'accès-aux-soins-de-santé-pour-les-personnes-en-séjour-irrégulier) Entretien avec un fonctionnaire municipal (Gand - Entretien 1).
- 118.** Avant l'adoption de la carte médicale, un migrant en situation irrégulière devait d'abord consulter un médecin, puis celui-ci devait demander un remboursement, sans avoir cependant la certitude que les autorités municipales vérifieraient l'éligibilité du patient et si le remboursement serait assuré. De ce fait, les médecins étaient réticents à soigner les migrants en situation irrégulière. Entretien avec un fonctionnaire municipal (Gand - Entretien 1).
- 119.** Entretien avec un fonctionnaire municipal (Gand - Entretien 1).
- 120.** Entretien avec un fonctionnaire municipal (Gand - Entretien 1).
- 121.** Voir Médecins du Monde – Observatoire européen de l'accès aux soins (2009), *L'accès aux soins pour les sans-papiers dans 11 pays européens* (2008 Survey Report). <http://lastradainternational.org/lisidocs/121111-europeanobserverfullreportseptember2009.pdf>
- 122.** FRA (2011a), *op. cit.*
- 123.** FRA (2011b), *op. cit.*, p.75.
- 124.** Spencer S. et Hughes V. (2015), *op. cit.*
- 125.** Les migrants en situation irrégulière ne peuvent bénéficier d'une couverture d'assurance maladie que s'ils s'inscrivent dans les centres pour les demandeurs d'asile ou sont en contact avec les autorités d'immigration. (Article 2(6) §§2,4 of the BGBl No 80/2004); voir Spencer S. et Hughes V. (2015), *op. cit.*
- 126.** Entretien avec des fonctionnaires municipaux (Vienne - Entretien 1).
- 127.** Entretien avec un membre du personnel d'ONG (Vienne - Entretien 2); voir aussi Spencer S. et Hughes V. (2015), *op. cit.*
- 128.** Les migrants en situation irrégulière ne peuvent être placés dans les centres d'hébergement de Vienne, à l'exception des "refuges de nuit" en hiver. Entretien avec des membres du personnel d'ONG (Vienne - Entretien 3).
- 129.** Entretien avec des fonctionnaires municipaux (Vienne - Entretien 1).
- 130.** Parmi les autres patients figurent des ressortissants de l'UE non assurés et des migrants en situation régulière, ainsi que des demandeurs d'asile qui ont perdu leur couverture d'assurance et des ressortissants autrichiens (3-4%); entretien avec un membre du personnel d'ONG (Vienne - entretien 2).
- 131.** Entretien avec un membre du personnel d'ONG (Vienne - Entretien 2).
- 132.** Entretien avec un membre du personnel d'ONG (Vienne - Entretien 3).
- 133.** Entretien avec un membre du personnel d'ONG (Vienne - Entretien 3).
- 134.** Article 5 par. 2 Loi sur les frais médicaux exceptionnels; voir PICUM (2017), *op. cit.*
- 135.** Entretien avec un membre du personnel d'ONG (Amsterdam - Entretien 1).
- 136.** PICUM (2017), *op. cit.*, p.25.
- 137.** Entretien avec un fonctionnaire municipal (Eindhoven - Entretien 1).

138. Entretien avec des fonctionnaires municipaux (Utrecht - Entretien 1).
139. FRA (2011a), *op. cit.*, p.45.
140. *Ibidem*, p.46.
141. Entretien avec des membres du personnel de santé et d'ONG (Francfort - Entretien 1).
142. Entretien avec des membres du personnel d'ONG (Dusseldorf - Entretien 2).
143. FRA (2011a), *op. cit.*, pp.46-47.
144. Entretien avec des fonctionnaires municipaux (Dusseldorf - Entretien 1). Voir aussi Altenburg F. et Biffl G. (2012), *Les voix des sans-papiers*, in Biffl G. et Altenburg F. (Eds.), *Migration et santé dans le NowHereLand - Accès des sans-papiers au travail et aux soins de santé en Europe*, p.196.
145. FRA (2011a), *op. cit.*, p.36.
146. Tiarks-Jungk, Petra (présentation, 30 Novembre 2017), *Soins de santé pour les sans-papiers et les personnes sans assurance maladie à Francfort-sur-le-Main, Allemagne*.
147. Entretien avec des membres du personnel de santé et d'ONG (Francfort - Entretien 1).
148. Six cliniques obstétricales locales ont accepté de facturer un montant réduit et fixe de 700 euros (au lieu de 1.500 – 2.000 euros) pour les accouchements, dont 100 euros sont fournis par la ville de Francfort; les femmes migrantes clandestines sont censées payer les 600 euros restants.
149. Entretien avec des membres du personnel de santé et d'ONG (Francfort - Entretien 1).
150. Maisha, *The Humanitarian Consultation Centre*, [brochure]. [http://www.socialplatform.org/wp-content/uploads/2017/03/cs5\\_the\\_humanitarian\\_health\\_consultation\\_centre.pdf](http://www.socialplatform.org/wp-content/uploads/2017/03/cs5_the_humanitarian_health_consultation_centre.pdf)
151. PICUM (2017), *op. cit.*, p.19; voir aussi FRA (2011a), *op. cit.*, p.36.
152. Entretien avec des responsables municipaux (Düsseldorf - Entretien 1).
153. Réglementation des honoraires des médecins (GOÄ).
154. Entretien avec des responsables municipaux (Düsseldorf - Entretien1).
155. Entretien avec des membres du personnel d'ONG (Düsseldorf - Entretien 2).
156. Entretien avec des responsables municipaux (Düsseldorf - Entretien1).
157. Entretien avec des membres du personnel d'ONG (Düsseldorf - Entretien 2).
158. FRA (2011a), *op. cit.*, pp.43-45.
159. FRA (2011a), *op. cit.*, p.47
160. "Les autorités locales devraient organiser, de façon systématique, une formation aux droits de l'homme à l'intention de leurs représentants élus et de leur personnel administratif, ainsi que la diffusion d'informations pertinentes auprès des citoyens sur leurs droits. En promouvant les droits de l'homme, les autorités locales peuvent aider à construire une culture des droits de l'homme au sein de la communauté" (Assemblée générale des Nations Unies (2015), *Rôle des administrations locales dans la promotion et la protection des droits de l'homme - Rapport final du Comité consultatif du Conseil des droits de l'homme*, par. 28.)
161. ASL Bari, (2014), *op. cit.*
162. Delvino N. (2017), *op. cit.*, p.24.
163. OHCHR (2014), *op.cit.*, p.45.
164. PICUM (2017), *op. cit.*, p.29.
165. Entretien avec des responsables municipaux (Barcelone - Entretien 1); voir aussi PASUCAT (2014), *Dos anys des del canvi de model sanitari. Dos anys d'exclusió*. <https://docs.google.com/file/d/0B2opi6SzyEKTXRxTWtLTjlxNmc/edit>
166. Commencant par *Instrucció 10/2012 del CatSalut*, du 30 août 2012; *Instrucció 8/2015 de la Generalitat de Catalunya*; *Resolució 30 Septembre 2016 sobre Assistència i Facturació en Urgències*.
167. Entretien avec des responsables municipaux (Barcelone - Entretien 1).



UNITED NATIONS  
**HUMAN RIGHTS**  
Europe Regional Office