



Présentation faite à l'Hôtel de Ville de Paris, le 8 mars 2016 dans le cadre de la table ronde : Santé, sexualité, droits et genre ici et là bas.

Quelques mots de présentation de L'ANCIC

L'Association Nationale des Centres d'Interruption volontaire de grossesse et de Contraception (ANCIC) a été fondée en 1979 à l'occasion du vote définitif de la loi sur l'avortement en France.

Elle rassemble des professionnels travaillant dans les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les Centres d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) et les Etablissements d'information de conseil conjugal et familial (EICCF) : des médecins, conseillères conjugales et familiales, infirmières, sages-femmes, psychologues et autres professionnels des centres ainsi que toute personne participant à la défense des droits des femmes, à la réflexion et aux recherches théoriques et pratiques concernant la sexualité, la maîtrise de la procréation et l'éducation sexuelle.

L'ANCIC s'attache par son travail associatif à faire évoluer les textes de loi régissant la contraception et l'avortement en France, et est particulièrement vigilante sur l'application de la loi sur tout le territoire. L'ANCIC développe le travail inter-associatif et participe à la formation continue des professionnels.

Malgré des avancées importantes, l'application des lois reste subordonnée aux volontés politiques (moyens) et locales (bonne volonté des acteurs locaux).

Une de nos préoccupations premières est de permettre à chaque femme de pouvoir demander une IVG et à chacun et chacune de choisir librement sa contraception. Mais au-delà du choix, nous restons très vigilants à ce que les femmes quel que soient leurs moyens et leurs origines puissent réellement et facilement accéder à la contraception et à l'IVG.

Dans un monde idéal, l'accès à ces soins devrait se faire sous plusieurs conditions :

- Pouvoir se poser la question du choix de la contraception et/ou de l'IVG (plusieurs méthodes)

- Pouvoir être comprise, comprendre les informations et exprimer son choix librement
- Être orientée vers une structure de santé répondant à ces questions, qui soit à proximité et facilement accessible
- Bénéficier d'un parcours de santé simple (démarches administratives, examens complémentaires, différents RDV, accès aux traitements)
- Bénéficier d'un tarif adapté à ses moyens, voire d'une prise en charge totale

Toutes ces étapes peuvent se révéler difficiles à surmonter. Encore davantage chez les femmes en grande précarité.

Qui sont les femmes migrantes ?

La définition du migrant est celle d'une personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais (temporairement, ou définitivement) en France. L'image traditionnelle du migrant a longtemps été celle d'un homme. Mais de fait les femmes sont aujourd'hui majoritaires parmi les immigrés (51% dès 2008) avec des taux variables selon les pays.. Sur les 200 000 personnes qui arrivent en France chaque année, un peu plus de la moitié est constituée de femmes !

Ainsi, on parle beaucoup des migrants arrivés suite aux conflits en Syrie ou ailleurs. Ces migrants étaient jusqu'il y a peu, sur le territoire français, essentiellement des hommes. Actuellement, des familles arrivent et donc des femmes, elles sont soit accueillies sur le territoire français suite aux accords avec l'Allemagne et donc prises en charge spécifiquement par l'état ; soit regroupées à Calais dans les camps de fortune.

En dehors de ce cas, des femmes migrantes originaires de tout pays arrivent en France, seules ou accompagnées en particulier en région parisienne : originaires d'Afrique, d'Asie, d'Amérique du Sud, d'Europe du Sud ou de l'Est ; isolées ou plus ou moins intégrées dans des communautés spécifiques (exemple des femmes chinoises, tibétaines, tamoules, égyptiennes, roms ou tchéchènes pour lesquelles la barrière de la langue est importante).

Les difficultés des femmes migrantes en matière de contraception et IVG

Une enquête de Médecins du Monde réalisée en 2009 aux CASO de St-Denis et Paris (Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation) montrait que chez les femmes en situation de précarité reçues, dont 95% étaient étrangères :

- 1/3 vivaient en logement précaire ou à la rue
- Seules 11,6% avaient des droits ouverts (AME Aide médicale d'Etat ou CMU couverture médicale universelle)
- Seules 23,5% déclaraient utiliser une contraception dont 32,8% des méthodes traditionnelles et 31% les préservatifs
- avaient pour 48% subi dans leur pays d'origine des violences physiques (contre 17% des femmes en France selon les enquêtes nationales) et 26% des violences sexuelles (contre 11% des femmes en France). Elles continuaient à être confrontées à des violences mais de façon comparable aux femmes en France.

Ces femmes sont donc plus vulnérables sur bien des points.

Petit rappel de la loi

- **Obligation d'orientation en cas de demande d'IVG pour tout médecin**
- **Terme légal:** jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée
- **Deux méthodes:**
 - *IVG instrumentale sous anesthésie générale ou locale en établissements de santé (Loi 2016: IVG sous AL possible dans les centres de santé. Conditions en cours de définition)*
 - *IVG médicamenteuse: jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée en ville, dans les Centres de santé et CPEF, jusqu'à 9 semaines en établissement de santé*

Les femmes migrantes qui arrivent dans nos services sont soit accompagnées par un mari parlant plus ou moins français donc au courant ou lui-même demandeur de l'IVG, ou par un ou une amie en cachette du compagnon, ou encore viennent seules après avoir été orientées par une association.

En reprenant chacune des conditions précédemment exposées influençant sur l'accès à la contraception et à l'IVG, on peut apprécier **les difficultés cumulées** pour une patiente d'origine étrangère, ne parlant pas la langue du pays et bien souvent sans couverture sociale :

1. Obstacles socioculturels dans la question du choix de la contraception et de l'IVG :

L'accès à l'information est fondamental pour dépasser les interdits culturels souvent en relation avec le pays d'origine. La question de l'indépendance des femmes et de leur liberté au sein du couple et de la famille est également primordiale dans ce choix. Enfin beaucoup de ces femmes ont été mal scolarisées dans leur pays d'origine ce qui rend parfois encore plus difficile leur accès à l'information.

2. La possibilité de s'exprimer et de comprendre, du fait de la barrière de la langue nécessite parfois la présence d'un interprète lors des prises de RDV ou des consultations médicales.

Cette présence très difficile à organiser est un problème majeur pour la prise en charge de ces patientes. En cas de besoin d'interprète dans un service hospitalier, la liste des personnels parlant différentes langues est disponible et ceux-ci peuvent parfois s'ils sont présents au moment voulu, se libérer de leur service. Sinon, l'appel d'interprète professionnel sur place ou par téléphone a un coût important, facturé en sus au service demandeur.

Spécifiquement, pour les demandes d'IVG, et afin de recevoir la parole libre de la femme, il est préférable d'utiliser les services d'un interprète autre que l'accompagnant de la patiente (mari ou ami-e) dont rien n'assure le professionnel de la véracité ni de la qualité de la traduction : il est capital de recevoir la parole de la femme. Et même en présence d'un interprète, la femme est dépendante d'un tiers pour l'accès à l'information et soumise au regard/jugement de plusieurs intervenants..

3. Problèmes de prise en charge des soins médicaux

La loi prévoit une prise en charge intégrale du forfait IVG que la patiente soit ou non sous couverture sociale.

Le forfait comprend : pour l'IVG médicamenteuse les consultations et les médicaments, l'hospitalisation si elle est réalisée en milieu hospitalier ; pour l'IVG instrumentale certaines consultations, l'acte d'IVG et l'hospitalisation. A partir du 1^{er} avril (les décrets ont été publiés le 8 mars !), le forfait comprendra toutes les consultations (dont celle de l'anesthésiste) et les examens complémentaires (échographie, biologie...).

L'absence de prise en charge des soins médicaux des patientes étrangères en situation irrégulière est fréquente, les démarches à faire pour l'accès à la Couverture Médicale Universelle (CMU) ou à l'Aide Médicale d'Etat (AME) sont complexes et pour des raisons administratives les prises en charge s'interrompent à chaque changement de situation ou demande de renouvellement.

Il existe cependant le dispositif des soins urgents et vitaux (DSUV) qui permet de compenser l'exclusion de l'AME des étrangers nouvellement arrivés sur le sol français. Il s'agit d'un mode de paiement des soins fournis en urgence par l'hôpital public et l'IVG est incluse dans ce dispositif. Cette prise en charge à 100% en urgence est faite sur dossier établi par une assistante sociale sur déclaration de la patiente.

Mais la réalisation de cette procédure pour les patientes sans prise en charge n'est ni connue ni proposée dans toutes les structures publiques et dépend beaucoup des acteurs de terrain. En effet, les textes sur les procédures ne sont ni facilement accessibles ni rédigés clairement, les personnels administratifs freinent à les appliquer.

Au sein de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris par exemple, malgré une attention particulière portée à la question depuis des années, il n'y a toujours pas de procédure unique sur l'ensemble des hôpitaux. Au contraire, dans chaque structure, les professionnels doivent être très vigilants sur les possibilités de prise en charge qui sont régulièrement remises en cause et renégociées à chaque changement de personnel administratif. (C'est-à-dire qu'il faut tout réexpliquer et prouver à tout nouvel acteur que oui ce droit existe, on est toujours soupçonné de profiter...)

Certaines structures exigent pour les femmes sans prise en charge le paiement avant la réalisation de l'acte ou le dépôt d'un chèque de caution dans l'attente d'une régularisation (environ 600 euros pour une IVG instrumentale et 280 pour une IVG médicamenteuse).

Certains départements prennent également en charge les IVG médicamenteuses réalisées dans les CPEF.

4. L'éloignement ou la complexité du trajet vers une structure adaptée freine l'accès des personnes en situation de précarité.

De plus, la réalisation des différentes consultations et examens complémentaires nécessaires pour la réalisation d'une IVG en **des lieux et temps différents** complexifie le parcours des femmes précaires. Parfois la réalisation de ces examens complémentaires (notamment échographie de datation de la grossesse) est exigée avant la prise de RDV dans les structures réalisant les IVG. L'absence de prise en charge de ces actes retarde ou empêche l'accès à l'IVG pour certaines femmes.

5. Enfin s'adresser à une institution qui demande **carte d'identité et domiciliation** peut freiner des femmes en situation irrégulière.

Sans aucun document attestant de l'identité du patient (ce qui reste totalement exceptionnel), le directeur de l'hôpital peut accepter une déclaration sur l'honneur du patient lui-même pour permettre la réalisation des actes nécessaires. La domiciliation est déclarative pour la réalisation des soins.

6. Par ailleurs il existe un **terme légal de l'interruption volontaire de grossesse en France** limité à 14 semaines d'aménorrhée ou 12 semaines de grossesse, qui s'applique indépendamment du statut de la femme, terme vite dépassé en cas de retard au diagnostic ou à la prise de RDV.

La prise en charge à l'occasion d'une IVG permet la proposition de dépistages : Infections Sexuellement Transmissibles, Frotti Cervico-Vaginaux, violences conjugales ; l'accès à une information contraceptive adaptée ; ainsi qu'une porte d'accès vers une prise en charge des soins médicaux plus pérenne par un premier contact réussi avec les services sociaux (Assistante Sociale). Ceci dans un monde idéal...

En matière de contraception : Pour la contraception, les CPEF assurent à titre gratuit pour les femmes non assurées la consultation médicale, la délivrance des moyens de contraception, les examens complémentaires et le suivi (plus le dépistage et traitement des IST pour certains centres). Les Centres IVG ont les mêmes possibilités. L'accès pérenne à la contraception est bien évidemment facilité par une prise en charge stabilisée par l'Aide Médicale d'Etat (AME) ou par la Couverture Médicale Universelle (CMU). L'interprétariat n'est pas non plus prévu dans le fonctionnement habituel de ces structures et l'accueil des patientes ne parlant pas la langue est source de difficulté supplémentaire.

CONCLUSION

L'accès à la contraception et à l'IVG des femmes migrantes en France est à l'image de l'accès aux soins : compliqué par des démarches administratives souvent opaques, mal maîtrisées par les acteurs sociaux et administratifs eux-mêmes, couplé au problème de la langue et de la traduction.

A ceci, s'ajoute la problématique des droits sexuels et reproductifs mêlant les interdits et non-dits du pays d'origine et ceux du pays d'accueil.

La loi française permet en théorie une prise en charge de qualité pour toutes les patientes, quel que soit leur âge, leur statut social, leur origine et leur langue.

En pratique l'accès à la contraception et à l'IVG pour les femmes migrantes en France n'est pas simple, comme nous venons de vous l'exposer. Il nécessite une attention particulière et constante des professionnels de terrain, une mobilisation à chaque fois que cela est nécessaire pour proposer une prise en charge, trouver un interprète, faciliter la prise de rendez-vous... pour que le moins de femmes possible soient empêchées dans leur demande.

Néanmoins volonté et moyens ne restent parfois que des mots et l'inégalité de la prise en charge selon les lieux est une réalité.

Pour certaines femmes, le parcours s'avérera trop complexe : l'étude de Médecins du Monde, citée précédemment, montrait que chez les femmes enceintes interrogées lors d'un accueil au CASO, 41% avait un retard de suivi de grossesse et 40% disait avoir « accepté » la grossesse.

Cette journée internationale des droits des femmes est l'occasion de rappeler que nous devons continuer à nous battre pour l'accès à la contraception et à l'IVG des femmes dans notre pays, l'ANCIC est aux côtés des femmes migrantes dans ce combat.

Présentation de Mme Laurence ESTERLE et Mme Emmanuelle LHOMME