

Les soins de santé périnatale et maternelle face aux frontières

Les politiques migratoires européennes deviennent de plus en plus répressives depuis les années 1990 avec la militarisation croissante des frontières extérieures. Les deux dernières décennies voient en outre, avec une montée progressive des formations politiques d'extrême droite en toile de fond, une forte politisation de la question de l'accès aux soins des personnes en situation de migration, notamment celles qui se retrouvent en situation administrative irrégulière¹. Si les femmes enceintes ont en principe accès aux soins quelle que soit leur situation administrative dans plusieurs pays européens, l'instauration de véritables « environnements hostiles » à l'aune de restrictions croissantes complique cet accès aux soins. Au Royaume-Uni, Theresa May, alors à la tête du Home Office (équivalent du ministère de l'Intérieur), donne en 2012 un nom à ces évolutions en faisant de la notion d'environnement hostile un slogan politique et en déployant une série de mesures qui mettent à mal l'indépendance des soins, à travers, par exemple, le partage des données personnelles des patients des hôpitaux publics (National Health Service, NHS) avec le Home Office à des fins de contrôle migratoire. À travers différents contextes européens, les pratiques de facturation de ces soins, d'arrestations aux abords des espaces de soins, et parfois de mobilisation de manière ambiguë des professionnels de santé dans les procédures relatives aux éloignements forcés, participent d'une érosion des conditions de prise en charge des femmes enceintes.

Aux frontières européennes, les incursions d'un contrôle migratoire virulent à l'encontre des femmes enceintes irrégularisées

Emblématique de la militarisation des frontières européennes, la ville espagnole de Ceuta située au nord du Maroc connaît des pratiques qui découragent l'accès aux soins des femmes d'origine marocaine installées dans certains quartiers de l'enclave. Si elles se trouvent en situation administrative irrégulière, ces femmes sont continuellement suspectées de ne pas résider dans la ville, bien qu'elles soient parfois installées depuis plusieurs décennies. Or l'administration hospitalière partage les données des patientes avec la police dans le cadre d'une collaboration mêlant un objectif de recouvrement des factures à des fins de contrôle migratoire. Le sec-

teur de la santé et tout particulièrement les soins de périnatalité et de maternité se trouvent ainsi enrôlés dans une gestion répressive de la frontière qui nuit à l'accès aux soins des femmes enceintes. À une autre frontière, à Mayotte, île postcoloniale devenue département français en 2011, les femmes comoriennes arrêtées en mer par la police aux frontières sont amenées auprès d'une sage-femme, si elles sont enceintes, pour une brève consultation qui sert à déterminer si leur état de santé est compatible avec la rétention administrative. Du fait d'un régime migratoire dérogatoire, les éloignements forcés depuis Mayotte vers les Comores sont réalisés dans les heures qui suivent l'arrestation, ce qui ne permet pas (ou très rarement) aux personnes arrêtées de contester juridiquement leur placement en rétention. Dans ce contexte, l'implication des sages-femmes dans ces processus les amène à jouer un rôle déterminant dans l'éloignement à travers des consultations réalisées avec des policiers qui attendent à la porte de la consultation, des conditions mettant potentiellement à mal la réalisation des soins de manière indépendante².

En région parisienne, des femmes enceintes et des nouveau-nés à la rue

Cette répression concerne également « les frontières internes » qui maintiennent des pratiques d'exclusion fondées sur le statut migratoire à travers le territoire. La dégradation des conditions matérielles d'accueil en région parisienne après les arrivées de 2015 est constatée par de nombreuses associations présentes sur le terrain³. Le manque de moyens est tel que même les publics considérés comme les plus vulnérables comme les femmes enceintes ou les enfants en bas âge se retrouvent à vivre plusieurs semaines, voire plusieurs mois, à la rue⁴. Dans ce contexte la continuité des soins est loin d'être assurée et ces conditions de vie affectent la santé mentale des femmes dont le parcours migratoire a déjà été fréquemment source de plusieurs traumatismes jusque-là. Les professionnelles de santé sont alors souvent celles qui tentent de joindre le 115 ou permettent à une femme enceinte de passer la nuit dans une salle d'attente. Ces engagements individuels peinent néanmoins à pallier les formes structurelles de marginalisation et de destitution que les régimes de migration et d'asile produisent.

Alors que la mortalité maternelle des femmes migrantes est plus élevée que celle des femmes nées en France, il est urgent de créer les conditions d'un réel respect du droit des femmes enceintes à l'accès aux soins, avec des politiques qui ne laissent plus les femmes et les enfants à la rue. Les professionnels de santé méritent également des conditions d'exercice protégées des incursions du contrôle migratoire, en respect des codes déontologiques de leurs professions. ▶

¹ Pour un ouvrage collectif et différents cas d'études sur le continent européen, voir : Sahraoui, N. (Ed.). (2020). *Borders Across Healthcare: Moral Economies of Healthcare and Migration in Europe*. Berghahn Books.

² Pour plus d'informations sur ces deux cas d'études réalisés dans le cadre du projet E. U. Border Care : Sahraoui, N. (2022). Des dispositions bureaucratiques humanitaires au service d'un gouvernement néropolitique des non-citoyens : un paradoxe libéral ? *Raisons politiques*, 86(2), 93-112.

³ Cette recherche réalisée avec Jane Freedman et Elsa Tyszler est abordée plus en détail dans l'article suivant : Freedman, J., Sahraoui, N. et Tyszler, E. (2025). The racialized sexism of migration and asylum regimes pregnancy, migration, and borders in France. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*.

⁴ Le Monde. (2022). *En France, le nombre de femmes sans papiers enceintes ou avec enfants en bas âge à la rue ne cesse de croître* [tribune]. Le Monde.

À VOIR...

Bremer, U. (2023). *Mères migrantes : des femmes médecins s'engagent* [film documentaire]. Arte regards.