

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission d'enquête relative aux conséquences des accords du Touquet sur l'action publique et le respect des libertés et droits fondamentaux des personnes migrantes

- Audition conjointe, ouverte à la presse, de M. Hugo Gilardi, directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France, M. Samy Bayod, directeur du Centre Hospitalier de Dunkerque, Mme Flavie Hervy, responsable de la permanence d'accès aux soins de santé (Pass) de Dunkerque, et M. Martin Trelcat, directeur général par intérim du Centre Hospitalier de Calais 2
- Présences en réunion..... 15

Lundi

27 avril 2026

Séance de 14 heures

Compte rendu n° 28

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de
M. Sébastien Huyghe,
Président de la commission**



La séance est ouverte à quatorze heures cinq.

M. le président Sébastien Huyghe. L'enjeu sanitaire, évoqué à plusieurs reprises depuis le début de nos auditions, nous a encore été rappelé il y a dix jours lorsque nous nous sommes rendus à Dunkerque et à Calais. Les personnes migrantes qui tentent de rejoindre le Royaume-Uni parviennent sur le littoral du Dunkerquois ou du Calaisis au terme de parcours souvent éprouvants, parfois marqués par des difficultés antérieures même au départ. Une fois sur place, leurs conditions de vie dégradées ont des répercussions directes sur leur état de santé, en particulier pour les publics les plus vulnérables, notamment les femmes et les enfants, sans même évoquer celles et ceux qui sont secourus en mer. La situation soulève ainsi un enjeu de santé publique dans toutes ses dimensions. Des cas de gale ont été signalés dans certains campements, tout comme des problèmes de santé gynécologique et une progression des troubles de santé mentale. Au-delà du dispositif humanitaire mis en œuvre au bénéfice des populations migrantes par les services de l'État et les associations, il apparaît nécessaire de pouvoir faire un point précis avec les autorités sanitaires opérationnelles de la région.

Je précise en préambule que cette audition se déroule en visioconférence, qu'elle est retransmise sur le site de l'Assemblée nationale et qu'elle est ouverte à la presse. Je vous rappelle que l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

(M. Hugo Gilardi, M. Samy Bayod et M. Martin Trelcat prêtent serment.)

M. Hugo Gilardi, directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France. En guise d'introduction, je souhaite préciser qu'au sein de l'ARS, nous nous considérons investis d'une mission spécifique à l'égard des populations migrantes présentes sur le littoral, qui s'articule autour de deux axes. Il s'agit, d'une part, de garantir un accès aux soins équivalent à celui dont bénéficie la population générale et, d'autre part, de répondre à des besoins particuliers au moyen de dispositifs adaptés.

Ces populations présentent en effet deux caractéristiques majeures. Elles sont d'abord concentrées dans des conditions susceptibles de favoriser l'apparition de pathologies spécifiques, qu'il s'agisse de soins somatiques ou de troubles relevant de la santé mentale et psychiatrique. Elles peuvent, ensuite, rencontrer des difficultés de communication avec les professionnels de santé, ce qui implique la mise en place de réponses spécifiques. Pour y faire face, nous avons déployé, avec l'appui des directeurs des établissements de Calais et de Dunkerque ainsi que de la direction de l'hôpital de Grande-Synthe, des dispositifs de droit commun que l'on peut qualifier de renforcés.

Je tiens tout d'abord à indiquer que les moyens nécessaires pour répondre de manière appropriée aux besoins de ces populations nous semblent correctement mobilisés. Nous avons d'ailleurs eu l'occasion de le démontrer de façon précise dans le mémoire en défense produit dans le cadre du contentieux engagé par plusieurs associations, qui a donné lieu à une ordonnance de référé du tribunal administratif de Lille à la fin de l'année 2025. Nous conduisons en outre un suivi attentif, notamment pour les maladies à déclaration obligatoire, telles que la gale ou la tuberculose, qui constituent un point de vigilance. Les éléments les plus récents transmis par nos équipes tendent à montrer que la situation est maîtrisée sur ces deux aspects.

Plus largement, je considère que les efforts, aussi bien humains que financiers, déployés pour répondre aux besoins de ces populations apparaissent à la hauteur des enjeux. Cela étant, nous demeurons, conformément à notre mission, particulièrement vigilants quant à l'évolution de la

situation et à notre capacité collective à y répondre, afin de garantir l'accès effectif aux soins auquel les personnes migrantes ont droit, au même titre que l'ensemble de la population.

M. Samy Bayod, directeur du Centre Hospitalier de Dunkerque. Notre centre hospitalier, qui constitue l'établissement support du groupement hospitalier de territoire du Dunkerquois et de l'Audomarois, dispose d'environ 800 lits et mobilise près de 2 000 professionnels. Depuis 2016, nous avons mis en place une permanence d'accès aux soins de santé (Pass) spécifiquement dédiée aux publics de l'exil, aujourd'hui labellisée par l'ARS. Ce dispositif repose sur le principe simple de garantir un accès effectif aux soins à des personnes en situation de grande précarité, indépendamment de leur statut administratif. Il s'appuie sur une organisation pluridisciplinaire associant médecins, infirmiers, assistants sociaux, agents administratifs et un médiateur culturel parlant quatre langues, ce qui nous permet de communiquer avec la plupart des patients. L'ensemble vise à articuler, de manière cohérente, la prise en charge médicale, l'accompagnement social et la médiation linguistique.

Après plus d'une décennie de fonctionnement, l'activité témoigne d'un besoin structurel et durable, puisque nous réalisons chaque année environ 1 500 consultations et une centaine d'hospitalisations. Les pathologies observées sont majoritairement liées aux conditions de vie, notamment dermatologiques, traumatiques et infectieuses. Des besoins en matière de santé gynécologique existent également mais ne constituent pas, en proportion, les problématiques les plus fréquentes. Ces données traduisent une réalité sanitaire relativement stable dans sa nature, mais dont l'intensité varie en fonction de dynamiques migratoires peu linéaires sur notre territoire.

Le dispositif repose sur un financement spécifique issu du fonds d'intervention régionale, qui s'est élevé à 400 000 euros en 2025. Ce montant couvre l'ensemble des coûts directs liés à la Pass et à ses moyens humains, sans toutefois intégrer certains coûts indirects associés aux parcours hospitaliers et aux passages aux urgences sur le site principal.

Trois types de difficultés se posent de manière récurrente. Tout d'abord, les enjeux d'identitovigilance, puisque l'absence fréquente de documents d'identité entraîne une fragmentation des dossiers patients et complique fortement le suivi médical. Ensuite, la barrière linguistique, car lorsque le médiateur culturel ne peut assurer la traduction, nous recourons à un vivier d'interprètes au sein de l'établissement et, en dernier recours, à une société de traduction, ce qui peut complexifier certaines prises en charge. Enfin, les difficultés d'aval, en particulier le manque de solutions d'hébergement médicalisé, les dix lits halte soins santé (LHSS) disponibles sur le territoire étant saturés, ce qui conduit à des hospitalisations prolongées, parfois sans justification médicale.

Cette activité s'inscrit dans une logique de coopération territoriale étroite, notamment avec le centre hospitalier de Calais, les associations de terrain, les acteurs de santé et les services de l'État. La disparition de certaines instances locales de coordination a néanmoins fragilisé la capacité d'adaptation du dispositif aux spécificités rencontrées. Par ailleurs, la prise en charge de la santé mentale, particulièrement prégnante dans ce public, repose sur des partenariats avec des établissements spécialisés, qui gagneraient à être consolidés.

En conclusion, le dispositif actuel permet d'apporter une réponse sanitaire effective, conforme aux principes de notre système de santé. Il demeure toutefois fondé sur un équilibre fragile, exposé à des contraintes organisationnelles, sociales et capacitaires importantes.

M. Martin Trelcat, directeur général par intérim du Centre Hospitalier de Calais. J'exerce effectivement les fonctions de directeur par intérim depuis le 1^{er} janvier 2026,

après avoir dirigé l'hôpital de Calais entre 2013 et 2018, ce qui me permet d'apprécier l'évolution de la situation sur une période longue et de la comparer à celle que nous observons sur les derniers mois.

La prise en charge des migrants à l'hôpital de Calais s'organise autour de plusieurs structures. À l'instar de Dunkerque, nous disposons d'une Pass, majoritairement fréquentée par ce public, à laquelle s'ajoute une Pass dentaire, qui accueille elle aussi un nombre important de patients. Nous proposons également, au sein d'un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd), des consultations dédiées aux maladies infectieuses. À cela s'ajoute la prise en charge sanitaire du centre de rétention administrative de Coquelles, sur lequel nous intervenons régulièrement, ainsi que notre service d'accueil des urgences (SAU). L'ensemble constitue une offre de soins particulièrement complète. Ces dispositifs s'inscrivent dans une continuité ancienne, puisqu'ils étaient déjà en place bien avant les années 2010. Financé par l'agence, leur fonctionnement s'appuie sur des moyens en progression, ce qui permet aujourd'hui de proposer une offre adaptée aux besoins. Contrairement à la situation que j'ai connue entre 2013 et 2018, le nombre d'hospitalisations est désormais nettement plus limité, la prise en charge reposant majoritairement sur des soins ambulatoires.

L'ensemble de ces services est regroupé sur un même site, avec des équipes dont certains moyens sont mutualisés. Cette organisation favorise une prise en charge fluide et contribue à instaurer une relation de confiance, dans la mesure où les patients retrouvent les mêmes professionnels d'un dispositif à l'autre, en particulier le médecin coordonnateur, qui constitue un interlocuteur central. Nous disposons également de ressources en interprétariat et en psychologie, même si le recrutement sur ces profils demeure difficile.

S'agissant des financements, la Pass bénéficie d'une dotation de 750 000 euros, le Cegidd de 375 000 euros et le centre de rétention administrative de 500 000 euros. Pour ce qui relève du droit commun, aide médicale de l'État (AME) et facturation des soins urgents, les montants restent globalement stables. Les soins urgents sont nettement majoritaires, l'accès à l'AME étant conditionné à la production de justificatifs attestant de trois mois de résidence stable, ce qui est rarement le cas. Historiquement, l'hôpital de Calais a donc surtout facturé des soins urgents. La plupart des patients ne sont vus qu'une seule fois et s'inscrivent peu dans des parcours de suivi, ce qui complique la prise en charge. Au total, la facturation de l'AME et des soins urgents varie peu sur les cinq dernières années, autour de 1 million d'euros par an, avec des fluctuations comprises entre 900 000 et 1,1 million d'euros. La part des soins urgents représente plus de 60 %, contre environ 40 % pour l'AME. Cette répartition traduit le caractère essentiellement transitoire de la présence des migrants à Calais. Par rapport aux années antérieures, y compris sur la période récente, nous observons plutôt une diminution de la fréquentation de nos services.

M. le président Sébastien Huyghe. Pour commencer, avez-vous observé, au cours des dernières années, une évolution du nombre de patients ainsi que de leur profil ? Je m'interroge notamment sur la baisse de fréquentation que vous venez d'évoquer, que je n'ai peut-être pas pleinement comprise. Par ailleurs, comment s'organise la coordination avec les associations, les services de l'État et les collectivités territoriales ? S'agissant des situations les plus graves, en particulier les naufrages, donnent-elles lieu à un accompagnement spécifique des personnels hospitaliers en première ligne ?

Pouvez-vous également décrire, de manière concrète, la chaîne de prise en charge hospitalière à la suite d'un naufrage, son déroulement, ainsi que les modalités de coordination avec les secours en mer, les sapeurs-pompiers et les forces de l'ordre dans ces moments ?

Enfin, même si ces situations semblent moins fréquentes, comment assurer la continuité des soins pour des personnes en situation de grande précarité, en mobilité, et confrontées à l'absence de documents d'identité ?

M. Martin Trelcat. S'agissant de la fréquentation de la Pass, nous observons une stabilité depuis plusieurs années, autour de 6 000 passages annuels. Cette situation tranche nettement avec celle que nous connaissions entre 2014 et 2016, où l'activité dépassait largement les 15 000 à 20 000 passages par an. L'affluence était telle qu'il fallait réguler les entrées à l'aide de jetons pour éviter les attroupements, et différer certaines consultations lorsqu'elles ne relevaient pas de l'urgence.

La nature des prises en charge est comparable à celle décrite à Dunkerque. Les infections cutanées sont particulièrement fréquentes, la gale représentant à elle seule environ 20 à 30 % des passages. Nous traitons également de nombreux cas relevant de la petite orthopédie et de la traumatologie, notamment des membres supérieurs, avec des plaies de la main ou des fractures de doigts liées à des tentatives de passage sur des camions. Les troubles de santé mentale restent, en volume, relativement marginaux, même si certaines situations individuelles se révèlent particulièrement complexes. Les cas qui nous sont remontés ne concernent pas nécessairement des personnes en transit vers la Grande-Bretagne, mais parfois des ressortissants étrangers installés dans le Calais, dont le projet migratoire est différent.

En ce qui concerne les naufrages, les équipes du Smur interviennent pour accueillir les migrants aux points d'arrivée sur les plages mais, en l'absence de problème de santé immédiat, ces personnes quittent rapidement les lieux, sans rejoindre l'hôpital. Aucune remontée ne fait état d'une prise en charge hospitalière significative à la suite de ces événements. Lors du naufrage de grande ampleur survenu en novembre 2021, le dispositif important qui avait été préparé est resté largement inemployé, les personnes secourues n'ayant, pour l'essentiel, pas été orientées vers l'hôpital.

Nous disposons, au sein de la Pass, de ressources en psychologie et en interprétariat, qui permettent d'assurer un suivi pour les quelques personnes concernées. Il est également possible de mobiliser la cellule d'urgence médico-psychologique par le biais du Samu 62, mais ces dispositifs sont peu sollicités par les migrants. Dans ce contexte, il n'existe pas de coordination formalisée avec les sapeurs-pompiers ou les services de secours, la situation relevant davantage d'un flux continu que d'événements ponctuels.

Enfin, la question des documents administratifs constitue une difficulté récurrente. Certaines personnes en disposent mais refusent de les présenter, par crainte d'une transmission aux forces de l'ordre, assimilant l'hôpital à un service de l'État. Cette perception, bien qu'infondée, entraîne une forte réticence à fournir des pièces justificatives. Dans ce cadre, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du littoral fait preuve d'une certaine souplesse quant aux documents acceptés pour la facturation des soins urgents ou de l'AME.

M. Hugo Gilardi. Pour compléter sur la coordination de la prise en charge des naufrages, un travail particulièrement approfondi a été mené par le docteur Rougegrez, responsable de la cellule d'urgence médico-psychologique au Samu d'Arras, dont nous relevons pour ce type d'intervention. Ce travail a permis d'élaborer un modèle d'intervention structuré, accompagné d'un organigramme précisant la répartition des responsabilités entre les différents acteurs, depuis la prise en charge initiale jusqu'au suivi.

Il me semblerait utile que vous puissiez disposer du document de restitution issu de ce groupe de travail, dans la mesure où il éclaire de manière précise l'organisation théorique du dispositif. Ce document, auquel les intervenants se réfèrent naturellement dans la conduite de leurs actions, aborde notamment la question de la prise en charge des traumatismes liés aux naufrages, ainsi que l'articulation avec les Pass qui viennent d'être évoquées. Je vous propose de le joindre à la réponse au questionnaire, car il apporte des éléments particulièrement éclairants.

M. le président Sébastien Huyghe. Cela nous intéresse beaucoup, effectivement.

M. Samy Bayod. Notre activité obéit à une dynamique différente de celle observée à Calais. Il y a une dizaine d'années, ce territoire concentrait l'essentiel des tensions sur le littoral, mais les réorganisations successives ont depuis contribué à une diffusion du phénomène le long de la côte. À Dunkerque, nous étions encore, il y a cinq ans, très peu concernés par les naufrages, mais la reconstitution progressive d'un point de fixation autour de Loon-Plage, commune située à proximité du port, a modifié cette situation. Ainsi, si notre activité n'augmente pas de manière linéaire, elle devient particulièrement fluctuante puisque nous réalisons entre 1 000 et 2 000 consultations, avec des variations importantes d'une année sur l'autre.

Parallèlement, nous constatons une progression des tentatives de passage vers l'Angleterre à partir de notre secteur, phénomène qui était jusqu'alors inexistant, ce qui se traduit par une sollicitation croissante de nos équipes lors de naufrages. Dans ce cadre, un protocole prévoit qu'après le tri réalisé au port, les femmes et les enfants soient systématiquement orientés vers le service des urgences du centre hospitalier de Dunkerque. Pour les hommes, un tri est également effectué mais, comme cela a été indiqué, une fois les soins urgents dispensés, leur suivi devient incertain et nous perdons en grande partie leur trace.

M. Martin Trelcat. Résidant à Calais depuis de nombreuses années, j'ai été témoin d'une évolution très nette de la situation. Lorsque je suis arrivé en 2013, les tentatives de passage s'effectuaient principalement par le port et le tunnel, et il n'était pas rare de voir des personnes sur la voie publique ou sur l'autoroute tenter de monter sur des camions ou de franchir les grillages. Aujourd'hui, les aménagements du port et le renforcement des dispositifs de sécurisation du tunnel et des infrastructures portuaires ont rendu ces pratiques beaucoup plus marginales. Les départs par bateaux se concentrent désormais davantage entre Calais et Dunkerque, où la configuration des lieux s'y prête davantage.

Je rejoins en cela ce qui a été indiqué : à mon arrivée en 2013, on observait de fortes concentrations de migrants en centre-ville, puis dans ce qui allait devenir la « jungle ». Désormais, la situation se caractérise par une dispersion sur de multiples points de regroupement de taille réduite, souvent liés aux lieux de distribution des repas. Une fois ces distributions terminées, les personnes se dispersent rapidement, y compris aux abords de l'hôpital, qui demeure un point de distribution ancien. Nous sommes ainsi passés d'un phénomène marqué par des points de fixation quasi urbanisés, où les campements pouvaient s'inscrire dans une forme de sédentarité, à une présence beaucoup plus diffuse et éclatée sur le territoire.

Mme Elsa Faucillon, rapporteure. Je souhaiterais savoir si les 6 000 passages dans les Pass concernaient exclusivement le public visé par notre commission d'enquête, c'est-à-dire les personnes exilées, ou s'ils recouvraient l'ensemble de l'activité du territoire. Je souhaiterais également connaître le nombre de consultations réalisées au cours des trois dernières années, afin d'en apprécier l'évolution.

Je me suis par ailleurs penchée sur le cahier des charges de labellisation des Pass dans les Hauts-de-France, qui prévoit une démarche d'« aller vers » et le développement d'activités mobiles. Or lors de nos déplacements à Dunkerque et à Calais, il ne m'a pas semblé que de telles interventions aient été évoquées, notamment sur les zones de campement ou lors des distributions de repas. Je souhaiterais donc savoir si ces actions existent effectivement et, dans le cas contraire, pour quelles raisons elles n'ont pas été mises en œuvre, alors même qu'elles figurent au cahier des charges.

Pourriez-vous également préciser les spécialités présentes au sein des Pass de Calais et de Dunkerque, car il me semble qu'elles diffèrent d'un site à l'autre ?

Je souhaiterais enfin revenir sur la prise en charge psychologique, en particulier sur les conditions d'organisation de l'interprétariat, qui semblent constituer un point de fragilité. Ces difficultés tiennent-elles principalement à un manque de financement ou relèvent-elles d'autres contraintes ? S'agissant des dispositifs de soutien, notamment après des événements comme le naufrage de novembre 2021, j'imagine qu'ils bénéficient en priorité aux personnels de secours. Toutefois, il est fréquent d'observer un refus initial de prise en charge psychologique, qui fait lui-même partie du traumatisme. Comment cette situation est-elle prise en compte ? Lorsque les personnes ne se présentent pas spontanément, des démarches sont-elles engagées pour favoriser une prise en charge ultérieure et éviter que des personnes fragilisées demeurent durablement sans accompagnement ?

M. Martin Trelcat. Je vous confirme que la Pass de Calais enregistre environ 6 000 passages par an. Les données dont je dispose pour 2024, 2025 et le premier trimestre 2026 montrent une activité relativement stable, autour de 500 passages mensuels. Nous ne tenons pas de comptabilité fine des origines, mais nous distinguons les personnes autochtones des migrants. Sur les trois premiers mois de l'année, par exemple, les passages d'autochtones s'élèvent respectivement à 11, 18 et 21, contre 566, 389 et 369 pour les migrants. Ces éléments permettent de constater que l'immense majorité des passages relève de personnes migrantes.

S'agissant des démarches d'« aller vers », elles se heurtent en grande partie à la question du lien de confiance avec les associations. À ma connaissance, la Pass n'a pas mis en œuvre de dispositifs structurés en ce sens. Il y a une dizaine d'années, nos équipes se rendaient ponctuellement sur les lieux de distribution de repas, mais nous avons rapidement constaté que ces interventions produisaient peu d'effets. La priorité des personnes présentes étant d'accéder à la distribution, il était difficile d'établir un contact ou d'engager une démarche de soins sans risquer de les détourner de cet objectif immédiat.

Ces tentatives ont en outre été compliquées par les réactions de certaines personnes ou associations, qui voyaient d'un mauvais œil notre présence et incitaient les migrants à ne pas entrer en relation avec nous. Il est possible (et il ne s'agit là que de mon interprétation) que cette attitude réponde à une volonté de conserver une forme d'exclusivité dans la relation. Dans ce contexte, les relations avec certaines associations ont pu être, et demeurent parfois, difficiles, dans la mesure où nous avons le sentiment que certaines prises de parole ne reflètent pas toujours fidèlement la réalité vécue par les personnes concernées.

M. Samy Bayod. À Dunkerque, la situation présente des similitudes avec celle de Calais, mais pour des raisons différentes. Là où Calais a connu, à certaines périodes, des volumes très élevés, dépassant les 20 000 passages, ce qui a conduit à isoler la Pass du reste de l'hôpital, nous sommes partis, pour notre part, de niveaux d'activité plus modestes qui ont progressivement augmenté. Dans ce contexte, la question d'une démarche d'« aller vers » ne

s'est jamais véritablement imposée. Lorsque nous réexaminons aujourd'hui cette possibilité, notamment à l'occasion de travaux récents comme la rédaction du mémoire en défense dans le cadre du référé introduit par certaines associations, nous aboutissons aux mêmes constats. Le fonctionnement de la permanence repose entièrement sur les équipes d'urgentistes, et un éloignement du plateau technique rendrait difficile une prise en charge satisfaisante, faute d'accès immédiat à la biologie et à l'imagerie. En l'absence de volumes comparables à ceux de Calais, nous avons donc maintenu une organisation intégrée aux urgences du centre hospitalier de Dunkerque, qui continue de fonctionner à ce jour.

S'agissant des relations avec les associations, nous ne rencontrons pas de difficultés particulières. J'ai d'ailleurs à mes côtés la responsable de la Pass, Mme Flavie Hervy.

(Mme Flavie Hervy prête serment.)

Mme Flavie Hervy, responsable de la permanence d'accès aux soins de santé (Pass) de Dunkerque. À l'hôpital de Dunkerque, nous avons structuré des temps d'échange réguliers, sous la forme de réunions trimestrielles, avec les associations de terrain avec lesquelles nous avons conventionné. Ces rencontres permettent de croiser les informations : les associations nous apportent une connaissance fine des réalités du terrain, qu'il s'agisse des publics rencontrés, des conditions d'accès à l'eau ou des modalités de distribution alimentaire, tandis que nous partageons, de notre côté, les évolutions de nos parcours de prise en charge.

Depuis la disparition des instances de coordination précédemment animées par la sous-préfecture de Dunkerque, nous avons pris le relais pour maintenir ce lien. Les associations jouent également un rôle concret dans l'accès aux soins, en accompagnant les personnes lorsqu'elles ne peuvent pas recourir aux transports en commun, et cette coordination se prolonge à la sortie de l'hospitalisation, afin de faciliter le retour vers les campements. À travers ces échanges et ces dispositifs, nous nous efforçons ainsi d'assurer une continuité entre l'entrée dans le soin et la sortie du dispositif, au bénéfice de ce public.

Mme Elsa Faucillon, rapporteure. Je souhaiterais revenir sur la question de l'interprétariat, qui n'a pas été abordée : de quels moyens disposez-vous concrètement sur ce point ?

Par ailleurs, le cahier des charges de labellisation prévoit des dispositifs d'« aller vers », qui ne semblent pas être mis en œuvre. Faut-il y voir une difficulté d'application dans la pratique, une absence de volonté, ou un problème de moyens ? Ce point pourrait-il être amené à évoluer dans le cadre d'une révision du cahier des charges ? Enfin, les moyens actuellement alloués aux Pass dans leur configuration fixe vous paraissent-ils suffisants, ou limitent-ils le développement d'actions mobiles et de consultations en « aller vers » ?

M. Hugo Gilardi. Nous n'avons pas mis en place de Pass mobile dans la mesure où, dès l'origine, notre organisation ne reposait pas sur cet objectif, puisque nous nous appuyions sur les associations pour assurer le lien avec les personnes migrantes et, le cas échéant, leur orientation vers les établissements de santé. Selon moi, deux modèles existent, la Pass mobile et la Pass fixe, et, à Dunkerque comme à Calais, nous avons fait le choix d'un dispositif fixe. Dans cette perspective, il n'y a pas, selon moi, d'écart avec les objectifs initiaux, puisque la mobilité ne faisait pas partie du schéma retenu. Nous avons en revanche cherché à renforcer, dans le cadre de ces Pass fixes, les moyens consacrés à la médiation et à l'interprétariat. En théorie, les deux établissements bénéficient de crédits spécifiques destinés à soutenir ces missions sur place.

Nous avons par ailleurs développé un dispositif sur le champ particulier de la psychiatrie, à travers le programme Intégrapsy, financé notamment par le secrétariat général pour les Affaires régionales (Sgar) et l'ARS Hauts-de-France. Il s'adresse spécifiquement aux demandeurs d'asile et repose, pour sa mise en œuvre, sur l'association La Vie Active, qui assure l'« aller vers » le public. En 2025, cette action a donné lieu à 900 entretiens concernant 480 personnes, ce qui témoigne d'une activité significative.

En résumé, l'absence d'« aller vers » dans le champ des Pass relève d'un choix initial pleinement assumé et validé par les établissements. En parallèle, des efforts ont été engagés pour renforcer l'interprétariat et la médiation et une approche mobile existe, mais dans le domaine spécifique de la psychiatrie.

M. Martin Trelcat. Comme je l'indiquais précédemment, nous ne disposons pas d'équipe spécifiquement dédiée à des actions d'« aller vers ». Il nous est arrivé de nous rendre sur le terrain, notamment lors des distributions de repas, mais ces moments se prêtaient difficilement à l'instauration d'une relation de soins.

Je souhaite néanmoins rappeler qu'au plus fort de la crise, en 2015-2016, au moment de la constitution de la Jungle, nous avons mis en place une Pass délocalisée grâce à un financement de l'ARS. Dans le même temps, des lits halte soins santé avaient été ouverts dans le cadre d'une action d'urgence sanitaire portée par Médecins du Monde, et l'hôpital avait installé, au moyen de structures modulaires, une unité de 16 lits. Ces dispositifs relevaient donc d'une forme d'« aller vers » mais s'inscrivaient dans un cadre exceptionnel, distinct du fonctionnement habituel de la Pass. Il s'agissait d'un service de post-hospitalisation, destiné à éviter l'engorgement des services hospitaliers en permettant à des patients dont la prise en charge sanitaire était terminée de poursuivre leur convalescence sur place, sans être renvoyés immédiatement à l'extérieur, notamment dans des situations de mobilité réduite.

Nous disposons en outre d'une équipe mobile santé-précarité, qui peut intervenir sur sollicitation. Les associations connaissent ce dispositif et en facilitent l'activation en orientant les personnes vers nos équipes.

S'agissant enfin de l'interprétariat, la situation particulière de Calais nous a depuis longtemps conduits à développer des ressources internes couvrant la plupart des langues et dialectes rencontrés. Nous bénéficions ainsi d'une relative autonomie, complétée par le recours ponctuel à des interprètes issus d'associations. Lorsque la communication s'avère difficile, nous utilisons également des supports adaptés comme des pictogrammes, des affiches ou des documents traduits en plusieurs langues. Ces outils ont été élaborés par d'anciens migrants installés en France depuis les années 1990, qui ont été recrutés par l'hôpital et ont structuré l'ensemble de cette politique de médiation linguistique, aussi bien pour les démarches administratives que pour les échanges médicaux du quotidien.

Mme Elsa Faucillon, rapporteure. Je n'ai pas eu de réponse sur la question des cellules psychologiques.

Sur l'interprétariat, je ne comprends pas pourquoi, quand la langue n'est pas couverte par un interprète ou une association, vous ne faites pas appel à l'interprétariat par téléphone. Arrive-t-il que des consultations, notamment psychologiques, manquent d'interprétariat et que les médecins soient obligés de passer par Google pour traduire ?

S'agissant des cellules psychologiques, il me semble insuffisant de considérer que leur absence de mobilisation s'expliquerait par le fait que les personnes ne se présentent pas. En pratique psychiatrique, le refus initial de prise en charge fait précisément partie des éléments à intégrer, et l'intervention ne peut se limiter à ce constat.

Par ailleurs, des associations nous ont fait remonter des signalements relatifs à des propos discriminatoires ou à des refus de prise en charge. Ces situations existent-elles ? Lorsqu'elles sont signalées, font-elles l'objet d'un traitement ? Où en est-on aujourd'hui ?

M. Martin Trelocat. S'agissant de l'interprétariat, nous recourons ponctuellement à des outils comme Google. Pour l'interprétariat téléphonique, il est parfois nécessaire de prendre rendez-vous et il n'est pas toujours possible d'obtenir une réponse immédiate.

Sur la question des discriminations, il s'agit d'un sujet que je connais bien et qui appelle, à mon sens, une approche nuancée. Entre 2013 et 2018, l'établissement a fait l'objet de critiques de sens opposés puisque certains estimaient que nous n'en faisons pas assez et d'autres, au contraire, que nous en faisons trop et que les migrants bénéficiaient d'une prise en charge supérieure à celle des Français. Le fait d'être ainsi interpellé de part et d'autre traduisait, me semble-t-il, un effort d'adaptation du service public à des situations complexes, ce qui ne signifie pas établir des priorités entre les personnes, mais tenir compte des réalités auxquelles nous sommes confrontés. Lorsqu'un afflux de patients intervient à la suite d'une rixe, par exemple lors d'une distribution de repas, il n'est pas envisageable de les accueillir tous dans un même espace, au risque de prolonger les tensions au sein de l'hôpital. L'organisation des soins impose alors de répartir les patients dans différents secteurs des urgences afin de prévenir les conflits, tout en garantissant la priorité aux situations vitales.

Je n'ai pas connaissance de signalements pour des propos discriminatoires ou racistes portés à la connaissance de la direction. S'ils avaient été formulés, ils auraient donné lieu à des sanctions, mais nous avons toujours cherché à ajuster notre action avec tact, mesure et bienveillance. Je me souviens également de critiques très virulentes fondées sur des rumeurs selon lesquelles l'hôpital privilégierait les migrants ou serait exposé à des risques sanitaires majeurs, ce qui ne correspondait pas à la réalité. Notre position est restée constante : assurer notre mission de service public, accueillir chacun, et le faire avec discernement, rigueur et pragmatisme.

M. Hugo Gilardi. Sur les cellules psychologiques, je fais à nouveau référence au document que j'évoquais sur le protocole de prise en charge post-naufage. La règle, et il faudrait voir si elle est correctement appliquée, est d'organiser dans les 72 heures suivant le naufrage des prises en charge psychologiques au sein de la Pass du centre hospitalier de Calais. C'est l'engagement pris par la CUMP du Samu du Pas-de-Calais et il me semble que les choses sont, au moins sur le papier, bien cadrées de ce point de vue.

M. Martin Trelocat. Je confirme qu'elles sont bien mises en place et que le protocole naufrage existe mais, encore une fois, cela se matérialise la plupart du temps par des non-venues.

M. le président Sébastien Huyghe. Si je comprends bien, vous nous dites que postérieurement à un naufrage, très peu de migrants arrivent jusqu'à chez vous. Soit il y a eu décès, soit les gens sont partis. Il n'y a pas de personnes qui ont été particulièrement blessées à l'occasion du naufrage. C'est bien cela ?

M. Martin Trelcat. Oui, tout à fait. J'habite à Calais depuis 2013 et, vivant non loin de la plage, j'ai assisté à des débarquements de migrants. Quand ils arrivent sur la plage, ils partent tout de suite. Ils sont accueillis et la plupart du temps, ils ne restent pas. Ils se disséminent et on les voit directement partir.

M. le président Sébastien Huyghe. J'avais le sentiment qu'à Dunkerque, ce n'était pas tout à fait la même situation. Monsieur Bayod, vous nous parliez de situations post-nauffrage où vous aviez un afflux de personnes hospitalisées.

M. Samy Bayod. S'agissant de l'interprétariat, nous recourons principalement à un dispositif téléphonique. Nous disposons en interne d'un agent administratif maîtrisant l'anglais, l'italien, l'arabe, le kurde et le persan, ce qui permet de couvrir une partie des situations mais, lorsque ces langues ne suffisent pas, nous faisons appel à ce service à distance. Il n'est pas nécessaire de prendre rendez-vous mais le fonctionnement n'est pas toujours fluide car il faut indiquer la langue souhaitée et il arrive que l'attente soit longue avant d'obtenir un interlocuteur. Malgré ces contraintes, nous parvenons globalement à assurer la communication.

En matière de santé mentale, la situation diffère de celle de Calais, dans la mesure où nous ne disposons pas de service de psychiatrie au sein de l'établissement. Cette compétence relève d'une autre structure, ce qui limite les éléments que je peux apporter sur ce point.

En revanche, lors d'un naufrage, nous déclenchons immédiatement une intervention du Smur. Les équipes se rendent sur les lieux indiqués par les forces de l'ordre ou les sapeurs-pompiers et prennent en charge les personnes encore présentes. Nous n'avons pas de visibilité sur celles qui ont quitté les lieux avant notre arrivée et l'intervention consiste en une évaluation somatique des naufragés.

M. Marc de Fleurian (RN). Merci à tous les soignants qui sont engagés pour le soin des populations locales et des migrants, quels qu'ils soient, puisque c'est leur vocation.

Monsieur Trelcat, vous avez évoqué les différents financements de cette prise en charge des migrants par l'hôpital de Calais : 700 000 euros pour la Pass, 375 000 euros pour le Cegidd, 500 000 euros pour le centre de rétention administrative (CRA), 600 000 euros pour les soins urgents et 400 000 euros pour l'AME. On arrive à un montant de près de 2,6 millions d'euros, une somme conséquente. Ma question est la suivante : comme tous les hôpitaux, vous êtes confrontés à un déficit structurel qui ne relève pas de votre responsabilité. Arrivez-vous à rentrer dans vos frais ? La compensation de tous les soins prodigués aux migrants est-elle réelle et n'impacte-t-elle pas les finances de l'hôpital de Calais de manière structurelle ?

M. Martin Trelcat. Je pourrai uniquement vous répondre sur les services qui font l'objet de dotations spécifiques, comme la Pass, le Cegidd et le CRA. Pour ces services, par rapport aux moyens que l'ARS nous alloue, nous mettons en place les ressources adéquates pour utiliser cet argent en totalité. Nous ne faisons ni bénéfices, ni excédents. Les dépenses de personnel étant les plus importantes, les moyens accordés nous permettent de mettre les ressources humaines en adéquation. Pour répondre clairement à votre question, sur ces trois dispositifs, l'hôpital n'y est pas de sa poche.

Concernant l'AME et les soins urgents, ils sont facturés aux personnes migrantes aux mêmes tarifs que pour des ressortissants français. Un calcul de comptabilité analytique montrerait que prendre en charge un migrant ou un Français présente donc le même bilan

économique. Comme je le disais, nous sommes de plus en plus sur des soins ambulatoires, qui ne donnent pas lieu à une hospitalisation complète. En 2025, sur le secteur médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), nous avons facturé 138 000 euros, ce qui est une somme très faible à l'échelle du budget de l'hôpital, qui est d'environ 220 millions d'euros. L'AME et les soins urgents représentent environ 1 million d'euros, une somme relativement modeste.

Cette prise en charge, aujourd'hui majoritairement ambulatoire, contraste fortement avec la situation observée il y a une dizaine d'années. Au plus fort de la crise, entre 2015 et 2016, nous avons en permanence entre 30 et 40 migrants hospitalisés, ce qui pesait lourdement sur l'organisation des soins, avec des tensions importantes et des rivalités entre nationalités. Cette situation entraînait également des répercussions sur l'activité programmée au bénéfice des habitants du Calais. Dans ce contexte, l'agence avait, en 2015, 2016 et 2017, accordé à l'hôpital des dotations complémentaires, afin de compenser les effets de ces perturbations, notamment sur nos recettes d'activité MCO, qui pouvaient être affectées par l'image de l'établissement. Cette configuration n'a plus cours aujourd'hui puisque l'agence ne verse plus de financements spécifiquement liés à ces difficultés. Les dotations actuelles s'inscrivent dans un cadre plus général, en lien avec la situation budgétaire des établissements, comme c'est le cas pour d'autres hôpitaux, tout en tenant compte de la situation particulière de Calais. Sur le temps long, il convient néanmoins de rappeler que l'établissement a été accompagné financièrement pour faire face aux conséquences des crises migratoires sur son activité et son organisation interne.

M. Hugo Gilardi. Nous vous transmettrons la chronologie des financements alloués aux établissements depuis 2015. Je tiens d'ores et déjà à préciser que l'ensemble des crédits attribués par l'ARS au titre des Pass est utilisé conformément à leur objet. Ce point mérite d'être souligné car il peut arriver, pour ce type de dispositif, que des redéploiements soient opérés. En l'espèce, les deux établissements respectent pleinement l'affectation des crédits, qui financent intégralement les moyens humains prévus.

Par ailleurs, les moyens ont été ajustés en fonction de l'évolution de l'activité. S'agissant du centre hospitalier de Calais, la dernière revalorisation est intervenue au début des années 2020, lorsque l'activité s'est stabilisée autour de 6 500 passages, rendant nécessaire un renforcement des ressources. La dotation est ainsi passée d'environ 550 000 à 750 000 euros, soit une augmentation substantielle.

À ce jour, aucune demande d'ajustement complémentaire n'a été formulée, ce qui tend à indiquer que le niveau actuel de financement est en adéquation avec les besoins et permet de faire face aux volumes d'activité observés.

Mme Stella Dupont (NI). Votre mission est complexe, mais permettez-moi cependant de vous partager un certain sentiment d'imprécision dans vos réponses, ainsi qu'un réel étonnement. Cela fait maintenant six ans que je me rends régulièrement dans le Calais et dans le Dunkerquois, et ce que j'observe dans les campements, ce sont des personnes en situation de grande précarité, dont une part importante est particulièrement vulnérable. Si certains présentent, en apparence, un bon état de santé, beaucoup nécessitent des soins variés : brûlures liées aux conditions dans les embarcations, fractures de doigts de pied, lésions aux pieds, aux chevilles ou aux mains. Dans ce contexte, entendre que les démarches d'« aller vers » ne seraient ni utiles ni nécessaires suscite chez moi une réelle incompréhension, d'autant que les professionnels de terrain que j'ai rencontrés, sur les campements comme lors des distributions de repas, font état de files d'attente importantes devant les dispositifs de soins.

S'agissant de l'interprétariat, il me semble utile de préciser qu'il n'est pas nécessaire de prendre rendez-vous pour recourir à l'interprétariat téléphonique, même si des délais d'attente peuvent exister, comme cela a été indiqué. La qualité de la communication constitue un élément essentiel de la prise en charge.

Ma première question concerne Dunkerque. J'ai compris qu'il existait deux dispositifs de Pass, l'un destiné au public national et l'autre au public exilé. Je souhaiterais m'assurer de cette organisation et comprendre les raisons de cette distinction avec, sauf erreur de ma part, cinq demi-journées de consultation hebdomadaires pour les premiers et trois pour les seconds. Quelle est l'activité respective de ces deux dispositifs et comment s'explique cet écart ?

Ma deuxième question, qui concerne les deux établissements, porte sur la prise en charge des femmes, au regard des violences, en particulier sexuelles, auxquelles elles sont exposées. Les échanges que j'ai pu avoir, notamment avec Médecins sans Frontières, font état de situations extrêmement préoccupantes. Quelle est la part respective des hommes et des femmes parmi les personnes que vous accueillez, et quels besoins spécifiques identifiez-vous pour les femmes, tant sur le plan sanitaire que psychologique ?

Enfin, ma dernière question concerne le centre de rétention administrative de Coquelles. Lors de ma visite, j'ai constaté un état particulièrement dégradé des installations sanitaires, notamment des douches, ainsi qu'une infestation de punaises de lit. Quelles mesures sont mises en œuvre pour répondre à ces difficultés sur le plan sanitaire ?

M. Samy Bayod. Pour Dunkerque, je précise que la proportion de 80 % de médecins pour 20 % d'autres personnels, ainsi que tous les chiffres et l'organisation que nous avons décrits, ne concernent que la Pass adulte, hors gynécologie. Nous disposons par ailleurs d'urgences gynécologiques, accessibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, qui accueillent régulièrement des migrantes, qu'elles aient été ou non victimes de violences sexuelles. Ce dispositif d'urgence permanente offre ainsi une accessibilité presque supérieure, avec une amplitude horaire bien plus large que celle de la Pass adulte générale.

Mme Flavie Hervy. À Dunkerque, deux circuits distincts sont en place au sein de la Pass. Le premier, destiné au public francophone, fonctionne sur cinq demi-journées par semaine et s'inscrit dans le flux habituel des urgences, dont il relève directement. Le second, dédié au public de l'exil, est organisé sur trois après-midi hebdomadaires et repose sur un parcours spécifique. Dans ce cadre, la prise en charge est entièrement structurée autour de ce dispositif dédié : elle débute par un accueil administratif distinct et s'appuie, dès l'entrée, sur la présence d'un médiateur chargé d'accompagner la personne tout au long de son parcours, en assurant la traduction des échanges. Cet accompagnement se poursuit jusqu'à la sortie, en incluant la consultation médicale, la délivrance des traitements et la réalisation des examens.

Ce choix d'organisation répond à une contrainte de volumétrie. Le nombre de patients relevant de ce public ne permettait pas une intégration dans le fonctionnement courant des urgences, contrairement à ce qui est possible pour le public francophone. Il nous a donc paru plus pertinent de proposer un temps et des espaces dédiés, offrant aux patients des conditions d'accueil plus adaptées, leur permettant de s'inscrire dans un échange plus serein avec les équipes soignantes.

Mme Stella Dupont (NI). Les francophones, y compris les étrangers francophones, se rendent donc aux urgences générales, est-ce bien cela ?

M. Samy Bayod. Oui, mais il s'agit de francophones qui sont assurés sociaux dans leur pays d'origine. Pour nous, ce sont principalement des assurés de l'Union européenne, et notamment de Belgique. Dans ce cas, un dispositif de convention internationale s'applique, et ils ne sont pas considérés comme des patients relevant de la Pass, mais bien comme des assurés sociaux.

M. Martin Trelcat. À Calais, la Pass est très largement fréquentée par des personnes migrantes, la présence de citoyens français y demeurant marginale.

S'agissant de la répartition que vous évoquez, les données du premier trimestre 2026 font apparaître une répartition de l'ordre de 70 à 75 % d'hommes, de 20 à 25 % de femmes et de moins de 10 % d'enfants.

Sur le dépistage et la prévention des violences faites aux femmes, aucun dispositif spécifique n'est mis en place pour les migrantes. C'est le cadre de droit commun de l'établissement qui s'applique, avec les moyens dédiés à ces prises en charge. Lorsqu'une situation est repérée, la Pass assure l'accompagnement au sein de l'hôpital et oriente la personne vers les professionnels compétents. Les volumes concernés demeurent toutefois limités et, comme pour les questions de santé mentale, il s'agit d'un public très mobile, qui ne s'inscrit pas dans la durée et dont les rendez-vous ne sont pas toujours honorés. Lorsqu'un repérage est effectué, nous nous efforçons néanmoins d'intégrer ces personnes dans notre parcours de soins, malgré les difficultés déjà évoquées pour maintenir le lien et assurer un suivi.

M. Hugo Gilardi. S'agissant de la question, particulièrement sensible, de l'« aller vers », je ne voudrais pas laisser s'installer l'idée selon laquelle nous serions indifférents à la situation sanitaire dans les lieux de vie des migrants. La stratégie que nous avons retenue, et qui peut naturellement être discutée, repose sur un principe simple : la présence d'associations sur le terrain, en particulier Médecins du Monde, nous conduit à considérer qu'elles assurent un rôle de veille et orientent les personnes nécessitant des soins, qu'il s'agisse de brûlures ou de fractures, vers les structures hospitalières. Dans ce cadre, la distance entre les lieux de vie et les établissements ne nous paraît pas justifier la mise en place d'un dispositif intermédiaire spécifique. La question essentielle est donc celle de savoir si certaines personnes demeurent sans prise en charge, malgré des pathologies ou des blessures. À ce stade, je n'ai reçu aucun signalement ni aucune alerte en ce sens, ni de la part des équipes soignantes ni de celle des associations. Cela tend à indiquer que, lorsqu'un besoin de soins se manifeste, une réponse est apportée dans les structures adaptées.

Par ailleurs, le volume des passages, qui atteint un niveau significatif si l'on cumule les trois sites de Dunkerque, Calais et Grande-Synthe, soit un peu plus de 8 000 consultations, suggère que le dispositif est identifié et utilisé par les différents acteurs, qu'ils soient associatifs ou hospitaliers. Cette analyse appelle des précautions, car elle n'est ni exhaustive ni totalement certaine, mais nous considérons que l'organisation actuelle permet d'assurer un accès effectif aux soins, dès lors que les personnes entreprennent la démarche de consulter

Mme Stella Dupont (NI). Monsieur Gilardi, cette affirmation me choque, et je vous invite à vous rendre vous-même sur place, dans les campements, pour constater la réalité que nous avons observée.

M. le président Sébastien Huyghe. Vous pourrez nous adresser par écrit la réponse au questionnaire qui vous a été envoyé, ainsi que tout complément d'information que vous jugeriez utile de communiquer à la commission d'enquête.

La séance s'achève à quinze heures trente.

Membres présents ou excusés

Présents. - Mme Stella Dupont, Mme Elsa Faucillon, M. Marc de Fleurian,
M. Sébastien Huyghe

Excusés. - M. Charles Fournier, M. Philippe Gosselin

Assistait également à la réunion. - M. Jean Bodart