

Le droit à la santé de la Femme migrante

Mots-clés : santé, migration, droits fondamentaux, accès aux soins, Union Européenne

Vincent GIRIN

Doctorant au sein du Centre Européen d'Etudes et de Recherche en droit&santé, UMR 5815, Dynamiques du droit, Université de Montpellier, France.

vincent.girin@gmail.com

Résumé :

La femme migrante est une personne à part entière dans l'ordre juridique international. Elle fait l'objet d'une protection supplémentaire au niveau des conventions internationales souvent au même titre que les enfants. En France, cependant, le droit à la santé est le même et ce malgré les différentes conséquences de ce droit en fonction du genre. Par delà la méprise entre les différents phénomènes de migrations et le traitement juridique qui en ait fait, la confusion entre les besoins des migrants ne permet pas d'établir un régime juridique véritablement adapté à la question. Avec le dernier projet de loi française (projet de loi relatif à un droit d'asile effectif et une intégration réussie n°1106), la santé du migrant semble malmené par différentes propositions d'amendements voulant réduire ce droit à la santé et plus précisément le droit à l'accès aux soins par la modification du système de l'aide médicale d'Etat (AME). Derrière ces principes se cachent une réalité toute autre. On constate, tout d'abord, que dans les zones de regroupements des migrants, les femmes ne peuvent avoir accès aux mêmes soins primaires que les femmes non migrantes. L'exemple de la femme migrante enceinte montre que l'effectivité du droit à la santé n'est pas une réalité tangible. Les exemples sont légions qui tendent à démontrer la triste réalité. On songe, par exemple, à l'existence de maternités de fortune. Ce sont surtout les propos du gouvernement français sur l'établissement d'un statut extraterritorial de la maternité de Mayotte qui montrent que la santé du migrant n'est pas une priorité par rapport aux droits régaliens relatifs à la nationalité. Cependant, la santé de la femme migrante semble pouvoir évoluer dans un sens plus favorable au regard des normes de l'Union Européenne. L'Union prend conscience des risques sanitaires en jeu et propose l'instauration de centres dédiés à l'accueil des migrants. Cependant, derrière le volet santé physique et physiologique, il y a aussi le volet santé mentale. En effet, les exilées, de manière générale, vivent tout au long de leur migration des conditions de vie difficiles face à la violence, la peur du viol ou encore la fuite d'un conflit armé. Cependant, au regard du dernier rapport du Centre Primo-Lévi en collaboration avec Médecins du monde, la prise en charge en santé mentale des migrants est très en deçà de ce qui est nécessaire. Cet aspect méconnu du droit à la santé doit faire preuve d'une réponse normative adaptée. Rendre effectif le droit à la santé de la femme migrante tant sur le plan mental que sur le plan physique est et sera un enjeu. Cela passe par l'accès au soin (accès aux établissements de santé, aide médicale d'Etat) mais aussi par le droit de jouir du meilleur état de santé possible. Des améliorations apparaissent perceptibles sur ce droit subjectif, mais ces réponses apportées sont soit tardives soit imparfaites, tant dans la confusion entre tous les migrants que par les lacunes dans certains domaines relatifs à la santé de la femme migrante.

« Sans la santé, point de clairvoyance morale »¹ La santé est au cœur de l'être humain et de son rapport avec les autres. Sa définition n'a fait que s'élargir au fil des ans notamment sous l'impulsion de l'Organisation mondiale de la santé. En effet, la santé doit être vue comme un « état de complet bien-être physique, mental et social (...) »² De par cette définition générique l'Organisation Mondiale de la Santé a voulu englober tout une part importante des domaines touchant à la santé. Pour l'objet de notre communication, il est intéressant de circonscrire la santé pour la Femme migrante en tant que droit.

Le droit à la santé est visé par différents textes internationaux et non internationaux. Au niveau international, de manière généraliste, cela implique un objectif d'assurer un niveau de vie suffisant³. Ce droit à la santé est consacré de manière claire depuis 1966 avec le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels⁴. De plus, la déclaration d'Alma-Ata de l'Assemblée mondiale de la santé en 1978, considère que « le droit à la santé est un droit fondamental de l'être humain ». Au niveau régional, par exemple pour le Conseil de l'Europe, la Charte sociale européenne prévoit que les personnes ont le droit de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre⁵. De même, au niveau de l'Union Européenne et ce même si ce n'est pas une de ses compétences premières, dès le traité de Rome, les normes qui sont établies au sein de l'Union doivent prendre en compte la mise en œuvre d'un niveau élevé de protection de santé suffisante⁶. Cependant, cela va dépendre du type de norme. En effet, dans le cas particulier de la France, l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 prévoit que l'Etat doit « assurer à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à son développement dont la protection de la santé. »

D'autres textes sont rattachés à ce droit de manière inclusive à un autre droit. On peut citer notamment l'article 2§1 de la Convention européenne des droits de l'homme qui est rattaché à ce droit à la santé et plus particulièrement au droit à la protection de sa santé au moyen de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme.⁷ Cependant, ce droit à la protection de la santé est souvent rattaché au droit à la vie privée⁸ ce qui en fait un droit oscillant entre différents concepts. Il en est de même s'agissant du rattachement de ce droit à la santé à l'article 3 de la Convention relatif à l'interdiction des traitements inhumains et dégradants.

S'agissant des mesures que doivent mettre en œuvre les Etats, il doit s'agir de mesures adéquates pour protéger la santé.⁹ Cependant, la doctrine, au regard des exigences demandées pour rendre effectif ce droit à la santé estime qu'il s'agirait plus d'un droit fondamental d'accès aux soins et d'une autre composante qui correspond à un objectif de protection de la santé.¹⁰ En effet, l'Etat, dans la protection de la santé agit essentiellement dans la question de l'accès aux soins au niveau structurel. C'est pourquoi nous traiterons ici que de l'accès aux soins.

¹ George Sand, *Le marquis de Villemer* (1861)

² *Préambule, Constitution de l'OMS, 1946*

³ Article 25-1 *Déclaration universelle des droits de l'Homme, 1948*

⁴ Article 12-1 *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* de 1966

⁵ Article 10 *Charte sociale Européenne*, 18 octobre 1961

⁶ Article 152-2 *Traité de Rome* de 1957 mais aussi article 35 *Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne* et article 6 *Traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne*

⁷ CEDH, 10/02/1993, J.-P. Walter Winder contre Suisse

⁸ Voir notamment CEDH, 5 octobre 2006, n°75.725/01, Trocellier c. France

⁹ CEDH, 10/02/1993, J.-P. Walter Winder contre Suisse

¹⁰ BELANGER (Michel), *Introduction à un droit mondial de la santé*, éd. des archives contemporaines, Agence Universitaire de la Francophonie, coll. Manuels, 2009

Sur un autre point, par migrante, il faut entendre d'une Femme qui opère une migration¹¹. Il est nécessaire de voir plus en détail la définition de la migration en elle-même. D'où, par migration, il faut entendre « tout déplacement volontaire d'individus ou de populations d'un pays dans un autre ou d'une région dans une autre, pour des raisons économiques, politiques ou culturelles »¹². Nous retiendrons, pour les besoins de la communication, la question des migrations transnationales et non celles au sein d'une même nation. Ces notions permettent d'englober un nombre important d'acteurs étrangers comme les immigrants ou encore les réfugiés. Chaque catégorie de migrant n'est pas traitée de la même manière au niveau juridique. En effet, la régularité de la migration va conférer des droits dont ne disposent pas peu ou prou le migrant irrégulier vis-à-vis de celui vivant dans la régularité. De plus, le statut de réfugié confère un droit d'autant plus protecteur et ce notamment depuis la Convention de Genève relative aux droits de réfugiés de 1951. En effet, ces derniers peuvent être considérés comme les égaux des nationaux en matière d'assistance publique¹³. Cependant, la réalité tempère ce principe comme nous le verrons plus tard s'agissant du cas français en matière d'accès aux soins via le système de protection sociale mis en place par l'aide médicale d'Etat.

S'agissant des femmes spécifiquement, l'origine des droits inhérents à elles apparaît au moment de la révolution française avec Olympe de Gouges en 1792¹⁴ avec la *Déclaration des droits des femmes*. Dès cette déclaration, on retranscrit l'idée que les femmes sont égales aux hommes en droit et en liberté. Plus récemment, on peut citer la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979 qui énonce le principe du rejet de toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le sexe. En effet, l'idée est celle d'une égalité entre Homme et Femme notamment en matière d'accès aux soins.

D'où, l'accès aux soins serait plus ou moins universel que l'on soit Homme ou Femme, migrant ou non migrant au regard des textes internationaux, européens et constitutionnels. Cependant, cette question de l'accès aux soins universels est à tempérer.

En effet, au regard des spécificités de la question, ce double statut particulier nous interroge précisément sur une problématique : Existe-t-il un droit à l'accès aux soins de la femme migrante ?

Il est intéressant de s'interroger sur ce double statut à savoir l'accès aux soins par la femme (I) et l'accès aux soins de la femme migrante particulièrement (I)

I/ L'Accès aux soins par la femme

La question de l'accès aux soins en tant que droit fondamental fait l'objet de nombreux débats doctrinaux et jurisprudentiels (A)]. Mais, ce droit à l'accès aux soins se voit préciser du fait du statut particulier de Femme(B)].

A] La question d'un droit fondamental

¹¹ CORNU (G.), *Vocabulaire juridique*, éd. PUF, coll. Quadrige dico poche, 2018, 12^{ème} édition.

¹² Dictionnaire Larousse en ligne <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/migration/51399> (consulté le 15 septembre 2018)

¹³ Article 23 *Convention de Genève relatif au statut des réfugiés* de 1951

¹⁴ Et ce même si l'idée est apparue avec Condorcet en 1788

Le droit à la santé est reconnu en matière de droits fondamentaux mais il appelle une action de l'Etat. Nous sommes sur l'idée d'un droit créance comme le formule Jellinek c'est-à-dire que la réalisation de ce droit passe par l'octroi de prestation de la part de l'Etat. Il provoque l'action étatique¹⁵. En effet, l'Etat doit assurer un accès équilibré aux soins de santé mais en fonction des besoins de santé et des ressources disponibles¹⁶. En France, il est prévu légalement le fait que l'individu a droit à un équitable accès aux soins¹⁷.

Le droit à la santé peut être vu comme le droit à un libre choix de son établissement de santé comme on le voit en droit français.¹⁸ Il y a d'ailleurs une répression de l'omission de porter assistance à une personne en péril.¹⁹ Le droit d'admission implique un acte de soin et de diagnostic.

De plus, ce droit à l'accès aux soins implique aussi que la vie ne doit pas être inutilement mis en danger par la négligence des autorités publiques dans le cadre d'activités ou d'événements de nature divers contre le risque de maladie²⁰. Cela implique de ne pas mettre en danger la vie d'une personne en lui refusant des soins qui sont faits à l'ensemble de la population²¹. Cela a pour conséquence aussi que l'Etat ne doit pas être en défaut de fournir un traitement médical approprié²². De manière particulière, sur le volet du droit à la vie, il ne peut être fait de privation d'accès aux soins d'urgence appropriés²³.

Cet accès aux soins va voir ses conditions renforcées dans le cas spécifique des soins nécessaires aux Femmes

B] Le statut comme gage d'une protection spéciale

L'accès aux soins se fait sans discrimination notamment en fonction du sexe²⁴. L'idée est d'un égal accès aux soins pour une personne qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme²⁵. De plus, les Etats doivent respecter, protéger et garantir « la réalisation des droits des femmes en matière de soin de santé. »²⁶

De manière particulière, la femme a le droit à une protection spécifique notamment s'agissant des violences. En effet, l'Etat doit mettre en œuvre des mesures afin de permettre à la femme de vivre dans un climat dénué de violence physique et morale²⁷. Cela peut impliquer d'établir un tel climat qui va favoriser son accès aux soins et l'acceptation de ces soins

¹⁵ CHAGNOLLAUD DE SABOURET (Dominique) et DRAGO (Guillaume), *Dictionnaire des droits fondamentaux*, éd. Dalloz, 2010, 1^{re} éd.

¹⁶ Article 3 *Convention sur les droits de l'Homme et la biomédecine*, Oviedo, 1997

¹⁷ Article L.1110-1 *Code de la santé publique français*

¹⁸ Article R.162-21 *Code de la sécurité sociale français*

¹⁹ Article L.233-6 *Code pénal français*

²⁰ CEDH, 1^{er} mars 2001, Berktaş c. Turquie, JCPG, 2001, I, 342, n°1, obs. F. Sudre.

²¹ CEDH, 27 mars 2002, Nitecki c. Pologne, n°65653/01

²² CEDH, 26 mai 2011, R.R. c. Pologne, RTDH, 2012-91, 609, note J.M. Larralde

²³ CEDH, 9 avril 2013, Sentürk c. Turquie, §95, JCPG 2013, actu S10, Obs. G.Gonzalez

²⁴ Par exemple en France, article L.1110-3 et L.1110-5 *Code de la santé publique français*

²⁵ *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, Onu, 8 décembre 1979

²⁶ Recommandation générale n°24, les Femmes et la santé, ONU, 2 février 1999, §13

²⁷ Par exemple, Art 8 *Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme ou Convention de Belem do para*, 9 juin 1994

nécessaires à sa survie. De plus, la condition de migrante va impliquer une attention encore plus particulière de par la violence qui peut avoir lieu durant la migration²⁸.

D'un point de vue particulier, les Etats s'engagent à fournir un accès aux soins notamment s'agissant du planning familial et des questions de soins liés à la grossesse²⁹. La position de vulnérabilité de la femme enceinte va impliquer des obligations plus lourdes pour les Etats en terme d'accès aux soins.

Pour les mesures, l'Etat doit établir les besoins de santé spécifiques aux femmes et y répondre par un accès spécifique et effectif aux traitements pour soigner ces maladies³⁰. Les Etats ne doivent pas mettre d'obstacle à l'accès aux soins des femmes et ce pour les raisons de leur sexe notamment par le biais d'une autorisation patriarcale ou marital³¹. Même en cas d'objection de conscience du praticien, l'Etat doit permettre la possibilité de s'adresser à un autre médecin qui n'a pas cette objection³². De plus, s'agissant des besoins de santé, l'impact des procédures généralistes doivent être évalué au niveau étatique afin de voir s'il n'y a pas un impact trop démesuré vis-à-vis des femmes³³.

L'accès aux soins, de manière générique, est prévu comme un droit fondamental. En tant que droit créance, il va impliquer des obligations à l'Etat pour rendre effectif ce droit. Ces obligations seront plus importantes lorsqu'il s'agit de l'accès aux soins pour les Femmes. Cependant, la question de la qualité de migrant va influencer le niveau d'obligations relatif à ce droit subjectif de l'individu.

II/ La qualité de migrant influençant ce droit

L'accès aux soins pour tous que l'on soit homme ou femme va de soit dans nos civilisations occidentales. Mais, la question du statut du migrant fait évoluer et va impliquer un encadrement de cet accès aux soins. Le migrant doit être vu selon deux prismes structurels : au niveau de l'Europe avec l'environnement juridique autour de la Convention européenne des droits de l'Homme et avec le droit de l'Union Européenne en la matière (A)] mais aussi au niveau de la France via un encadrement strict de l'accès aux soins soit directement soit via les mécanismes de protection sociale (B)].

A] La femme migrante en Europe

Au niveau des obligations découlant de la Convention européenne des droits de l'Homme, les énonciations que nous avons vues sur le droit à la fourniture d'un traitement médical approprié s'applique aux personnes en rétention administrative³⁴ mais aussi aux personnes en zone de transit en attente d'une mesure d'éloignement³⁵. De plus, les Etats sont dotés d'une obligation de protection de la santé dans le cas d'un rajout dépendance de la personne par rapport aux autorités³⁶. L'accès aux soins doit être compris sous le prisme de

²⁸ Par exemple art 9 *ibid*.

²⁹ Art. 12 *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, Onu, 8 décembre 1979

³⁰ Recommandation générale n°24, Les femmes et la santé, ONU, 2 février 1999, §9 et 11

³¹ *Ibid.* §14

³² *Ibid.*, §11

³³ *Ibid.*, §19

³⁴ CEDH, 27 juillet 2004, Slimani c. France, §28

³⁵ CEDH, 24 janvier 2008, Riad et Idiab c. Belgique, §98

³⁶ CEDH, 9 octobre 2007, Saoud c. France, §98

l'équité et non d'un égal accès aux soins. Pour vérifier le caractère équitable, la base d'origine va être les besoins de santé.

De manière particulière, si le traitement approprié ne pouvait être administré dans le pays dans lequel est expulsé l'étranger, il y a violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme c'est-à-dire que la personne se retrouve dans des conditions de vie contraire à la dignité humaine³⁷. Dans ce cas, deux conditions doivent être remplies pour reconnaître la violation de l'article 3. En premier lieu, il doit y avoir des motifs sérieux de croire que l'étranger court un risque réel de traitement contraire à l'article 3 dans le pays de destination³⁸. Ensuite, le traitement doit atteindre un minimum de gravité pour tomber sous le coup de l'article 3³⁹. Ainsi, par exemple, il y a violation lorsqu'il est en jeu des considérations humanitaires impérieuses⁴⁰. Mais, la difficulté matérielle d'accéder à un traitement médical adéquat dans le pays d'origine n'est pas en soit suffisant pour caractériser une violation de l'article 3 de la Convention⁴¹. Il en est de même lorsqu'il s'agit d'une simple détérioration des conditions de vie⁴². Un cas récent a permis d'apprécier ces conditions vis-à-vis du risque de ré-excision dans le pays dans lequel la demanderesse d'asile est originaire. La Cour rend irrecevable la demande en ce qu'il n'y avait pas d'éléments déterminants qui pourraient indiquer que le risque de ré-excision soit sérieux⁴³. Cependant, dans cette même affaire, le comité contre la torture, dans une décision du 20 novembre 2015, avait conclu à la violation du même droit fondamental⁴⁴. La Cour européenne laisse une marge d'appréciation des Etats pour leur politique migratoire et ce même si la question des traitements inhumains et dégradant est en jeu⁴⁵. Mais, c'est bien le manque de preuve qui va justifier la difficulté d'appréciation du caractère sérieux du risque d'excision ou de ré-excision⁴⁶.

Cependant, cela n'implique pas une obligation de fournir des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur le territoire d'un Etat⁴⁷.

Au niveau de l'Union Européenne (UE), il est mis en exergue « la nécessité de maintenir et d'améliorer l'accès universel aux systèmes de santé et à des soins abordables. »⁴⁸ Pour cela, l'UE voit dans l'abolition matérielle des frontières un facteur favorisant l'accès aux soins. Il faut cependant tempérer cette notion du fait qu'il s'agit de l'abolition des frontières au sein de l'UE et non au-delà. De plus, c'est le citoyen communautaire qui bénéficie de la plénitude de cet accès universel aux soins⁴⁹. Mais, le Parlement européen incite les Etats à porter une attention particulière aux populations vulnérables dont les migrants pour une prise en charge adaptée⁵⁰. De plus, il est insisté sur les

³⁷ CEDH, 2 mai 1997, D. c. Royaume-Uni, JCPG, 1998, I, 107n°10, chron. F. Sudre

³⁸ CEDH, 15 novembre 1969, X. c. République Fédérale Allemande, Rec. Dec. 31, 107

³⁹ Voir notamment, CEDH, 7 juillet 1989, Soering c. Royaume-Uni

⁴⁰ CEDH, 6 février 2001, Bensaid c. Royaume-Uni, §40, JCPG, 2001, I, 342, n°6, obs. F. Sudre.

⁴¹ CEDH, 27 mai 2008, N. c. Royaume-Uni, Gr. Ch., §42, à 44, RTDH 2009, 261, F. Julien-Laferrrière

⁴² CEDH, 29 janvier 2013, S.H.H. c. Royaume-Uni, JCPG 2013, doct. 855, F. Sudre

⁴³ CEDH, 2^{ème} section, 19 janvier 2016, aff. N°27081/13, Sow c. Belgique

⁴⁴ FORTIER (Vincente), « Les demandes d'asile liées aux mutilations génitales féminines : l'évaluation du risque d'excision », *RDS*, n° 73, 2016, p. 739-743.

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ *Op cit.*

⁴⁸ Point 2 résolution du Parlement Européen A7-0032/2011 du 8 mars 2011 sur la réduction des inégalités de santé au niveau de l'Union Européenne

⁴⁹ GAUBERT (Julia), « Résolution du Parlement européen A7-0032/2011 du 8 mars 2011 sur la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne », *RDS*, n° 41, 2011, p. 323-325.

⁵⁰ *Ibid.*

femmes migrantes qui forment un groupe plus vulnérable au sein de la population migrante⁵¹ et ce afin de prévenir et d'interdire toute forme de mutilation⁵². C'est pourquoi, au niveau de l'UE, il est recommandé de prendre toutes les mesures et d'adhérer à tous les instruments internationaux de lutte contre les mutilations génitales féminines⁵³.

Cependant, l'UE favorise activement la lutte contre l'immigration clandestine. Une des conséquences est la limitation de l'accès aux soins. En effet, seuls les soins urgents sont possibles pour eux et va se poser la question de l'état de santé minimal pour le migrant clandestin⁵⁴. Une large marge d'appréciation est laissée aux états dans la gestion des sans papiers qu'ils soient réfugiés ou non et ce malgré les instruments internationaux⁵⁵. Cependant, l'UE prend conscience petit à petit du rôle majeur qu'elle doit exercer en matière de migration pour répondre de manière coordonnée et organisée à l'afflux de migrants⁵⁶. Mais, la réticence de certains Etats comme nous avons pu le voir avec le problème de l'accueil du navire Aquarius pose la question de la véritable mainmise de l'UE sur les questions migratoires et notamment d'accès aux soins⁵⁷.

L'UE et la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme prévoient le cadre général mais ce sont les Etats membres qui sont les principaux législateurs en matière de migration et d'accès aux soins pour les migrants. Le cas français est assez symptomatique de l'étendue des possibilités offertes aux Etats membres.

B] La femme migrante en France

En France, le migrant, quel que soit son sexe dispose d'une égalité de traitement en matière de droits de l'homme et de libertés fondamentales lorsqu'il réside de manière régulière et stable sur le sol français⁵⁸. Cela implique aussi les mêmes droits prévus légalement que les nationaux⁵⁹. De ce fait il a le droit à la protection sociale donc à la protection de la santé et à l'accès aux soins sous condition de domiciliation régulière et stable sur le sol français.

Cependant, le migrant « irrégulier » n'est pas sans droit. En effet, il a droit à avoir accès aux soins nécessaires⁶⁰. Cependant, dans le cas d'une mesure de reconduite à la

⁵¹ *Ibid.*

⁵² Point 27 *op cit.*

⁵³ FIORE (Mara), « La protection juridique multiniveau des droits humains en Europe dans le cas de mutilations génitales féminines », *RDS*, n° 60, 2014, p. 1357-1369.

⁵⁴ AEBERHARD (Patrick), BINCZAK (Pascal), BORDIN (Dominique), BRÉCHAT (Pierre-Henri), CARBALLO (Manuel), CHA (Olivier), HACHIMI ALAOUI (Myriam), JEDIDI (Sonia), LEBAS (Jacques), LOCHAK (Danièle), PEUGEOT (Patrick), SIMONNOT (Nathalie), TABUTEAU (Didier-Roland), VEÏSSE (Arnaud), WIHTOL DE WENDEN (Catherine), *L'accès aux soins des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires : pour un droit universel aux soins*, Bordeaux, LEH Édition, 2011 (v. numérique 2013), Actes et séminaires.

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Voir notamment le lien suivant dans lequel l'UE décrit ses missions et ce qu'elle prévoit en termes d'organisation et de coopération <http://publications.europa.eu/webpub/com/factsheets/migration-crisis/fr/> (consulté le 23 septembre 2018)

⁵⁷ Voir notamment le fil d'actualité complet réalisé par l'hebdomadaire l'express https://www.lexpress.fr/actualite/monde/europe/la-crise-de-l-aquarius_2016425.html (consulté le 29 septembre 2018)

⁵⁸ *Décret n°1993-325 DC*, 13 août 1993 relative à la loi concernant les conditions d'entrée, d'accueil et de séjour en France, GDCC, p.825

⁵⁹ Article 11 *Code civil français*

⁶⁰ Article L.121-1 2° *Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile français*

frontière, cette dernière ne peut être pas annulée pour raison de santé selon deux conditions⁶¹. Premièrement, il doit y avoir de la disponibilité sur place d'un traitement approprié⁶². Deuxièmement, l'accès de l'intéressé au traitement doit être effectif⁶³. Sur ce point de l'effectivité, a été mis en place pour l'étranger résidant habituellement sur le territoire français une carte de séjour temporaire pour raison de santé⁶⁴. Cependant, celle-ci n'est pas automatique et c'est à la personne de prouver, au moyen de certificats médicaux notamment du problème d'effectivité d'accès aux soins dans le pays d'origine⁶⁵.

L'accès aux soins, en France, pose la question de l'accès aux prestations sociales comme la couverture maladie universelle ou l'aide médicale d'Etat. Cependant, l'accès à ces prestations est soumis, pour l'étranger, à une condition de domiciliation régulière sur le territoire français. De plus, des restrictions ont été apportées s'agissant de l'accès à l'aide médicale d'Etat⁶⁶. Ces conditions sont relatives à l'identité, la domiciliation et la perception de revenu de travail durant au moins trois mois⁶⁷. Ces restrictions ont pour effet de réduire l'effectivité de l'accès aux soins des sans papiers notamment⁶⁸. Comme nous l'avons vu, pour cette catégorie de migrants, seuls les soins urgents sont garantis et accessibles.

Le volet santé va permettre à la femme migrante d'être protégée au regard du droit international et français. En effet, s'agissant des mesures d'éloignement, la migrante n'a pas obligation de quitter le territoire dans le cas où elle a besoin d'une prise en charge médicale qui sans celle-ci aurait des conséquences d'une exceptionnelle gravité. C'est le cas lorsqu'elle ne peut pas bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans le pays de retour⁶⁹. Il en est de même dans le cas d'une expulsion⁷⁰. Par exemple, lorsqu'il existe pour un enfant ou une adolescente née en France mais de parents étrangers qui encourent le risque de se voir pratiquer une excision dans le pays dont elle a la nationalité, dans ce cas, elle a le droit à la protection de la Convention de Genève de 1951 relative aux réfugiés. Mais ce droit ne vaut que pour la mineure⁷¹. C'est l'enfant qui devient réfugié du fait du risque pour sa santé.

Mais, en France, la question de la femme migrante commence à faire son chemin avec la question de la migration et des réfugiés. En effet, le CCNE s'est intéressé à la question mais son avis 127 manque de précisions en évoquant la solidarité, l'hospitalité ou encore la

⁶¹ Voir art. L.511-4 10° *Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile français*

⁶² Voir notamment CE, 2 avril 2004,, req. n° 258482

⁶³ Voir notamment, CE, 7 avril 2010, n°301640, *Ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire*.

⁶⁴ Art L.311-11 11° résultant de *la loi n°2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité*.

⁶⁵ Par exemple, voir et ce même si c'est antérieur CAA Nancy, 7 janvier 2008, req. n°07NC00720 et voir BENILLOUCHE (Mikaël), « La carte temporaire de séjour pour raisons de santé ou les limites de la démocratie sanitaire », *RDS*, n° 45, 2012, p. 123-129.

⁶⁶ AEBERHARD (Patrick), BINCZAK (Pascal), BORDIN (Dominique), BRÉCHAT (Pierre-Henri), CARBALLO (Manuel), CHA (Olivier), HACHIMI ALAOUI (Myriam), JEDIDI (Sonia), LEBAS (Jacques), LOCHAK (Danièle), PEUGEOT (Patrick), SIMONNOT (Nathalie), TABUTEAU (Didier-Roland), VEÏSSE (Arnaud), WIHTOL DE WENDEN (Catherine), *L'accès aux soins des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires : pour un droit universel aux soins*, Bordeaux, LEH Édition, 2011 (v. numérique 2013), Actes et séminaires.

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ Art L.511-4 10° *Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile français*

⁷⁰ Article L.521-3 5° *Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile français*

⁷¹ CE, ass, 21 février 2012, *Mme Fofana*, req.n°332491, AJDA 2013 P.465

fraternité et ce même si le Comité soulève le problème de la lourdeur d'accès à l'Aide Médicale d'Etat qui est une condition d'accès aux soins pour l'étranger⁷².

Cependant, la dernière loi asile et immigration française⁷³ laisse penser qu'il est mis en place plus de restriction de par la lourdeur des conditions d'entrée, y compris en étant réfugié. Mais, au niveau du soins, l'accent est mis sur la prévention notamment psychologique⁷⁴. Cela se retrouve au niveau des textes étatiques à destination des administrations. On notera, à cet effet, la récente instruction relative à la mise en place de parcours de santé des migrants primo-arrivant.⁷⁵ La logique est à la prévention dès l'arrivée du migrant. Cependant, peu de cas sont faits pour les besoins de santé du migrant dès qu'il est arrivé sur le territoire et durant la durée de son séjour et ce qu'il s'agisse de migrant régulier ou irrégulier pour reprendre la topologie employée par nos élus. C'est notamment le cas, par exemple, en matière de santé mentale⁷⁶. Les lacunes sont persistantes dans la question de l'accès aux soins des migrants en France. Cependant, on notera qu'aucune spécificité n'est accordées aux femmes. La logique égalitariste entre tous les migrants prime sur les besoins spécifiques en santé nécessaires aux femmes. C'est là où le bas blesse. En effet, quid des questions d'accès aux soins pour une femme notamment pour les soins gynécologiques ou les soins durant la grossesse. On notera que ces cas ci, en France, sont souvent géré par les Organisations non gouvernementales, qui manquant de moyens effectuent des accouchements dans des caravanes comme cela à été le cas à proximité de Calais⁷⁷.

Le droit à l'accès aux soins est un droit fondamental impliquant une action de l'Etat comme n'importe quel droit-créance. Pour la Femme, il va impliquer une attention particulière des les actions et les stratégies d'accès aux soins organisées par l'Etat. De plus, la condition de migrant, impliquant certes une restriction de cet accès n'empêche pas l'Etat de prévoir des parcours de soins spécifiques pour eux. Mais, dans les faits, l'effectivité de cet accès aux soins aux femmes migrantes. Le dernier rapport du Centre Primo-Lévi en collaboration avec Médecins du monde met en exergue ces problématiques. En effet, la femme migrante, au niveau de la santé mentale, en faisant l'objet d'un commerce du fait de son corps mais aussi à cause de la vulnérabilité que crée la situation de migration, fait l'objet d'une inclusion systématique avec son homologue masculin⁷⁸. En effet, force est de constater que la situation spécifique de la femme migrante n'est pas prise en compte dans sa spécificité. Elle est même l'objet de préjugé notamment en matière de grossesse pour les migrantes clandestines où la femme n'est que la porteuse d'un immigré clandestin de par son statut de

⁷² ROQUE (Léo), « Avis 127 du CCNE sur la santé des migrants : la divine comédie, premier acte », *RDS*, n° 81, 2018, p. 105-107.

⁷³ *Loi française n° 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie*

⁷⁴ Article 47 *Loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie*

⁷⁵ Instruction n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants, NOR : SSAP1816090J

⁷⁶ GIRIN (Vincent), ROQUE (Léo), « La santé psychique des exilés, une catastrophe en devenir », *RDS*, n° 85, 2018, p. 838-840.

⁷⁷ Pour plus de détails voir cet article en ligne : <https://www.pourquoidoctor.fr/Articles/Question-d-actu/14522-Calais-ces-refugiees-enceintes-qui-tentent-de-rejoindre-l-Angleterre> (consulté le 04 septembre 2018)

⁷⁸ Rapport du centre primo lévi du 19 juin 2018 et voir plus loin GIRIN (Vincent), ROQUE (Léo), « La santé psychique des exilés, une catastrophe en devenir », *RDS*, n° 85, 2018, p. 838-840.

clandestine⁷⁹. Il est important que tant les acteurs étatiques qu'européens au niveau de l'UE prennent en compte la vulnérabilité de la femme migrante dans les questions d'accès aux soins. Nous terminerons sur ces mots : « Une lutte politique qui ne place pas les femmes au cœur de celle-ci, au-dessus, au-dessous et à l'intérieur, n'en est pas une. »⁸⁰

⁷⁹ GIRIN (Vincent), « Expulsés dès la naissance : la question d'un statut extraterritorial de la maternité de Mayotte », *RDS*, n° 83, 2018, p. 342.

⁸⁰ Arundhati Roy, auteure indienne