

# **Problématiques liées à l'accès aux soins de santé procréative par les femmes relevant du domaine de l'asile en Suisse**

Anne-Laurence Graf

Anne-Laurence Graf (France/Suisse) est collaboratrice scientifique auprès du domaine migration du Centre suisse de compétence pour les droits humains (CSDH). A ce titre, elle effectue des recherches portant sur les droits fondamentaux au travail, notamment sur l'accès des personnes issues du domaine de l'asile au marché du travail et sur la traite des êtres humains à des fins d'exploitation du travail. Elle est, par ailleurs, engagée comme post-doctorante à l'Université de Neuchâtel sur un projet du Fonds national scientifique (FNS) qui porte sur le dialogue entre le Tribunal fédéral et le pouvoir politique. Auparavant, elle a travaillé pour le Secrétariat d'Etat aux migrations, la Cour européenne des droits de l'homme, la faculté de droit de l'Université de Genève et l'Académie de Genève pour le droit international humanitaire et les droits humains.

\*\*\*

## *1. Introduction*

Une requérante d'asile en Suisse est-elle dans la même situation qu'une Suissesse par rapport au suivi de grossesse, à l'accouchement, au suivi *post-partum* et à l'accès aux moyens de contraception ? En théorie, elle bénéficie des mêmes prestations qu'une Suissesse. En pratique, des barrières linguistiques, culturelles et financières se dressent sur le chemin d'accès des femmes relevant du domaine de l'asile aux soins de santé dite « procréative ». Après avoir défini les termes pertinents (2), cette brève contribution décrit le contenu normatif du droit à la santé procréative, à l'égard des femmes issues du domaine de l'asile en particulier (3), ainsi que la situation juridique et la pratique actuelle en Suisse (4). En conclusion, quelques réflexions sont formulées en vue d'une pleine réalisation du droit à la santé procréative en Suisse (5).

## *2. Définitions*

Selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, « la santé procréative (...) concerne la capacité de procréer et la liberté d'effectuer des décisions éclairées, libres et responsables. Elle recouvre aussi l'accès à un ensemble d'informations, de biens, de ressources et de services de santé procréative, pour permettre aux individus de prendre des

décisions éclairées, libres et responsables sur leur comportement en matière de procréation »<sup>1</sup>. Ainsi, la santé procréative concerne notamment le suivi périnatal (le suivi de la grossesse, l'accouchement et le suivi *post-partum*) ainsi que la contraception des femmes, tant du point de vue des soins que de l'information et des infrastructures.

Par l'expression « femmes issues du domaine de l'asile », on entend dans le contexte de cet article les femmes, se trouvant sur le territoire suisse, qui sont actuellement engagées dans une procédure d'asile (requérantes d'asile), ou qui, à l'issue de la procédure d'asile, ont obtenu un droit de rester en Suisse (réfugiées et admises provisoirement) ou, au contraire, ont été déboutées de leur demande.

### *3. Contenu normatif du droit à la santé procréative et obligations de l'Etat, à l'égard en particulier des femmes relevant du domaine de l'asile*

Le droit à la santé procréative est une composante importante, avec le droit à la santé sexuelle, du droit à la santé, lequel est garanti par plusieurs traités des Nations Unies et du Conseil de l'Europe en matière de droits humains<sup>2</sup>. Certains aspects du droit à la santé procréative sont, par ailleurs, consacrés de manière spécifique par certaines de ces conventions<sup>3</sup>. Le droit à la santé procréative, tel que consacré par ces différents instruments juridiques, implique que des services de santé procréative soient disponibles, accessibles, acceptables<sup>4</sup> et adéquates<sup>5</sup> sur le territoire de l'Etat.

S'agissant de l'accessibilité aux services de santé procréative, l'observation générale n°14 du Comité des DESC, portant sur le droit à la santé, précise que l'accessibilité recouvre

---

<sup>1</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels (Comité DESC), Observation générale n°22 sur le droit à la santé sexuelle et procréative (OG 22), 1<sup>er</sup> mai 2016, § 6.

<sup>2</sup> Article 12, al. 1, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Pacte I) ; article 12, al. 1, Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ; article 25, Convention sur les droits des personnes handicapées ; article 11, Charte sociale européenne révisée.

<sup>3</sup> Par exemple : article 12, al. 2, Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ; article 24, § 2, lit. d, Convention relative aux droits de l'enfant ; article 23, § 1, lit. b, Convention relative aux droits des personnes handicapées.

<sup>4</sup> « L'ensemble des ressources, des produits, de l'information et des services de santé sexuelle et procréative doivent être respectueux de la culture des individus (...) », Comité DESC, Observation générale n°14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (OG 14), 11 août 2000, § 20.

<sup>5</sup> « Les ressources, les biens, l'information et les services de santé sexuelle et procréative doivent être de qualité satisfaisante : autrement dit, ils doivent être factuels et scientifiquement et médicalement appropriés, et d'actualité », Comité DESC, OG 22, § 21.

l'accessibilité physique, l'accessibilité économique et l'accessibilité de l'information<sup>6</sup>.

S'agissant de l'accessibilité économique des services de santé procréative, le Comité des DESC s'exprime ainsi :

« Les services de santé sexuelle et procréative d'origine publique ou privée doivent être abordables pour tous. Les biens et les services essentiels, y compris ceux qui sont liés aux déterminants fondamentaux de la santé sexuelle et procréative, doivent être dispensés gratuitement ou d'après le principe de l'égalité de sorte que les dépenses de santé ne constituent pas pour les individus et les familles une charge excessive. Les personnes démunies doivent bénéficier de l'aide nécessaire pour couvrir les coûts de l'assurance santé et l'accès aux établissements de santé qui fournissent l'information, les biens et les services de santé sexuelle et procréative »<sup>7</sup>.

A ce sujet, les différentes conventions consacrant le droit à la santé procréative étant applicables à toute personne relevant de la juridiction de l'Etat, sans discrimination possible basée notamment sur la nationalité, l'origine ou le statut de séjour, le droit à la santé procréative doit non seulement être *respecté*, dans le sens où l'Etat ne doit pas entraver de quelque manière que ce soit l'accès des femmes étrangères, notamment issues du domaine de l'asile, aux différentes prestations en matière de santé procréative<sup>8</sup>, mais il doit aussi être *protégé*<sup>9</sup> et *mis en œuvre*<sup>10</sup> de manière à ce *toutes les femmes* puissent, de manière effective, accéder à ces prestations, quel que soit leur statut de séjour sur le territoire de l'Etat.

---

<sup>6</sup> Comité DESC, OG 14, § 15.

<sup>7</sup> Comité DESC, OG 22, § 17.

<sup>8</sup> « Des lois, des politiques et des programmes, notamment des mesures spéciales temporaires, sont indispensables pour empêcher la discrimination, la stigmatisation et les stéréotypes négatifs qui entravent l'accès à la santé sexuelle et procréative et y mettre fin. Les détenus, **les réfugiés**, les apatrides, **les demandeurs d'asile** et les migrants sans papiers, étant donné la vulnérabilité supplémentaire à laquelle les expose leur situation de détention ou leur statut juridique, sont aussi des groupes qui présentent des besoins spéciaux, et l'État doit prendre des dispositions particulières pour leur garantir l'accès à l'information, aux produits et aux soins de santé sexuelle et procréative. Les États doivent faire en sorte que nul ne puisse faire l'objet de harcèlement pour avoir exercé son droit à la santé sexuelle et procréative. L'élimination de la discrimination systémique passe souvent, en outre, par l'allocation de ressources accrues aux groupes qui sont habituellement laissés pour compte, et des mesures pour veiller à ce que les lois et les politiques antidiscriminatoires soient observées en pratique par les fonctionnaires et les divers acteurs », Comité DESC, OG 22, § 31 (mis en gras par nous) ; « un État viole l'obligation de respecter quand il ne prend pas des mesures résolues pour supprimer les obstacles juridiques, procéduraux, pratiques et sociaux à l'exercice du droit à la santé sexuelle et procréative et pour faire en sorte que les prestataires de santé traitent tous les individus qui demandent des soins de cette nature avec respect et sans discrimination. Il violerait aussi cette obligation en ne prenant pas des mesures pour que chaque individu ait accès à une information exacte et à jour sur la santé sexuelle et procréative, dans les langues et sous les formes appropriées », Comité DESC, OG 22, § 63.

<sup>9</sup> « Les États doivent exercer une supervision et une réglementation efficaces de certains secteurs, dont les prestataires de santé privés, les compagnies d'assurance maladie, les établissements d'enseignement et de garde d'enfants, les établissements de soins, **les camps de réfugiés**, les prisons et les autres centres de détention, pour veiller à ce qu'ils ne portent pas atteinte au droit des individus à la santé sexuelle et procréative. Les États ont l'obligation de veiller à ce que les compagnies privées d'assurance maladie ne refusent pas de couvrir les services de santé sexuelle et procréative », Comité DESC, OG 22, § 60 (mis en gras par nous).

<sup>10</sup> « L'obligation de réaliser le droit à la santé sexuelle et procréative impose aux États d'adopter les mesures législatives, administratives, budgétaires et judiciaires, et les mesures d'information et autres qui s'imposent

L'expression « de manière effective » implique que des mesures positives soient mises en place par l'Etat afin d'assurer, en pratique, cet accès. Une simple obligation de « *due diligence* » ne suffit pas, selon une idée similairement exprimée en droit des réfugiés<sup>11</sup> : l'Etat ne peut pas se contenter d'afficher sa volonté d'assurer l'accès aux services de santé procréative à toutes les femmes, quelque que soit leur statut de séjour sur le territoire. Il doit aussi prendre des mesures concrètes dans ce sens en faisant usage de toutes ses ressources disponibles. En tout état de cause, certaines obligations fondamentales, qui font partie du noyau dur du droit à la santé procréative, doivent être garanties de manière immédiate, à savoir : « garantir un accès universel et équitable à des services, des biens et des ressources de santé sexuelle et procréative abordables, acceptables et de qualité, en particulier pour les femmes et les groupes défavorisés et marginalisés »<sup>12</sup>.

Le langage pose un souci en termes d'accès à la santé procréative, dès lors que la femme ne maîtrise pas, ou pas entièrement, la langue parlée par le personnel la renseignant ou la soignant, s'agissant en particulier d'une ingérence dans l'intégrité physique en cas d'acte médical<sup>13</sup>. Or, la majorité des femmes issues du domaine de l'asile ne maîtrisent pas, du moins dans les mois suivant leur arrivée en Suisse, la langue locale. Les pratiques culturelles<sup>14</sup> différentes de ces femmes peuvent également constituer un obstacle à leur prise en charge en matière de santé procréative, ainsi que les ressources économiques limitées dont elles disposent. Pourtant, il ressort des développements qui précèdent que la *pleine réalisation* du droit à la santé procréative suppose que les femmes issues du domaine de l'asile puissent

---

pour garantir la pleine réalisation du droit à la santé sexuelle et procréative. Les États doivent viser à garantir un accès universel sans discrimination pour tous les individus, dont les membres de groupes marginalisés et défavorisés, à une gamme complète de services de santé sexuelle et procréative de qualité, dont les soins de santé maternelle ; l'information et les services en matière de contraception ; les services d'avortement médicalisé ; et la prévention, le diagnostic et le traitement de l'infertilité, des cancers liés à la procréation (...) », Comité DESC, OG 22, § 45 ; « L'obligation de réaliser impose aussi aux États de prendre des mesures pour supprimer les obstacles pratiques à la pleine réalisation du droit à la santé sexuelle et procréative, notamment les coûts disproportionnés et l'absence d'accès physique ou géographique aux soins de santé dans ce domaine. Les États doivent veiller à ce que les prestataires de santé aient la formation voulue pour assurer des services respectueux et de qualité en matière de santé sexuelle et procréative, et à ce que ces prestataires soient répartis équitablement sur l'ensemble du territoire », *ibid.*, § 46.

<sup>11</sup> James Hathaway et Michelle Foster, *The Law of Refugee Status*, Cambridge, 2014, p. 309 s.

<sup>12</sup> Comité DESC, OG 22, § 39, lit. c.

<sup>13</sup> Sur ce point, voir la Recommandation générale n°24 sur les femmes et la santé, adoptée par le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, en 1999, § 20 et § 22 ; Alecs Recher, *Sexuelle und reproduktive Gesundheit und diesbezügliche Rechte. Eine Bestandesaufnahme zum Recht der UNO, des Europarates und der Schweiz*, Bern, 2017, p. 96.

<sup>14</sup> Ariane Ayer et Muriel Gilbert, *Droits du patient migrant : quelles sont les bases légales de la consultation médicale en présence d'un interprète?*, décembre 2004, pp. 8-10 et p. 27 s.

bénéficiaire, gratuitement, de traductions et d'interprétariat afin d'accéder pleinement à l'information et aux services en matière de santé<sup>15</sup> procréative, ainsi que d'un accompagnement par un personnel de santé féminin.

#### 4. *Situation juridique et pratique actuelle en Suisse*

En Suisse, s'agissant par exemple du suivi de grossesse, chaque personne présente légalement sur le territoire a le droit, en vertu de la loi fédérale sur les centres de consultation en matière de grossesse, à des consultations gratuites dans des centres de consultation cantonaux<sup>16</sup>. Ainsi, bien que la situation soit jugée globalement satisfaisante en matière de santé procréative dans le contexte helvétique, le Comité pour l'élimination des discriminations à l'égard des femmes s'est déclaré préoccupé, dans le cadre de son rapport sur la situation en Suisse (2016), par « les obstacles linguistiques et le manque de prise de conscience qui empêchent les femmes migrantes d'accéder aux services de soins de santé, notamment les services de santé procréative »<sup>17</sup>. Par ailleurs, dans le cadre de leur rapport conjoint soumis en vue de l'examen périodique universel de la Suisse en novembre 2017, *Santé sexuelle Suisse* et *Sexual Rights Initiative* ont mis en exergue le fait que les frais d'interprètes dans le cadre des soins de santé procréative n'étaient pas pris financièrement en charge par l'assurance maladie, de même d'ailleurs que les moyens de contraception. Dès lors, l'organisation note que des obstacles linguistiques et financiers demeurent dans la prise en charge des personnes issues de la migration<sup>18</sup>.

Effectivement, la législation suisse actuelle ne prévoit pas, par le biais notamment de la loi sur l'assurance maladie (LAMal)<sup>19</sup>, de prise en charge financière de l'interprétariat en cas de soins périnataux, même essentiels, d'une personne ne maîtrisant pas la langue locale, de même que des moyens de contraception. En pratique, l'interprétariat est assuré dans les

---

<sup>15</sup> Alberto Achermann et Jörg Künzli, Übersetzen im Gesundheitsbereich, in : Jusletter 6 avril 2009, § 13.

<sup>16</sup> RS 857.5.

<sup>17</sup> Observations finales sur le rapport unique tenant lieu des quatrième et cinquième rapports périodiques de la Suisse, adoptées par le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, le 2 novembre 2016, § 38, lit. a.

<sup>18</sup> Santé sexuelle Suisse et Sexual Rights Initiative, Joint submission, Universal Periodic Review of Switzerland, 6-17 November 2017, §§ 28-29, accessible à cette adresse : [https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2017/03/UPR\\_SWITZERLAND-FINAL.pdf](https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2017/03/UPR_SWITZERLAND-FINAL.pdf) (visité le 1.12.2018).

<sup>19</sup> RS 821.10.

hôpitaux publics<sup>20</sup> et les grandes cliniques privées notamment pour les femmes relevant du domaine de l'asile<sup>21</sup>, mais n'est pas garanti dans les autres structures, s'agissant notamment du suivi individuel avant, pendant et après l'accouchement, par une sage-femme libérale.

Dans certains cantons, comme à Genève, le suivi post-partum des femmes allophones (relevant notamment du domaine de l'asile) peut bénéficier du soutien de l'interprétariat, par le biais d'une association de sages-femmes spécialisées dans la prise en charge des migrantes, grâce au soutien financier du Bureau pour l'intégration des étrangers (BIE). Cependant, le budget ne permet de faire appel aux services d'un(e) interprète que pour quelques séances et ne suffit pas pour le suivi en entier<sup>22</sup>. La situation est similaire s'agissant des moyens de contraception : selon une étude menée par l'organisation *Santé sexuelle Suisse* en 2016 auprès des cantons et du Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM), la prise en charge des moyens de contraception des requérantes d'asile dépend de la politique du canton<sup>23</sup>. Ainsi, certains cantons prennent directement en charge les frais de contraception des requérantes d'asile, d'autres participent seulement aux frais, d'autres prennent en charge des moyens de contraception bien précis (le stérilet par exemple), tandis que d'autres ne participent pas du tout aux frais de contraception des requérantes d'asile.

## 5. Conclusion

Afin que le droit à la santé procréative soit pleinement réalisé à l'égard des femmes relevant du domaine de l'asile, qui ne maîtrisent pas la langue locale, un interprétariat pendant les soins périnataux devrait être proposé et pris en charge, au même titre que les soins. De même, le plein accès, sans discrimination fondée notamment sur le statut de séjour, aux moyens de contraception devrait être garanti par une prise en charge financière. Actuellement, qu'il s'agisse de l'interprétariat ou de la contraception, le modèle de prise en charge est inégal entre les cantons, ce qui entraîne des problèmes au niveau national quant à l'accès des femmes relevant du domaine de l'asile à la santé procréative. Dès lors, une solution fédérale, plutôt que cantonale, par le biais de la LAMal serait la plus appropriée afin que la Suisse remplisse

---

<sup>20</sup> Par exemple : selon le site internet du Département mère-enfant, Centre universitaire hospitalier vaudois, <https://www.chuv.ch/fr/dfme/dfme-home/femme-mere/consultations/> (visité le 1.12.2018), il peut être fait appel à un interprète en cas de difficultés de la patiente à s'exprimer en français.

<sup>21</sup> Ayer et Gilbert, Droits du patient migrant, *op. cit.*, p. 13.

<sup>22</sup> Entretien, Arcades sages-femmes, Genève, 17.9.2018.

<sup>23</sup> Santé sexuelle Suisse, Rapport de l'enquête menée en 2016 auprès des cantons et du Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM), Berne/Lausanne, mai 2017, accessible à cette adresse : [https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2017/05/2017\\_Rapport\\_Requerants-Asile\\_Acces\\_Contraception.pdf](https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2017/05/2017_Rapport_Requerants-Asile_Acces_Contraception.pdf) (visité le 1.12.2018).

ses obligations internationales en matière de santé procréative, composante essentielle du droit à la santé.