



DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE
SANTÉ
SOCIÉTÉ
MIGRATION

**Les enjeux des grossesses non désirées et du non-accès
à l'IVG pour les femmes en parcours migratoire : le
cas de l'Italie**

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »
Rédigé sous la direction de Yannis Gansel

Maria Angela Santoro

Année 2021-2022

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
CHAPITRE I Accès au soin, droit à l’IVG.....	6
1. Etat de l’art du droit à la santé en Italie pour « étrangè.e.rs »	8
2. Fonctionnement du système sanitaire national italien.....	10
3. L’IVG en Italie, entre droit et clause de conscience.....	14
CHAPITRE II Les récits des femmes.....	21
1. Terrain d’enquête.....	22
2. Méthodologie.....	24
3. Cas fictif.....	26
4. Les conséquences de la négation du droit.....	30
CONCLUSION.....	33
BOITE A’ OUTILS POUR FEMMES NECESSITANTES UNE IVG EN ITALIE.....	34
BIBLIOGRAPHIE ET SITOGRAFIE.....	35

ABBREVIATIONS.....40

ANNEXES.....41

INTRODUCTION

Chaque année en Italie, des milliers de femmes considérées « étrangères » sont recensées comme primo-arrivantes dans le système d'accueil. Depuis la-dite « crise migratoire » du 2015 qui a amené à la fermeture des routes migratoires balkanique et espagnole, la majorité de ces femmes arrivent en Italie par un voyage qui se termine par la Libye et la traversée de la mer méditerranée [e]. Une fois touché le sol italien ou d'un bateau italien, si tout va bien, elles seront recensées et insérées dans le système d'accueil et intégration pour primo-arrivant.e.s.

Ce système étant créé dans des logiques d'urgence et budgétaires, se compose de différents types de centres d'accueil créés avec différents décrets législatifs qui ne respectent pas une organisation ni distribution organique des dispositifs d'accueil sur le territoire.

Le point d'entrée du système pour les personnes arrivantes par la route Libyenne est souvent un hotspot. Ces lieux sont des énormes camps qui ont comme objectif de effectuer les mesures de premier secours sanitaire, identifier les personnes accueillies et faire la différence entre les demandeurs d'asile ayant potentiellement droit à l'accueil en Italie, les demandeurs ayant potentiellement droit à la relocation dans un autre pays membre de l'Union Européenne et les « migrants économiques » destinés à être éloigné du territoire européen.

Suivent les dispositifs d'accueil à fonctionnements différents. Si la personne est considérée à rapatrier, ce sera le CIE (Centre d'identification et expulsion) sa destination, maintenant aussi appelé CPR (Centre permanent pour le rapatriement). Si la personne est considérée comme potentiellement ayant droit à la demande d'asile en Italie, c'est un peu la chance que jouera un rôle dans le destin de la personne en question, qui peut être un CARA (Centres d'accueil pour demandeurs d'asile), un CPA (Centre de premier accueil), un CPSA (Centre de premier secours et accueil) ou un CDA (Centre d'accueil). Ces quatre derniers sont considérés comme des centres « temporaires » en attente d'insertion dans le système SPRAR, le système de protection pour demandeur.e.s d'asile et réfugié.e.s. En étant temporaires, les services offerts aux

personnes accueilli, en opposition aux centres du système SPRAR sont essentiellement pension et hébergement. A' ces lieux faut ajouter les CAS (Centres d'accueil extraordinaires), qui ont été réouvert et fermé à plusieurs reprises, toujours dans un but de temporisation d'entrée dans des autres systèmes, aux moments de crise et de débordement du système SPRAR (théoriquement garanti à tout demandeurs d'asile sans ressources jusqu'à 6 mois après obtention d'une protection) [c].

Avec un peu de chance les personnes en grande précarité, comme les femmes enceintes ou avec des enfants en bas âge, sont redirigé directement dans le système SPRAR sans passer pour les systèmes intermédiaires sur cités, souvent surpeuplées. Le SPRAR, différemment des autres, est censé être un système pas juste d'accueil mais aussi favorisant l'intégration des personnes résidentes. Ce sont le plus souvent des petits centres à taille humaine, où les services intégratifs sont assurés, mais souvent localisé dans des endroits isolés, car vu par les municipalités des petits villages de campagne ou de montagne comme un moyen de les repeupler et leur redonner vie [d].

Ces petits villages de montagne ont été mon lieu contact avec les femmes en situation de grande précarité insérées dans le système d'accueil pour primo-arrivant.e.s. Ici, mon premier lieu de travail après la fin de la faculté de médecine, j'assure des gardes de nuit et de weekend comme médecin généraliste au sein du système sanitaire régionale.

C'est là que j'ai eu à faire avec de plus en plus de femmes, enceintes, qui avez besoin d'une interruption de grossesse, sûre, médicalisé, légale et disponibles et bien prouve par la loi, comme m'avez été enseigné en faculté.

C'est à ce carrefour de leur vie, que je n'ai pas su leurs fournir, ni aider à obtenir le droit d'un soin essentiel, bien inscrit dans la législation italienne et de la majorité des pays d'Europe. C'est ainsi que, femme après femme, ma recherche juridique d'abord et les moyens alternatifs de militance que j'ai pu trouver après, a pris forme et est décrite, sûrement avec pleins de fautes d'orthographe et de syntaxe, dans le texte qui suivre.

CHAPITRE I

Accès au soin, droit à l'IVG

CONTENU : 1. Etat de l'art du droit à la santé en Italie pour « étrangè.e.rs » – 2. Le fonctionnement du système sanitaire nationale italien – 3. L'IVG en Italie, entre droit et clause de conscience

Une analyse des textes de loi sur le droit d'accès à la santé en Italie pour des personnes n'ayant pas la nationalité italienne ouvre ce chapitre. Ça m'a l'air essentiel de rappeler que on parle du système législatif italien, très semblable au système législatif français et pourtant aussi différent dans la terminologie et dans les implications de la réelle application du droit. Est bien tout là mon observation, la non-application d'un droit fondamental, bien reconnue que telle par le législateur italien.

Comme on verra, la législation est discriminatoire envers les « étrangè.e.rs » comme dans beaucoup d'autres pays. Le but d'une législation « exprès » pour « étrangè.e.rs », comme on sait, en fait, n'est pas pour n'en protéger les droits, mais au plus suivants pour les limiter.

Si « quelques efforts », faisant suite aux obligations des courts constitutionnelles ou suite aux obligations européennes a été fait dans l'organisation d'un système sanitaire nationale pour le rendre accessible aux personnes résidentes n'ayant pas la nationalité italienne, on ne peut pas dire similairement pour l'application du droit d'autodétermination du corps des femme, encore moins si « étrangères » et privées de moyens économiques et de réseaux sociaux.

Et si bien le système soit défaillant pour tout le monde et si bien la clause de conscience soit un problème pour toutes les femmes en Italie qui décident d'interrompre une grossesse, sans doute ces défaillances se répercutent de manière plus violente et fréquente sur les femmes en situation de déplacement forcé ou d'exile, en grande situation de précarité, avec très peu de ressources économiques et au plus suivant racisées et sans filets sur place.

Tout cela n'a pas été laissé au destin. Bien sûr les choix de monétisation des œuvres sont toujours des choix politiques et le maintien d'un vide de support pour que les femmes les plus précaires puissent choisir de leur destin est un choix politique qu'a été fait et donc monétisé à sa hauteur.

Cela à des conséquences sur la vie des femmes, surtout si seules, exilées, indigentes et/ou racisées que servent au maintien de l'ordre d'oppression patriarcal du système d'exploitation capitaliste dans lequel on vie. Ce *status quo* en fait se garde aussi grâce au choix de perpétuation de la précarisation des femmes, plus facilement si « étrangères », encore plus si racisées. Et quel meilleur moyen de les garder au plus bas

de la pyramide d'oppression, si que par les priver de leur droit de choisir de leur corp et de les obliger à prendre soin d'un autre être pour tout leur vie, bien au milieu de leur parcours migratoire, sans les moyens économiques ni la stabilité psychique nécessaire, quand elles sont suivant en train d'essayer d'obtenir des documents européens pour enfin pouvoir bouger dans des pays du nord Europe duquel elle connaissant déjà la langue et donc où elles espèrent avoir enfin meilleures garanties de vie et un meilleur avenir. [a.b.]

1. Etat de l'art du droit à la santé en Italie pour « étrangè.e.rs »

Tout comme en Italie, l'Italie prévois dans le droit un accès au soin pour les « étrangè.e.rs » qui dépende du statut administratif qu'il.elle.s ont sur le territoire (résidentes ou pas, réguliers ou pas), qui peut être égale au droit à la santé des possesseur.ice.s de la citoyenneté italienne ou réduit. Ce droit ne peut jamais être nié dans les situations d'urgence, Italie les situations dans lesquelles si les soins ou les actes diagnostiques sont repoussé, il pourrai y avoir une mise en danger immédiate ou future de l'individue.

Le législateur attribue en 1986 (loi du 30 décembre 1986, n. 943) pour la première fois aux « étrangè.e.rs » présent.e.s sur le territoire italien de manière administrativement régulière ou pas le statut de "sujet avant droit" signifiant le droit à la santé entre autres [1].

Beaucoup plus tard, avec la loi du 6 mars 1998, n.40 le législateur spécifie que l'individue n'ayant pas la citoyenneté italienne, présent sur le territoire de manière irrégulières du point de vu administratif, a droit aussi à certains soins « non urgents et essentielles » tels que l'accès aux programmes de prévention, de vaccination, de profilasse, de protection de l'enfance, de protection de la maternité (y compris l'ivg), de réduction des risques des usagers de drogues et de traitement des addictions de manière égale au citoyen.ne.s italien.ne.s et gratuite si en pénurie de ressources économiques de la personnes ayant droit. A' ces las faut ajouter les prestations sanitaires considérées « urgents et essentielles » telles que toutes les prestations hospitalières ou ambulatoires, diagnostiques et thérapeutiques ou interventions préventives qui ne peuvent pas être différées sans mise en danger ou altération permanente de la vie de

l'individuelle, pour maladie ou accidents, y compris les programmes de réhabilitations post-accident et les cycles thérapeutiques complets nécessaires à la résolution de l'évènement morbide. En dernier sont assurés aussi les traitements pour les maladies chroniques et invalidantes et les traitements pour les maladies rares.

Pour les personnes présentes sur le territoire qui ont une situation administrative régulière, c'est-à-dire, un permis de séjour de n'importe quelle typologie, selon la loi du 6 mars 1998, n.40 et toutes ses modifications, le droit à la santé est égal sous tout aspect au droit à la santé des personnes en possession de la citoyenneté italienne [2].

Les prestations sanitaires pour les personnes en situation d'irrégularité administrative, sont subordonnées à l'attribution d'un code régionale personnelle qui à validité de 6 mois renouvelables, le code STP (Straniero temporaneamente presente – étranger temporairement présent), si de nationalité extra-européenne ou à l'attribution d'un code régionale de la même validité et ouvrant les mêmes droits, le code ENI, (Europeo non iscritto – européen pas enregistré), si de nationalité européenne n'étant pas couvert par la sécurité sociale du pays d'origine. L'attribution du code STP ou ENI est fait de manière automatique au premier accès au SSN (Sistema sanitario nazionale - système sanitaire nationale), c'est-à-dire, n'importe à quel hôpital ou service sanitaire publique, sous auto-déclaration des données personnelles (Circulaire du ministère de la Santé n. 5, 24 mars 2000) [3].

L'accès aux services du SSN n'autorise pas aux personnes soignantes ni administratives à la mise à connaissance des organes du ministère des intérieurs de la situation d'irrégularité de l'individu (Décret législatif n 286/98, art. 35 comme 5) [4].

En cas d'insuffisance de ressources économiques personnelles, sous auto-déclaration, l'individuelle en possession de code STP ou ENI a droit à l'exemption à la participation aux frais sanitaires, avec le code d'exemption X01, Italie à l'utilisation de toutes les prestations sanitaires auxquelles il.elle.iel a droit, sans aucune avance de frais ni de facturations à posteriori, même après un changement de situation financière. [5]

Font exception toutes personnes de provenances des États avec lesquelles l'Italie a entrepris des accords bilatéraux, Italie : Argentine, Australie, Brésil, Cap-Vert, Cité du Vatican, Croatie, Macédoine, Serbie Monténégro, Bosnie-Herzégovine, Principauté de Monaco, République de San Marino, Tunisie. Dans tous les cas, les droits sanitaires

assurées avec les codes STP ou ENI ne peuvent pas être réduits par ces accords bilatéraux, mais qu'ils sont implémentés.

A' spécifier aussi c'est que toute personne mineure de n'importe quelle nationalité et n'importe quel statut administratif, a droit à un accès complet au SSN, égal à n'importe quel autre mineur en possession de la citoyenneté italienne.

2. Le fonctionnement du système sanitaire nationale (SSN) italien

En Italie le système sanitaire nationale comme on le connaît aujourd'hui a été institué avec la loi du 23.12.1978 n. 833 [6] qui a vu la disparition des caisses d'assurance maladie et l'apparition d'un unique système basé sur les cotisations de toutes les travailleurs.s.r.es en fonction de leur revenu, auxquelles toutes les résidents sur le territoire ont le droit d'y accéder.

Les différentes réformes de la loi n.833 du 1978 ont amené à la séparation du système sanitaire nationale dans les systèmes sanitaires régionaux (SSR) qui ont des financements donc séparés en fonction des actes ou prestations sanitaires réalisés et en fonction de la démographie de chaque région. Chaque SSR a le devoir de coordonner les unités sanitaires locales, aujourd'hui appelé ASL (Azienda sanitaria locale-entreprise sanitaire locale).

Chaque ASL se compose d'un nombre variable de districts fonctionnels, fonction de la démographie de la zone géographique couverte. Chaque district fonctionnel a le devoir d'assurer les besoins sanitaires « primaires » et « secondaires ».

Les besoins sanitaire primaires sont aussi définis territoriaux et sont complètement gratuits et en libre accès pour la population, Italie sans aucune avance de frais, sans aucune facturation a posteriori et pour la majorité sans prise de rendez-vous.

Dans les services territoriaux (primaires) on trouve :

- a. Les *médecins généralistes* de manière similaire à comme on peut les trouver en Italie. Leur installation sur le territoire est vinculée à la démographie et à la géographie du territoire (les zones rurales versus les zones urbaines ont des limites démographiques différentes : au moins un médecin généraliste pour chaque village autant petit qu'il soit en zones ruraux ; en zone urbaine chaque médecin généraliste ne peut pas avoir plus de 1500 patients « affiliés », aussi appelé « les assistées »). La rémunération est en fonction du nombre de patientes et en fonction des projets locaux de prévention/screening etc. auxquelles les médecins adhèrent et pas en fonction du nombre de consultations. Ils assurent tout consultation au cabinet et domiciliaires non urgentes en horaire diurne, du lundi au vendredi, avec une obligation d'horaire d'ouverture minimal du cabinet qui dépend du nombre de « assisté (patients affilié) ». Les consultations sont gratuites pour les patients affiliés.
- b. Les *pédiatres* appelés « de libre choix », parce que choisi librement pas les familles, fonctionnent par le même mécanisme que les médecins généralistes, avec leur pléthore de patients « affiliés ».
- c. Les services de *urgence territoriale (EST Servizio d' Emergenza sanitaria territoriale)*, équivalent du SAMU français. Composé d'équipes d'ambulances médicalisées ou pas distribué sur le territoire, répondants aux appels de la population pour les urgences sanitaires par le biais d'une centrale opérationnelles. C'est un service 24h/24h, 7j/7, gratuit, auxquelles dans la majorité des régions les habitants peuvent accéder en appelant le 112 ou le 118 (ancien numéro, c'est en train de devenir 112 pour tout l'Italie petit à petit).
- d. Les services de « *Continuité Assistentielle* » (CA) sont des services de garde de médecin généralistes actives dans les heures dans lesquelles n'est pas prévu l'ouverture des cabinets des médecins généralistes, donc la nuit les jours de travail et 24h/24 les jours férié. Ils ont l'objectif de fournir la

continuité médicale aux « assistées » par le biais de consultations au cabinet ou au domicile, pour les actes ou maladies qui ne nécessitent pas l'accès aux urgences, mais qui ne peuvent pas être renvoyé au jour d'après ou au lundi, comme pour exemple tout prescription de médicament sauve-vie ou lequel débout différé pourrai endommager le patient. Il n'y a au moins une pour ville et la population il y en a accès sans rendez-vous et de manière gratuite et inconditionné.

Dans les zones rurales, c'est ce médecin qui est de garde qui intervient pour le premier secours en attendant l'arrivée du SAMU pour les accidents et pour les états morbides aigues qui nécessitent le transport aux urgences.

- e. Les « *consultori* » assurent toutes les fonctionnes des Cegid (Centre gratuit d'information dépistage et diagnostique), PMI (Protection maternelle-infantile) et CMP (Centres médico-psychologiques) française, c'est-à-dire, offrent des services de psychiatrie territoriales sectorisé, des services de protection de la santé des femmes et des services d'orientation, diagnostique et traitement des IST (Infections sexuellement transmissibles). Il en a au moins un par district de chaque ASL, sont libre accès et gratuits. Ils sont aussi censés assurer l'accompagnement psychologique et médicale au femmes victimes de violences et aux femmes qui désirent interrompre une grossesse.
- f. Les « *SerT, Services pour la prévention, la réduction des risques et le soin des addictions*, en » nombre d'un par ASL, sont gratuits et en libre accès.
- g. Les « *Points de premier secours* », sont des petits services de stabilisation et renvoi des patients qui se présentent avec une urgence médicale grave. Ils sont présents dans les zones où les services d'urgences hospitaliers sont loin plus de 1h de route.

Dans les services secondaires assurés par les ASL on retrouve plus ou moins le même schéma organisationnel français : des hôpitaux locaux géré par les ASL qui assurent la prise en charge des urgences, les hospitalisations urgents ou pas, les soins et la diagnostique en hospitalisation de jour, les consultations spécialisées sur rendez-vous et les prestations de laboratoire et de radiologie diagnostique.

Au de-là des ASL, il y les hôpitaux universitaires avec des services très spécialisé, appelé « de troisième niveau », un peu supra partes, avec un budget séparé, directement géré par la région.

Toute prestation de deuxième et de troisième niveau prévois généralement une contribution de la part du patient, fixe, régionale, appelé le ticket modérateur, duquel on peut être exempté que si pour des raisons d'insuffisance de ressources économiques du patient ou si pour des soins ou des prestations relatives à une pathologie de long duré.

Tout cela est ce qui est prévu dans la loi et dans l'organisation du système. Toute comme dans le reste de l'Europe, la carence de plus en plus de médecins et de personnelle soignant rende ces services de moins en moins efficaces, rempli de médecins de moins en moins formé et de plus en plus épuisé. Tout comme les lois sur l'accès au droit de la santé, l'organisation du système de soins a été bien écrite, mais la réalité des choses se présente différentes.

Les prestations et l'accès au soins restent gratuites pour la population, mais les cabinets restent de plus en plus fermés, les ambulances moins en moins médicalisées et les structures d'accès au premier soins de plus en plus chargé, avec la tendance à augmenter le nombre maximal de patients que chaque médecin généraliste doit « assister ». La tendance est à diminuer les jours d'ouverture des « Sert », des « Consultori » et de plus en plus élargir géographiquement les zones de responsabilité de chaque « Continuité assistentielle. » ; ça va sans dire, que le mécanisme de formation et de rallongement des listes d'attente augmente, surtout depuis la régionalisation du SSN, qui implique une différenciation budgétaire par région, qui augmente la disparité de moyen et de services offerts par les différents systèmes sanitaires régionaux, en particulier diminuant de plus en plus les moyens des système sanitaire des régions du sud et des régions avec la majorité de zones rurales. [7]

3. L'IVG (interruption volontaire de grossesse) en Italie, entre droit et clause de conscience

Dans le droit italien, l'accès à l'interruption volontaire de grossesse indiscriminé et gratuit dans le premier 90 jours de grossesse est « garanti » par la loi n. 194 du 22 mai 1978 aux femmes en possession de la citoyenneté italienne [8] et élargie aux femmes présentes sur le territoire italien toutes, de n'importe quel statut administratif, avec la loi du 6 mars 1998, n. 40 [2].

La loi n. 194 du 22 mai 1978 statue que toute femme enceinte, même mineure, a le droit au libre et éclairé choix, d'interrompre sa grossesse par des moyens légaux et avec des procédures sanitaires sécurisées, fournies par l'état, de manière gratuite, dans les premières 90 jours de grossesse, pour toute raison qu'elle considère valable.

Les mineures doivent être autorisées et accompagnées par un.e parent.e ou un.e tuteur.ice, sauf dans les cas considérés comme pas souhaitables, pour des raisons éthiques ou de sécurité de la patiente. Dans ces cas-là, une autorisation de la part d'un.e juge tutélaire, sollicitée par le médecin de confiance, suffit pour procéder à entamer les procédures pour interrompre la grossesse avec l'accompagnement d'un.e assistant.e sociale.

Les « *consultori* » sont les structures désignées pour donner aux femmes et leur.s partenaire.s, toujours dans le respect de la liberté et de la dignité de la femme, une information neutre et éclairée sur les moyens de contraception, sur leurs droits en matière de protection de la maternité et en matière d'interruption de grossesse. Ce sont aussi les lieux désignés pour l'accompagnement psychosocial d'une grossesse ou de son interruption.

Chaque région a l'obligation d'instituer des services d'interruption volontaire de grossesse au sein des ASL. Ces services peuvent être institués au sein des « *consultori* », au sein des hôpitaux ou être créés de novo avec la création de nouveaux plateaux techniques.

Le parcours pour une femme qui désire interrompre une grossesse est codifié dans la loi comme une série de démarches bien précise :

- La femme qui se trouve en état de grossesse et qui désire de l'interrompre, choisi librement un médecin de confiance qui peut être s.on.a gynécologue de confiance, médecin généraliste ou n'importe quel autre médecin habilité à la profession. Le médecin de confiance a le devoir de l'informer de ses droits en matière de protection de la maternité et de ses droits relatifs à l'interruption de grossesse (ce que dans la loi est appelé « droits en matière de procréation responsable »).
- Le médecin de confiance propose et/ou prescrit des actes diagnostiques nécessaires à confirmer la viabilité de la grossesse et sa date de début.
- Confirmé la viabilité de la grossesse et le début d'il y a moins de 90 jours, le médecin de confiance, délivre à la patiente un certificat de première demande d'interruption de grossesse, signé aussi par la patiente. La patiente est invitée à attendre 7 jours de réflexion, sauf en cas d'urgences, dans lesquelles le certificat délivré comportera la diction « urgente ». Le statut d'urgence est établi par le médecin de confiance sur la base de l'état de santé psychique et physique de la patiente et aussi sur la base des conditions contraignantes extérieures.
- Une fois les 7 jours passé pour les cas non urgents ou le jour même pour les cas urgents, la patiente peut, avant le 90^{ème} jour de grossesse, dans les structures sanitaires désignées par les régions, recevoir les soins et les médicaments nécessaires à l'interruption de la grossesse.

La loi établie aussi que l'interruption de grossesse au de-là des 90 jours depuis la date des dernières règles est consenti, mais exclusivement dans les cas où :

1. Existe un imminent péril pour de vie pour la femme ; la continuation de la grossesse ou l'accouchement sont susceptibles de mettre en grave danger la vie de la femme. Dans ces cas, quand existe possibilité de survie autonomes du fœtus en dehors de l'utérus, le médecin pratiquant l'interruption de la grossesse, à l'obligation de effectuer tous les actes nécessaires à protéger la vie de tel.
2. Quand un médecin spécialisé en Gynécologie et Obstétrique diagnostique des processus pathologiques graves, entre lesquelles des anomalies graves ou des

malformations du fœtus, qui déterminent un grave danger pour la santé physique ou psychique de la femme. Dans ce cas, l'interruption de la grossesse est autorisée qu'avant le terme de survie autonomes du fœtus en dehors de l'utérus.

Le médecin qui opère l'interruption de grossesse a le devoir de fournir informations éclairées sur le processus d'interruption et sur les méthodes de contraceptions futures, dans le respect de la liberté et de la dignité des patientes.

Les médecins et tou.te.s les opérateur.ice.s sanitaires peuvent exprimer leur différend éthique dans la réalisation des actes qui mènent à l'interruption de grossesse exerçant leur droit d' « objection de conscience » (aussi dite « clause de conscience » en français). Cela doit être signifié aux ASL au début du rapport de travail et exempté de toute procédures corrélées, mais pas des soins antécédents ni successives à l'interruption de grossesse. Le droit d'exercer la clause de conscience dans le SSN, décade si les médecins et les opérateur.ice.s sanitaires l'ayant exprimé, prennent parti aux procédures corrélées aux interruptions de grossesse dans leurs pratiques privées. La clause de conscience ne peut pas être invoqué par aucun membre du personnel médicale et soignante, dans les cas où, des particulières circonstances font que leur intervention soit indispensable à sauver la vie d'une femme en imminent péril.

La loi établie aussi des peines de réclusion pour toute personnes empêchent une femme avant droit, d'interrompre sa grossesse, qui vont de 3 mois à 2 ans de prison ; toute personne qui procure une interruption de grossesse sans le consentement de la femme est puni avec la réclusion en prison de 4 à 8 ans ; toute personne procurant une interruption de grossesse à une femme sans respecter les limitations de la loi est punie jusqu'à 4 ans de réclusion en prison et la femme consentante puni jusqu'à 6 mois de réclusion en prison.

Par rapport aux méthodes avec lesquelles l'ivg est autorisée à être pratiqué, elles sont assez superposables avec les modalités françaises.

La méthode pharmacologique consiste à l'administration d'une dose de mifépristone puis après 36-48h une dose de misoprostol et elle est autorisé jusqu'à 63 jours de grossesse, c'est-à-dire 7 SA. Entre 64 jours de grossesse et 90 jours, l'ivg est pratiquée avec des méthodes chirurgicales. [9, 10, 11]

Tout ce qui concerne le droit et la juridiction est discutable quant à protection de l'autodétermination et du libre choix à disposer du propre corps de chaque femme, même si en ligne avec la majorité des pays Européen. Ce qui reste extrêmement problématique est l'application de ce droit qui est ponctuelle, pas du tout homogène sur le territoire et suivant nié.

Pour commencer, le nombre des objecteurs de conscience est extrêmement élevé dans certaines régions, au point qu'il y a des régions dans lesquelles il y a des gynécologues qui voyagent une fois par semaine depuis leur région d'origine pour assurer au moins 1 jour par semaine dans un centre régionale pour les ivg. Même des rapports officiels arrivent à compter les médecins qui se déclarent comme objecteurs de conscience, jusqu'à 80% dans certaines régions. [12, 13]

Au fait, aux objecteurs de conscience légalement déclarés, qui donc ne prend pas partie aux opérations d'ivg, faut rajouter mil autres difficultés, due d'un côté aux habitudes complètement illégales adoptées par une multitude de « consultori », de cabinets de médecine générale et pas en dernier par les services de gynécologie et obstétrique, d'un autre côté de la non-présence prévu et donc politiquement choisi d'un accompagnement socio-économique des femmes qui choisissent d'entreprendre ce parcours. A' tout cela ne faut pas oublier de rajouter le délaissement général du SSN et donc des SSR des dernières décennies due à toute les raisons décrites avant.

Quand on parle de pratiques habituelle et illégaux faite aux dépendes des femmes, de la part du personnel médicale, ou pas, rencontré dans les lieux censés être d'accueil et de soin, on trouve surtout les essaye systématiques d'empêcher les ivg à tout couts faits au travers de mil stratégies différentes. Une liste loin d'être exhaustive suive :

- le mépris et l'agressivité plus ou moins passive que les operateur.ice.s sanitaires, objecteur.ice.s ou pas de conscience, dans un pays à matrice fortement catholique peuvent exprimer à tout moment de manière extrêmement explicite, envers les patientes [14, 15] ;

- la manipulation des informations que les opérateur.ice.s sanitaires sont censé délivrer de manière éclairé et neutre sur le droit (comme le droit d'avoir un certificat urgente), sur les méthodes de pratique de l'ivg (négation de la possibilité de la méthode pharmacologique à patientes éligibles, pressions pour prévoir des hospitalisations de 5 à 7 jours, passages obligées d'évaluations psychiatriques, etc.) [16] ;

- la croyance diffuse, complètement instrumentalisé, que les opérateur.ice.s sanitaires objecteur.ice.s de consciences, puissent l'être même en dehors des pratiques strictement connecté à l'ivg, tels que pour exemple l'administration de la traitement de la douleur après l'intervention ou le refus de contrôler l'état de santé des femmes qui ont subi une ivg et sont hospitalisé pendant la nuit de la part du personnel objecteur de garde. Cela peut aller aussi loin que le refus d'apporter le repas à une femme est hospitalisé pour une ivg, que ce soit avant ou après.

- le fait que même dans les cas de danger imminent de la vie des patientes les opérateur.ice.s objecteur.ice.s à des fois continuent de se considérer tell.e.s : de cette pratique complètement illégale et criminel, n'ont fait les dépenses psychologiques et physiques des millier de femmes pendent les décennies [17, 18], tout comme des femmes laquelle vie, personne ne rendra plus à leur familles, comme la vie de Valentina Milluzzo 32 ans, tuée le 2 octobre 2016 à Cannizzaro di Catania [19, 20] ;

- le non-respect secret médical : prêtres, bonne soeres et tant d'autres qui ont accès aux services de gynécologies pour prier des pechées des femmes qui veulent une ivg ou pour leur demander de se pentire de leurs choix ;

-le refus, encore une fois illégale de la majorité des médecin de ville à fournir les certificats d'expression de désir d'interruption de grossesse, tout comme le refus des médecins assurant les journées d'échographie dans les « consultori » au moment qu'ils.elle.iels découvrent que la patiente désire une ivg ;

- le non-respect du droit à une ivg en urgence : la majorité des services pour l'ivg, même quand les patients sont en possession d'un certificat de première demande avec la diction « urgente », obligent à l'attente « de la semaine de

réflexion ». Et tant pis, si les temporalités sont strictes, ça veut juste dire que l'ivg ne peut pas se pratiquer.

- l'habitude à considérer le terme pour une ivg à 12SA, alors que la limite imposée par la loi est de 90 jours de grossesse, cet à dire 12 Semaines de gestation + 6 jours, cet à dire, 14 SA + 6 jours ;

- la pratique de l'objection de conscience complètement illégale par les pharmaciens hospitaliers, quant à commande de matérielles pour l'avortement. De la même manier la pratique de la parte des pharmaciens de ville quant à commande et distribution de pilule du lendemains, qui ne sont même pas des médicaments pour interrompre des grossesse mais juste des contraceptives d'urgence. ;

- la non habitude pour les operateur.ice.s sanitaires à utiliser la méthode pharmacologique.

Toutes ces éléments rendent le parcours pour une ivg en Italie et surtout dans certaines régions un vrai parcours des combattantes. Cette exposition des faits ne veut pas mettre dans l'ombre les peu de services vertueux, capable d'empathie, accompagnement et de respect de la dignité des patients, mais ils restent des rares exceptions.

A' rien ont servi les rappels à l'ordre avant et la condamnation après en 2016 [21] du Comité sociale des droits sociaux européen [22, 23] ; dans certaine zone géographique est pratiquement impossible avoir une ivg, au point que deux phénomènes distincts sont nés dans les dernières années : la formation de réseaux militantes qui accompagnent de plus en plus les femmes dans la fruition de leur droit d'interrompre leur grossesse et la fuite.

Entre les groupes militants on retrouve des réseaux spontanés virtuelles ou « en personne » tout comme l'implication de certains ONG comme Emergency et Médecine sans frontières Italie. Les objectives commues sont d'informer les femmes sur leurs droits, de mapper le territoire italien et pouvoir enfin communiquer des informations précise et fiables sur les possibles services qui effectuent l'ivg en tout Italie, tant mieux si de manière respectueuse de la dignité des patientes. Certains des collectives ont aussi des hotlines 24h/24 mises à disposition et si possible accompagnent les femmes en

grand précarité personnellement aux ivg. Le collectif qui est en train de plus devenir visible par rapport à son réseau territorial est « Obiezione respinta », lequel travail est consultable au site <https://obiezionerespinta.info/> [24, 25, 26, 27]. Autres notables sont: «‘Ca nisciuna è fessa» [28], “IVG, ho abortito e sto benissimo” [29], “Non una di meno” [30], “Staffette per l’aborto”[31], “Fem.in. Cosentine in lotta” [32], “Ex opg occupato, Je so’ pazzo” [33].

« Women on Web », de son côté, deviens de plus en plus active en Italie. Une ONG Hollandaise qui distribue par la poste, dans les territoires mondiaux où l’ivg est illégale, les médicaments pour l’ivg médicamenteuse, après des téléconsultations. L’Italie jusqu’à il y a quelques années était classifié comme « pays sure » et la distribution de médicaments pour l’ivg n’était pas prévue sur le territoire italien. Aujourd’hui ce n’est plus le cas. Ici le lien : [Get abortion pills @ Women on Web](#) [34].

Le phénomène de la fuite est en train de plus en plus se développer aussi, beaucoup de femmes qui ont les moyens économiques et administratif autre que les ressources psychiques pour le faire, se déplacent dans les autres pays européens pour avorter, où l’ivg est assurée pour plus longtemps, avec moins de jugements, plus suivant pharmacologiquement et sans obligations d’hospitalisations ni périodes d’attentes à rallonge [35]. Mais pour qui n’a pas ces ressources ? Qui a tous ces dysfonctionnements doit rajouter un manque de moyens économiques qui ne le consent pas de changer de région ou de pays ? Et qui ne peut pas changer de pays car ne pas régularisé administrativement ? Et qui par hasard, en plus de tout ce las, en époque néocoloniale, a aussi l’audace d’avoir la peau noire ?

On comprend comment, le droit à l’avortement en Italie ne soit dans la majorité des cas pas respecté, loin d’être garantie. Encore moins pour le femmes en situation de déplacement forcé ou d’exile, que par manque de moyens économiques, souvent en situation d’irrégularité administrative, racisées, par non connaissance du fonctionnement du system sanitaire nationale ou du système législatif italien, par le manque de connexions sociaux, par le manque de connaissance du territoire par le manque de connaissance des outils militantes et des réseaux d’entraides, restent isolé dans leur problème, comme on verra plus avant, suivant, au bout des montagnes, dans des régions d’Italie où les taux des objecteurs de conscience cassent les plafonds [36, 37, 38].

CHAPITRE II

Les récits des femmes

CONTENU : 1. Le terrain d'enquête – 2. Méthodologie – 3. Cas fictif – 4. Les conséquences de la négation du droit

1. Le terrain d'enquête

Mon terrain d'enquête a été mon lieu de travail, un cabinet de CA dans lequel j'ai assuré des gardes comme médecin généraliste, de nuit pendant la semaine (de 20h le soir à 8h le matin d'après) et 24h/24 les weekends (de 20h du vendredi soir à 8h du lundi matin), dans une zone rurale du sud d'Italie.

Pour contextualiser, on parle d'une des régions les plus pauvres d'Italie, avec une pourcentage énorme de zones ruraux, où les villages que se situent en haut des montagnes ont vécu et portent les stigmates d'une émigration économique massive vers le nord d'Italie et le nord d'Europe pendant les années qu'ont suivi la deuxième guerre mondiale. La majorité de ces villages sont aujourd'hui dépeuplée et privé de plus en plus des services essentiels.

Le village où je travaille, compte 1000 habitants environ, la majorité sont retraitées et « retourné à leur terre » comme ils.elles.iels aiment bien dire, ou des personnes travaillant dans les services publiques comme la poste, la marie, la gendarmerie ou l'école (que tou.te.s étudiant.e.s confondu enseigne à 20 enfants entre 3 et 19 ans).

Il y a un seul médecin généraliste qui n'est présent sur le territoire que deux jours par semaine (le mardi et le jeudi) et un seul autre médecin de continuité assistancielle que moi. Chaque déplacement compte 1h de route de montagne en voiture pour le première autre village et 1h30 au moins de route de montagne en voiture pour le premier poste de premier secours (dans la premier ville). Les transports publics se limitent à un bus qui fait tous les jours la même route du village à la première ville avec départ à 5h30 du matin et retour au village à 12h30. Les routes à partir de la deuxième moitié de novembre jusqu'à la premier moitié d'avril environ sont suivant recouverte de verglas ce que ne permette pas d'assurer tout le jours le déplacement du bus public, ni à les fois les déplacement privées.

Dans l'espoir de repeupler les villages de cette région, beaucoup de mairies ont adhéré au projet de création de « lieux sûres » pour personnes en migration. Ce village donc, comme beaucoup d'autre dans ces conditions, hôte un SPRAR (Centre d'accueil pour demandeuses.euses d'asile), un centre d'accueil pour MNA (Mineurs non accompagné) et une maison protégée d'accueil pour femmes avec enfants en bas âge et pour femmes enceints. Cela cert amène de la nouvelle vie au village et ça baisse

drastiquement l'âge moyenne, mais ça ne serve surtout pas les intérêts des personnes accueillies, qui se retrouvent isolé de tout chose et tout personnes et loin des services desquelles ils.elle.iels ont besoin au moment de leur arrivé en Italie, comme la préfecture, les services sanitaires, etc.

Suivant ces « lieux sûres » sont les premiers endroits où les personnes en grand précarité sont amenées après les premières deux-trois-quatre jours passé à l'hotspot de Lampedusa, le plus important port d'arrivé des bateaux qui partent de la Libye. Suivant sont aussi les uniques endroits où ils.elle.iels ont vécu jusqu'au moment du rejet ou de l'accueil de la demande d'asile (ou de la majorité pour les MNA). Ici chaque déplacement autonome, chaque commission deviens un périple si fait en bus, alors que chaque commission à faire dans l'après-midi deviens simplement impossible, si pas par le bon vouloir d'un.e habitant.e autocton,e que par hasard un jour « j » doit aller à la même ville et accepte d'amener les personnes n'ayant besoin en voiture là où elles.iels doivent aller et de les attendre pour le retour.

Le cabinet de CA dans ce contexte, reste un repère pour la population de ce village, surtout pendant les weekends et quand la route est recouverte de verglas, car les ambulances du SAMU ont énormément de mal à arriver au village. Le cabinet serve de conseil thérapeutique pour les états morbides les plus banaux, tout comme serve de lieu de stockage de médicaments sauve-vies et il est muni aussi de tout le matériel pour le paramétrage des patients, pour le premier secours et pour les petits gestes techniques. Cependant tous qu'il est de l'ordre de la diagnostique, du laboratoire de biologie médicale, de la radiologique et tous qui est de l'ordre des gestes invasives, n'est pas réalisable.

Une intervention pendant les gardes peut être sollicité par téléphone ou en personne, pour la personne qui appelle au cabinet ou pour une tiers personne. Les visites peuvent se réaliser au cabinet ou en cas d'impossibilité de déplacement de la personne, au domicile.

C'est pas rare d'être appelé pour une intervention pour les personnes primo-arrivants que résident dans un de ces « lieux sûres » susmentionnés, surtout pendent les premier temps qu'ils.elles.iels y sont, car, comme on peut bien s'imaginer, pendant la traversée du continent africain (suivant sont des personnes qui sont parties des pays de

l'Afrique subsaharienne) et la traversée en bateau de la mer méditerranée, les soins et les consultations médicales ne sont pas été forcément la priorité.

A cela se rajoute le fait que la majorité des personnes passées par la Libye ont subi des violences physiques et psychologiques importantes, qui ont souvent été de l'ordre du viol et de l'esclavage sexuel pour les femmes et les enfants. [aa]

Les histoires que j'ai pu recueillir sont donc des histoires spontanées de femmes résidentes dans le SPRAR ou le centre d'accueil pour femmes enceintes/ avec enfants en bas âge, du village dans lequel je travaille. Ce sont des histoires de femmes qui ont découvert d'être enceintes, beaucoup faisant suite à des violences subies en Libye, d'autres suite à des rencontres faites en Italie. Ce sont des histoires de femmes auxquelles, l'état italien au travers de ses mauvais fonctionnaires, de ses mal-systèmes et de ses dysfonctionnements, a empêché de choisir quoi faire de leur corps et d'avoir accès à leur droit à l'interruption volontaire de grossesse.

Aucune des femmes que j'ai pu rencontrer n'a considéré son voyage terminé, aucune n'a envie de rester dans ce village et d'y s'installer. Comment leur donner tort ? Maintenant elles continueront leur voyage, mais avec une blessure de plus et un enfant de plus à accueillir, soutenir financièrement et si possible aimer car je vous raconte de femmes fortes et déterminées, qui ont déjà traversé l'enfer et n'en sont sorties vivantes.

2. Méthodologie

Anonymat et confidentialité ont été pour moi des grandes questions dans l'exposé des histoires des femmes que j'ai pu recueillir.

Ce sont des femmes qui ont traversé des moments de fragilisation de leur structure, quant à des viols, déplacements forcés, pressions économiques, négation des droits fondamentaux et négation d'autodétermination de leur corps. On parle donc de femmes qui se sont confiées à moi dans des moments de difficulté importante et à qui je trouve une responsabilité fondamentale de pouvoir assurer-elles la possibilité de ne pas se relire dans mes écrits un jour « j » par hasard, quand leur enfant sera là et peut-être aimé alors qu'un jour d'il y a quinze ans, l'état italien leur a nié la possibilité d'avorter ce que c'était un grumeau de cellules dans leur utérus.

C'est pour ce la que j'ai décidé d'appliquer à mon écriture la méthode d'anonymisation décrite par Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman dans leur travail sur « les politiques de l'enquête » utilisé originairement par Mary Carol Hopkins en 1993 pendant son enquête sur « les membres d'une communauté de réfugiés asiatiques » [bb]. Cela consiste en la création de cas fictifs à partir des découpes et des mélanges de plusieurs cas réelles, sans altération finale du contexte ou du résultat de la recherche, qui ont pour but de protéger l'anonymat des personnes en question. [cc]

J'aurai bien voulu vu raconter au moins 2 cas fictifs, représentatifs de 2 situations opposés, signifiante que au moins une fois dans mon travaille, j'aurai pu rencontrer une femme qui avez ressui à exercer son droit à l'ivg. Malheureusement ce n'a pas été le cas, malgré le travail d'avance, la meilleure connaissance du territoire et l'amélioration des techniques de manipulation du système au fur à mesure du temps.

Dans le cas présenté, je n'utiliserai pas des prénoms ni des noms des femmes en question.

<A> représente la patiente fictive, une femme n'ayant pas de nationalité italienne, qui est arrivé en Italie il y a plus ou moins longtemps (entre 3 jours et 5 ans) après avoir traversé bonne partie du continent africain et la mer Méditerranée en bateau. Le lieu de départ du voyage est suivant un pays de l'Afrique subsaharienne. B n'a pas un statut administratif qui lui consente de voyager en Europe, mais est en train d'en faire les démarches pour. Elle peut vivre seule, en colocation, avec son copain ou dans un des centres d'accueil du village.

 sera moi, qui recouvre le rôle de médecin de garde au cabinet de la continuité assistancielle (CA), qui peut être sollicité téléphoniquement ou en personne pour des visites au domicile ou pour des visites au cabinet. Je ne spécifierai pas dans les racontes, les lieux de déroulement des évènements.

<C> et <D> sont des tiers personne, un.e ami.e, un.e colocataire.e, un.e travailleur.euse d'un centre d'accueil, ce la non plus ne sera pas spécifié dans les récits.

3. Cas fictif

Vers 22h un vendredi je suis appelé au cabinet de la CA par <C> car <A> a eu un malaise pendant un moment de prière. Elle me dit au téléphone que <A> vomit et n'arrive pas à se réhydrater.

Je les rencontre. <A> a l'air épuisé et transpirant. Il fait très froid, il neige.

C : « vous savez, elle est arrivée hier. Juste avant elle a passé 4 nuits à Lampedusa, puis le voyage par la montagne hier, ça donne des nausées à tout le monde. »

B : « d'accord, merci beaucoup pour les informations. C, je vous laisse attendre dehors pendant que j'examine A »

On reste seule moi et A. On parle en anglais. Je l'examine, elle a la tension assez basse, l'abdomen douloureux, des signes de déshydratation et elle est un peu essoufflée. La glycémie est dans la norme.

B : « ça fait combien de temps que vous avez ces symptômes ? »

A : « ça fait quelques semaines que je vomis, je pense avoir la grippe ou quelque chose comme ça. J'arrive à boire un petit peu mais je vomis tout ce que je mange. Et même l'eau ça ne passe pas toujours. Là, ça s'est empiré depuis le bateau »

B : « je peux vous donner quelque chose pour arrêter les nausées, comme ça vous arriverait à boire un peu et à manger. Est-ce que vous avez des pathologies chroniques ? »

A : « non, je n'ai jamais pris aucun médicament »

B : « est-ce qu'il y a quelque chance que vous soyez enceinte ? »

A : « non, aucune, mon mari il est mort il y a 3 ans »

B : « et vos dernières règles, c'était quand ? »

A : « Je ne sais pas, le mois passé je pense »

...(silence)

B : « vous savez, s'il y a n'importe quel doute, on peut faire un test de grossesse ici, personne n'est mise aux courantes mais vous et moi. Faut juste vous piquer un peu le doit. »

...(silence)

A : « d'accord, mais on ne le dit pas à personne... »

On fait le test et on attend les 5 min, je le cache de la vue entre temps.

A : « vous savez comment c'est la Libye, il y a que des mauvaises personnes, faut se méfier... »

...(silence)

B : « vous avez déjà eu des enfants ? »

A : « oui, c'était dans mon pays de naissance, mais vous savez c'étaient des trucs de vieille traditions, j'étais petite... (silence)...c'était un vieux du village, quand il est né, il me l'a pris »

...(silence)

<A> commence à pleurer, j'essaye de la rassurer en lui touchant le bras. Je sors le test, il est positif. <A> s'agite, commence à parler dans une langue que je ne comprends pas.

B : « vous savez, ici en Italie vous pouvez avorter. Ce n'est pas facile, mais on peut essayer. Si vous avez eu vos règles le dernier mois, il y a des chances que vous puissiez prendre juste des médicaments et que ce soit bientôt fini. »

A : « no, mais ça ne peut pas m'arriver un truc comme ça maintenant. Ils m'ont dit que dans 6 mois je peux repartir. Enceinte comment je vais faire ?! Si je suis comme ça tout le temps que je vomis ?!»

B : « écoutez, je vous dise comment ça marche pour avorter ici : faut avoir une preuve de la date du début de la grossesse, une échographie. Aujourd'hui je vous fais un certificat d'urgence, faut le garder bien au chaud ! Dès que vous avez l'échographie vous pouvez réserver l'ivg quelque part si vôtres dernières règles ont été il y a moins que 12 semaines. »

A: « on peut commencer à faire l'échographie, juste pour voir ? »

B : « cependant moi je ne suis pas d'ici, ce serait bien de demander à quelqu'un qui habite ici depuis plus longtemps comment on fait pour avoir accès au « consultorio » où vous pourriez faire une échographie gratuitement. On peut demander à D ? »

A : « okay, on peut demander à D »

D est mis au courant.

D : « pour le « consultorio », faut prendre un bus qui part à 5h30 du matin et qui arrive en ville vers 7h30 et aller voir en personne quand ils peuvent te recevoir pour l'échographie. Ils ne prennent pas de rendez-vous par téléphone. Pour faire des analyses sanguines, il y a un infirmier qui vient faire les prises de sang le mercredi et qui ramène les résultats le mercredi suivant, toutes les semaines »

On décide que <A> ira au « consultorio » le premier jour disponible pour elle pour faire l'échographie de datation.

Je reviens au village le weekend suivant :

A : « au « consultorio » ils ne m'ont pas reçu, ils m'ont dit que sans le dosage des betaHCG sanguines ils ne font pas d'échographie de datation. Et en plus ils ont dit que cette journée-là : « nous ne faisons pas ces choses-là, vous êtes toutes pareilles, toutes ici pour la même raison, d'abord vous faites n'importe quoi et après vous voulez vous libérer la conscience ». Je me suis fait prélever mercredi par l'infirmier, mais j'aurai les résultats des betaHCG que mercredi prochain ».

B : « ... bon tu sais quoi ? On va faire autrement, on a déjà perdu une semaine comme ça. Vas-y, voyons si quelqu'un.e peut t'amener aux urgences, on dise juste que tu ne te sens pas bien. A l'hôpital faut leur dire que tu es enceinte, que t'a mal au ventre et que tu ne te souviens pas de la date de tes dernières règles (DDR). Comme ça ils vont te faire une échographie et calculer la DDR. Ne leur dis pas que tu veux avorter ! Fais-toi faire l'échographie avant ! »

A: « okay, on y va avec D »

Après 1h30 de route pour les urgences, 4h d'attente pour être reçue, 6h en attente des résultats des analyse de laboratoire et 1h30 de route pour retourner au village, B et D épuisés, viennent me voir.

A : « Finalement les beta et l'écho disent que je suis à 10SA (semaines d'aménorrhée) + 6 jours. Donc à la fin je leur ai demandé pour l'ivg, ils m'ont mal parlé et dit que en tout cas c'est trop tard, il y a un coeur qui batte dans mon ventre, je suis une irresponsable et que je faudrait bien de fermer mes jambes pour une prochaine fois »

<A> reparte, je suis énormément en colère, je me sens impuissante contre ces « soignants » qui sur prétexte de leur droit à la clause de conscience ont l'insulte facile, surtout avec <A>, qui est noire et qui ne parle pas un mot d'italien.

J'appelle des cop.ei.ns militant.e.s de Naples, ma ville d'origines, qui me donnent des numéros de militant.e.s de la région où je me trouve qui sont dans le cercle de Emergency, une organisation non gouvernementale qui apparemment est active sur le territoire.

La militante d'Emergency avec qui je parle m'explique que dans ma zone de travail, il y a qu'un médecin qui ne fait pas clause de conscience pour les ivg, qui pratique que des ivg chirurgicales, jusqu'à 12SA que les jeudi matin. Il opère toutes les patientes qu'il peut de 7h du matin à 13h, en ordre d'arrivé le matin, donc il faut arriver tôt pour faire la que. Le service se trouve dans un « consultorio » qui se trouve à 3h de route de mon village, pour lequel il n'y a pas de transport public.

Je rappel <A> et je lui explique. Elle prend des accords avec <D>. Iels iront jeudi prochain, partirons du village à 1h du matin pour être sûres d'arriver à temps. Jeudi <A> seras à 11SA+4 jours.

Le jeudi comme prévu elle et <D> sont partie en voiture à 1 h du matin, mais comme il y avez du verglas ils ont pris plus de temps que d'habitude. En arrivant au « consultorio » à 5h du matin, devant <A>, en queue il y avez déjà 42 femmes pour une ivg. Ils ont attendu jusqu'à 14h quand le service à fermez, en retard.

Je reviens au village le weekend d'après. <A> est toujours enceinte, et dans 2 jours elle le sera beaucoup trop pour exercer un droit que jusqu'à là lui été en tout cas nié. Elle a accouché il y a quelques semaines. Tout le monde la complimente et le

souhaite du courage et moi aussi. Elle n'arrête pas de me dire que « en tout cas tant mieux que cet enfant n'aya pas de père, comme ça je pourrai l'amener avec moi quand j'irai en Angleterre, mais pas tout de suite, faut d'abord que bébé apprend à marcher ».

Le 18 juillet 2022, la nouvelle encore plus funeste. L'unique médecin qui pratique l'ivg dans la zone a démissionné et le service des ivg a été « temporairement suspendu » par l'ASL en attendant qu'un nouveau médecin non-objecteur de conscience soit embauché.

4. Les conséquences de la négation du droit

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère l'interruption de grossesse comme un service sanitaire essentiel [dd].

Malgré cela, pour beaucoup de femmes, l'interruption volontaire de grossesse légale et médicalement accompagné reste inaccessible. Selon l'OMS, chaque année à l'échelle mondiale 45% des interruptions de grossesse sont conduites de manière non sécuritaire pour la santé des femmes [ee]

En Italie, le « EpiCentro ISS », le centre d'élaboration des statistiques de l'institut supérieure de santé, l'organisme dévoué au contrôle des phénomènes de santé publique, déclare en 2017 qu'elle sont au moins 10.000 par an les interruptions de grossesse induites clandestinement enregistrées entre les femmes résidentes sur le territoire italien ayant la nationalité italienne, et que les interruptions de grossesse clandestines enregistrées entre les femmes considérées « étrangères » résidentes sur le territoire italien sont au moins 3000 par année [ff].

Les données démographiques de l'ISTAT (Istituto nazionale di statistica - l'Institut nationale de Statistique) comptent dans la population résidentes sur le territoire italien, environ 30 millions de femmes ayant la nationalité italienne et environ 2 millions de femmes ne l'ayant pas [gg]. Avec un calcul rapide, on peut observer que chaque 3000 femmes ayant la nationalité italiennes, il n'y a une qui subit une ivg clandestine, alors que pour les femmes ne l'ayant pas la nationalité italiennes, on observe une ivg clandestine chaque 600 femmes environ. On peut facilement en déduire que les femmes « étrangères » sur le territoire italien ont un risque environ 5 fois plus élevé de devoir

faire recours à une méthode d'avortement pas médicalement sûre par rapport au femmes « non étrangères ».

La situation est encore plus grave si on considère que ce ne sont que les interruptions de grossesse clandestine recensées, donc que la pointe de l'iceberg, comme admet aussi la société italienne des gynécologues et des sage femmes hospitalières italiennes, l'AOGOI, pour autant que répréhensibles dans leur positionnement sur l'objection de conscience. [hh]

Celui de l'interruption de grossesse clandestine est un seul des deux cotés de la médaille sur le discours de la négation du droit sûr et médicalisé à l'avortement. En plus des femmes qui recourent à l'interruption de grossesse clandestine, faut réfléchir toutes les femmes que se retrouvent forcées de continuer leurs grossesses.

La négation de librement disposer du propre corps, pour autant que soit été longtemps considéré dans notre société comme « normale » vis-à-vis des femmes, est aujourd'hui reconnue comme une violation des droits humains.

Les conséquences de la négation de ce droit fondamentale des femmes en termes de leur santé physiques, psychique et socio-économiques sont remarquables. Les femmes qui ont été niées une ivg conduisent plus souvent des grossesses pathologiques, ont un risque accru d'être psychiatrisé dans les mois et les années qui suivent la grossesse et généralement sont obligés à un ralentissement si pas un arrêt dans la progression de leurs projets de vies, qui se traduisent le plus souvent en un niveau de vie plus modeste par rapport aux femmes de leur même âge qui n'ont pas été nié tel droit. [ii, jj, kk]

Tout cela a été extrêmement bien codifié pendant une récente étude multicentrique prospective longitudinale, conduite aux États-Unis d'Amérique par une équipe de chercheuses de l'« University of California San Francisco » dirigés par le Dr Diana Geene Foster [ll, mm].

Elles ont suivi pendant 5 ans 1000 femmes recrutées dans les salles d'attente des cliniques pour ivg, qui ont été divisées en trois groupes d'étude : les femmes auxquelles on a nié l'ivg car au-delà des limites temporelles gestationnelles imposés par la loi ou par la clinique (*les turned-away*), les femmes qui ont subi des ivg tardives (dans le deuxième trimestre de grossesse) et les femmes qui ont subi une ivg dans le premier

trimestre de grossesse. Les femmes qui cherchaient ou/et ont obtenu un avortement pour des malformations fœtales ont été exclus de l'étude.

Les interviews de suivi effectuées avec cadence biannuelle ont eu comme objective d'évaluer la santé mentale, la santé physique et les conséquences socioéconomiques de recevoir une interruption volontaire de grossesse versus d'être obligé de porter une grossesse non désirée à terme.

Le résultat principal de l'étude a été la constat selon lequel recevoir une ivg n'endommage pas la santé et le bien-être des femmes, mais bien au contraire, la négation d'une ivg a plus souvent comme résultat un déclin des conditions de santé et des équilibres familiaux et financiers de la femme [nn].

Dans le spécifique, les femmes "*turned-away*" versus les femmes qui ont réussi à avoir une ivg :

- Ont démontré un risque 4 fois plus élevé de se retrouver au de sous de la seuil de pauvreté (FPL= Federal poverty level = seuil de pauvreté fédérale américain) dans les 4 premières années qui suivent leur grossesse [oo] ;
- Ont été plus susceptibles de rester lié à des partenaires abusifs [pp] ;
- Ont été plus susceptibles d'avoir des continuations de grossesses pathologiques, un plus haut taux d'éclampsie et de mortalité [qq] ;
- Ont été plus susceptibles de souffrir d'anxiété et de baisse de confiance en soi dans les 6 mois qui ont suivi la négation de l'ivg [rr] ;
- Ont été moins susceptibles d'accomplir leurs projets de vie [ss] ;
- Ont été plus susceptibles d'assister à un déclin de leur état général de santé dans les années qui ont suivi l'accouchement. Elles ont aussi été plus susceptibles de souffrir des syndromes douloureux chroniques et d'hypertension gestationnelle pour les grossesses suivantes [tt].

Enfin mais non moins important, l'étude a aussi démontré que la négation de l'ivg a eu dans un numero significatif de femmes des conséquences sur l'attachement avec l'enfant.e non désiré.e et des conséquences sur le développement psychosociale des autres éventuel enfants à la maison [uu,vv].

CONCLUSION

Pendant mon travail j'ai pu rencontrer des femmes avec le besoin de recevoir une ivg, le besoin de choisir quoi faire de leur corp à un moment précis et particulièrement précaire de leur vie. Moi, le médecin censé les aiguiller et les aider à se démêler dans le système, je n'ai pas su les supporter de la manière nécessaire. Aujourd'hui elles sont en train de porter, ou ont porté, à terme leur grossesse, avec la plus grande et intemporelle des conséquences, un enfant à charge.

La législation est présente et « favorable », mais alors pourquoi ces femmes n'ont pas réussi à exercer un leur droit fondamental ? Leur droit de librement choisir de leur corps, de s'autodéterminer et de ne pas devenir mères ?

Le système sanitaire nationale italien prévoit la possibilité de choisir d'interrompre une grossesse pour toutes raisons jusqu'au 90ème jour de la grossesse, dans la théorie. Dans la pratique, les chances de pouvoir l'avoir deviens de moins en moins réelles, de plus l'état de précarité, de la femme que la demande, augmente. De plus la femme en question se trouve en bas de la pyramide d'oppression capitaliste-patriarcale, de plus ça va être difficile pour elle de disposer de ce droit.

Les conséquences sont bien expliquées dans le « Turnaway study ». Une plus haute probabilité de psychiatrisation, un plus faible état de santé générale, une plus baisse probabilité d'accomplir les objectives de vie et une plus haute probabilité de se retrouver sous le seuil de pauvreté. La conséquence première est donc le maintien de ces femmes, qui n'ont pas pu choisir délibérément de leur corp, dans des conditions de plus en plus précaires.

Entre les femmes que j'ai pu rencontrer au sein du dispositif d'accueil pour primo-arrivant.e.s présent dans le village où je travaille, jusqu'à présente, aucune a été respecté dans son droit de recevoir une interruption volontaire de grossesse.

Le travail présent da ce texte a été fait pour elles. J'espère que ma recherche juridique et des réseaux d'entraides militantes puisse revenir utile à des autres femmes, si elles n'auront besoin.

Mais on es que on est vraiment censé confier le respect de notre droit à la santé aux réseaux militants en substitution de l'état ?

BOITE A' OUTILS POUR FEMMES NECESSITANTES UNE IVG EN Italie

Cette récolte de contacts, sites et pages de réseaux sociaux, a pris vraiment longtemps et beaucoup d'efforts, mais c'est ce que je considère être une petite victoire de mon travail. Dans l'espoir que ça puisse être utile à quelques une.

Sites utiles:

[Get abortion pills @ Women on Web](#)

https://map.obiezionerespinta.info/it/map/mappa-degli-obiettori_2#6/41.599/16.897

Contacts utiles:

Hotline 24h/24 de "Obiezione respinta" +39 3319634889

Staffette per l'aborto: Staffettexlaborto@inventati.org

'Cca nisciuna è fessa : Sosabortonapoli@gmail.com

Fem.in cosentine in lotta: fem.in.cosentineinlotta@gmail.com +39 371 327 8819

Réseaux sociaux utiles:

IVG, ho abortito e sto benissimo : <https://www.facebook.com/IVG-ho-abortito-e-sto-benissimo-701164346922929/>

Non una di meno: <https://www.facebook.com/nonunadimeno/>

Staffette per l'aborto: <https://www.facebook.com/staffetteperlaborto/>

Fem.in. Cosentine in lotta: <https://www.facebook.com/Fem.in.cosentine.in.lotta/>

Ex opg occupato, "Je so pazzo" : <https://www.facebook.com/exopgjesopazzo>

Obiezione respinta: <https://www.facebook.com/obiezionerespinta/>

'Cca nisciuna è fessa:

<https://www.instagram.com/ccanisciunefessa/?igshid=7ua2z2zc7okg>

BIBLIOGRAPHIE ET SITOGRAPHIE (en ordre d'apparition dans le texte)

Introduction

- c. Sous la direction de AVALLONE Gennaro. Il sistema di accoglienza in Italia. Esperienze, resistenze, segregazione. Orthotes Editrice. 2018. 216 pages.
- d. MIGREUROP. Ouvrage dirigé par CLOCHARD Olivier. *Atlas des migrants en Europe. Approches critiques des politiques migratoires. (France)*. Armand Colin. 2017. 173 pages
- e. TERTRAIS Bruno et PAPIN Delphine. *Atlante delle frontiere. Muri, conflitti, migrazioni. (Italia)*. Add editore. 2018. 137 pages.

Chapitre I

- a. HOOKS, Bell. *Feminist theory. From margin to center. (United Kingdom)*. Pluto press. 2000. 179 pages.
- b. FOSTER, Diana Greene. *The turnaway study. Ten years, a thousand women and the consequences of Having – or being denied – an abortion. (New York)*. Scribner. 2020. 368 pages.
1. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1987/01/12/086U0943/sg>
2. https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1998-03-12&atto.codiceRedazionale=098G0066
3. <https://www.camera.it/temiap/2019/04/09/OCD177-3983.pdf>
4. <https://web.camera.it/parlam/leggi/deleghe/98286dl.htm>
5. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_199_allegato.pdf
6. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg>
7. TRIASSI, Maria. *Igiene. Medicina preventiva e del territorio. (Italia)*. Idelson-Gnocchi. 2020. 444 pages.

8. https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1978-05-22&atto.codiceRedazionale=078U0194
 9. <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4476&area=Salute%20donna&menu=societa>
 10. <https://www.aifa.gov.it/-/determinazione-aifa-n-865-2020-di-modifica-delle-modalita-di-impiego-del-medicinale-mifegyne-a-base-di-mifepristone-ru486>
 11. <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=75683&parte=1%20&serie=null>
 12. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3103_allegato.pdf
 13. <https://www.internazionale.it/notizie/2014/03/12/obiettori-coscienza-italia>
 14. <https://espresso.repubblica.it/attualita/2020/10/22/news/insultate-perche-scelgono-l-aborto-voci-di-donne-da-tutta-italia-1.354773>
 15. <https://espresso.repubblica.it/attualita/2020/09/2/news/vi-racconto-la-cicatrice-il-diritto-di-aborto-trasformato-in-tortura-in-nome-di-tutte-1.353490>
 16. FIORE, Laura. *Abortire tra gli obiettori. La moderna inquisizione. Diario del mio aborto. (Italia)*. Tempesta editore. 2012. 182 pages.
 17. <https://www.romatoday.it/cronaca/aborto-valentina-magnanti-medici-obiettori.html>
 18. <https://espresso.repubblica.it/attualita/2020/10/15/news/l-anestesista-e-le-infermiere-sono-obiettori-durante-l-aborto-rischio-di-morire-dissanguata-1.354520>
 19. <https://vivicentro.it/cronaca-sicilia/valentina-milluzzo-morta-infezione-dobiezione-incoscienza/>
 20. <https://www.nuovosud.it/46556-cronaca-catania/morta-catania-dopo-aborto-indagati-dalla-procura-12-medici>
 21. <https://www.questionegiustizia.it/data/doc/996/comitato-diritti-sociali-decisione-aborto-11-aprile-2016.pdf>
 22. https://www.questionegiustizia.it/articolo/aborto_brevi-note-sulla-decisione-del-comitato-europeo-dei-diritti-sociali-in-causa-cgil-c_italia_12-04-2016.php
- BUFFA, Francesco (Juge détaché de la Courte européenne des droits de l’homme, Strasbourg). *Aborto, brevi note sulla decisione del Comitato europeo dei diritti sociali in causa CGIL c. Italia*.

23. <https://unipd-centrodirittiumani.it/it/news/Comitato-Europeo-dei-Diritti-Sociali-Italia-condannata-per-la-carezza-dei-servizi-abortivi-forniti-dal-sistema-sanitario/4047>
24. <https://www.ilfattoquotidiano.it/2017/05/28/obiezione-respinta-la-mappa-delle-donne-su-ospedali-dove-non-si-puo-abortire-e-farmacie-che-non-vendono-pillola/3578038/>
25. https://map.obiezionerespinta.info/it/map/mappa-degli-obiettori_2#6/41.599/16.897
26. <https://obiezionerespinta.info/>
27. <https://www.facebook.com/obiezionerespinta/>
28. <https://corrieredinapoli.com/2021/04/10/cca-nisciun-e-fessa/>
29. <https://www.facebook.com/IVG-ho-abortito-e-sto-benissimo-701164346922929/>
30. <https://www.facebook.com/nonunadimeno/>
31. <https://www.facebook.com/staffetteperlaborto/>
32. <https://www.facebook.com/Fem.in.cosentine.in.lotta/>
33. <https://www.facebook.com/exopgjesopazzo>
34. [Get abortion pills @ Women on Web](#)
35. <https://www.consultoriprivatilaici.net/aborti-terapeutici-le-donne-costrette-ad-andare-allestero/>
36. <http://www.doctor33.it/politica-e-sanita/aborto-obiettori-in-strutture-unindagine-fa-il-punto/>
37. <https://www.lentepubblica.it/cittadini-e-imprese/obiezione-di-coscienza-sanita/>
38. <https://notizie.tiscali.it/cronaca/articoli/aborto-indagine-rivela-31-strutture-100-medici-obiettori/?chn>

Chapitre II

- aa. MEDU, Medici per i diritti umani. *L'umanità è scomparsa. Sulle rotte migratorie del XXI secolo. (Italia)*. Il pensiero scientifico editore. 2018. 128 pages.

- bb. HOPKINS M. (1993), « Is anonymity possible ? Writing about refugees in the United States », in BRETTELL C. (dir.), *When they Read What We Write : the Politics of Ethnography*, Bergin & Garvey, Westport, p. 121-129.
- cc. Aude Béliard, Jean-Sébastien Eideliman, « 6 : Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique », in Alban Bensa et al., *Les politiques de l'enquête*, La Découverte « Recherches », 2008, p. 123-141
- dd. file:///C:/Users/user/Downloads/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-eng.pdf WHO. *Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context*. Interim guidance, 1 June 2020.
- ee. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
- ff. <https://www.epicentro.iss.it/ivg/IVGrel2017>
- gg. http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPSTRRES1
- hh. <https://www.aogoi.it/notiziario/archivio-news/aborto-clandestino-iss/>
- ii. Alan Mozes. Women Denied Abortion Endure Mental Health Toll. HealthDay Reporter.
- jj. Puri, Mahesh et al. ““I need to terminate this pregnancy even if it will take my life”: a qualitative study of the effect of being denied legal abortion on women's lives in Nepal.” *BMC women's health* vol. 15 85. 14 Oct. 2015, doi:10.1186/s12905-015-0241-y
- kk. Gerds, Caitlin et al. “Denial of abortion in legal settings.” *The journal of family planning and reproductive health care* vol. 41,3 (2015): 161-3. doi:10.1136/jfprhc-2014-100999
- ll. <https://www.ansirh.org/research/ongoing/turnaway-study>
- mm. FOSTER, Diana Greene. *The turnaway study. Ten years, a thousand women and the consequences of Having – or being denied – an abortion.* (New York). Scribner. 2020. 368 pages
- nn. <https://www.ansirh.org/sites/default/files/2022-07/turnawaystudyannotatedbibliography063022.pdf>
- oo. Foster, Diana Greene et al. “Socioeconomic Outcomes of Women Who Receive and Women Who Are Denied Wanted Abortions in the United States.” *American journal of public health* vol. 108,3 (2018): 407-413. doi:10.2105/AJPH.2017.304247

- pp. Roberts, S.C., Biggs, M.A., Chibber, K.S. et al. Risk of violence from the man involved in the pregnancy after receiving or being denied an abortion. *BMC Med* 12, 144 (2014). <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0144-z>
- qq. Gerdtz C, Dobkin L, Foster DG, Schwarz EB. Side Effects, Physical health consequences, and mortality associated with abortion and birth after an unwanted pregnancy. January 2015. *Women's Health Issues*, 26(1):55-59.
- rr. Biggs MA, Upadhyay U, McCulloch CE, Foster DG. Women's mental health and well-being five years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study. February 2017. *JAMA Psychology*, 74(2):169-178
- ss. McCarthy MA, Upadhyay U, Ralph L, Biggs MA, Foster DG. The effect of receiving versus being denied an abortion on making and achieving aspirational 5-year life plans. *BMJ Sexual and Reproductive Health*. 2020 Feb 25. PMID: 32098771
- tt. Ralph LJ, Schwarz EB, Grossman D, Foster DG. Self-reported physical health of women who did and did not terminate pregnancy after seeking abortion services: A cohort study. August 2019. *Annals of Internal Medicine*, 171(4):238-247
- uu. Foster DG, Biggs MA, Raifman S, Gipson JD, Kimport K, Rocca CH. Comparison of health, development, maternal bonding, and poverty among children born after denial of abortion vs after pregnancies subsequent to an abortion. September 2018. *JAMA Pediatrics*, 172(11):1053-1060. 50.
- vv. Foster DG, Raifman SE, Gipson JD, Rocca CH, Biggs MA. Effects of carrying an unwanted pregnancy to term on women's existing children. October 2018. *The Journal of Pediatrics*, 205:183-189.e1.

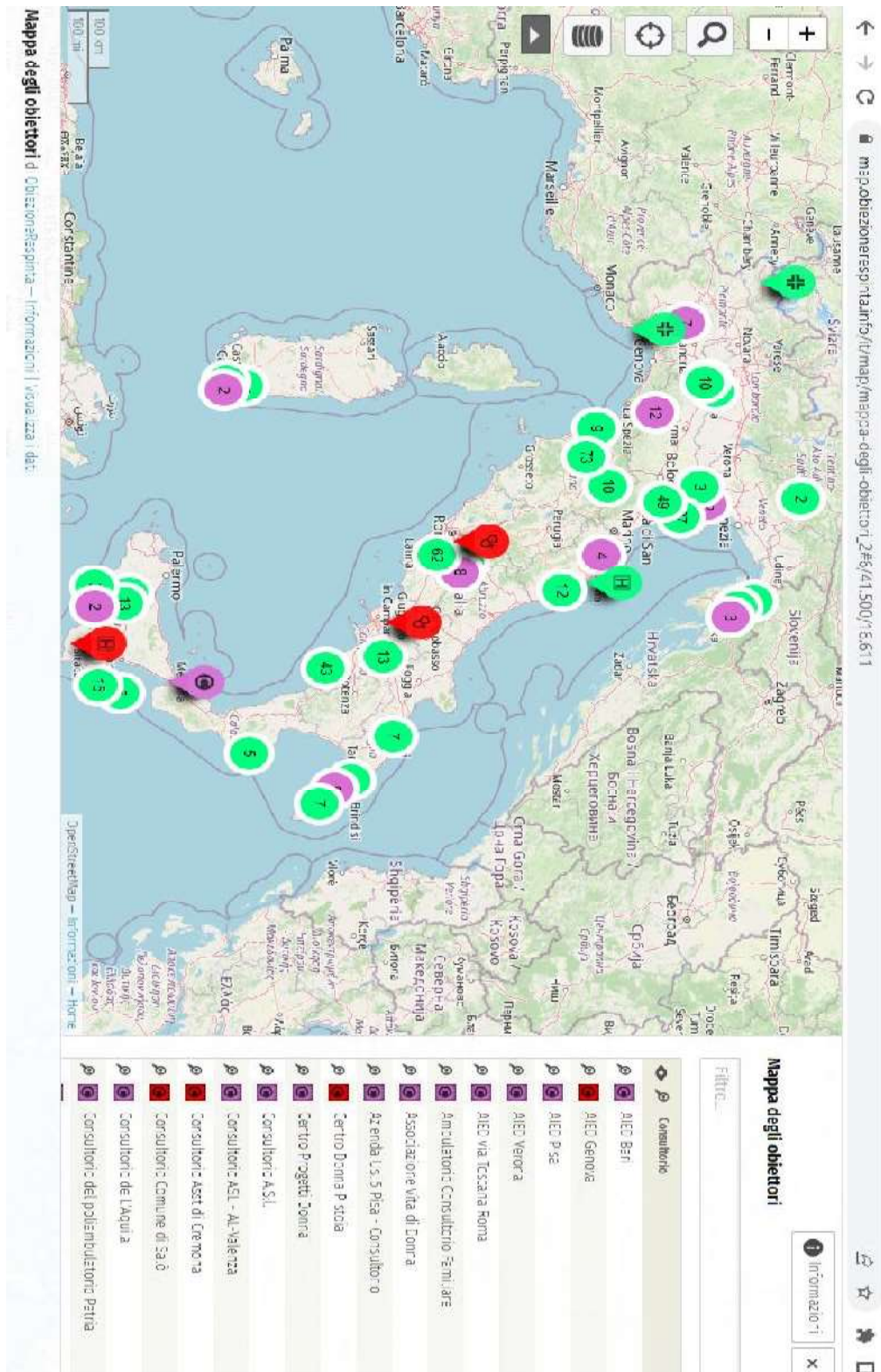
ABBREVIATIONS

AOGOI	Associazione degli ostetrici e dei ginecologi ospedalieri italiani – Association italienne des Gynecologues et des sage femmes hopitaliers
CA	Continuità assistenziale – Continuité assistentielle
DDR	Date des dernières règles
ENI	Europeo non iscritto - European pas enregistré
EpiCentro ISS	Centro epidemiologia Istituto superiore di sanità – Centre epidemiologique institut supérieur de santé
EST	Emergenza sanitaria territoriale – Service d’urgence sanitaire territoriale
FPL	Federal poverty level – Seuil fédérale de pauvreté américain
ISTAT	Istituto nazionale di statistica - Institut nationale de Statistique
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MSF	Médecins sans frontières
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
SA	Semaines d’aménorrhée
SG	Semaines de grossesse = SA- 2 semaines
SSN	Sistema sanitario nazionale – Système sanitaire nationale
SSR	Sistema sanitario regionale – Système sanitaire régionale
STP	Straniero temporaneamente presente – Etrang.è.e.rs temporairement present.e
SerT	Servizio per le tossicodipendenze – Service pour les addictions

ANNEXES

La mappa des structures dans lesquelles on peut avorter en Italie ou récupérer la pilule du lendemain, en mise à jour perpétuelle, au lien :

https://map.obiezionerespinta.info/it/map/mappa-degli-obiettori_2#5/42.828/16.436



Conseils de lecture :

- f. LAB619. *Migrations. (France)*. Alifbata. 2021. 109 pages. C'est une bande dessinée publiée pour la première fois à Tunis en 2017, sous le nom originel de الهجرة , par le collectif LAB619, traduite en français par Marianne Babut.
- g. Nouvelles Questions Féministes. Revue internationale francophone. Antipodes.
- h. Sous la direction de TOUDOIRE-SURLAPIERRE Frédérique et HEGELE Silvia. *Migrations féminines (France)*. Orizons. 2021. 293 pages.
- i. EHRENREICH Barbara et DEIRDRE English. *For her own good. Two centuries of the Experts' Advice to women. (USA)*. 2005. 407 pages.
- j. MEDU, *Medici per i diritti umani. L'umanità è scomparsa. Sulle rotte migratorie del XXI secolo. (Italia)*. Il pensiero scientifico editore. 2018. 128 pages.
- k. HOOKS, Bell. *Feminist theory. From margin to center. (United Kingdom)*. Pluto press. 2000. 179 pages.
- l. FOSTER, Diana Greene. *The turnaway study. Ten years, a thousand women and the consequences of Having – or being denied – an abortion. (New York)*. Scribner. 2020. 368 pages.
- m. Sous la direction de AVALLONE Gennaro. *Il sistema di accoglienza in Italia. Esperienze, resistenze, segregazione*. Orthotes Editrice. 2018. 216 pages.
- n. MIGREUROP. Ouvrage dirigé par CLOCHARD Olivier. *Atlas des migrants en Europe. Approches critiques des politiques migratoires. (France)*. Armand Colin. 2017. 173 pages
- o. TERTRAIS Bruno et PAPIN Delphine. *Atlante delle frontiere. Muri, conflitti, migrazioni. (Italia)*. Add editore. 2018. 137 pages.

...et de vision :

- p. Le film “VESSEL. Past land, pas law, past permission” dirigé Diana Whitten, c'est un documentaire qui suit la fondatrice de “Women on Web” dans ses péripéties et batailles pour un accès à l'avortement sûr pour toutes les femmes.

REMERCIEMENTS

Je remercie premièrement les femmes qui se sont délivré à moi et je leur souhaite la meilleure continuation de voyage possible.

Je remercie ma famille de grand coer, qui est toujours présente pour moi, sans si ni mais. Juste là.

Je remercie fortement mon tuteur et les enseignants tou.te.s dans l'avancé de ce travail, pour la patience, l'apport culturel et méthodologique incontournable.

Je remercie toi lecteur.ice, si tu es arrivé jusqu'ai ici malgré mon français maché. Peut-être tu l'auras compris, mais je ne suis pas de naissance francophone. J'espère que mon message sera arrivé à destination malgré toute la syntaxe détournée et l'orthographe loupée.



UNIVERSITÉ
JEAN MONNET
SAINT-ÉTIENNE

Université Claude Bernard



Les enjeux des grossesses non désirées et du non-accès à l'IVG pour les femmes en parcours migratoire : le cas de l'Italie

Mots clés : ivg, autodetermination, non-droit, femme, déplacement forcé

Ce travail décrit comment et pourquoi les femmes en parcours migratoire arrivent, et surtout pas, à faire face aux problématiques de santé reproductives et sexuel liées à leur condition de femme : point critique de mon observation étaient l'interruption volontaire de grossesse.

Pour ma proximité de vie, l'attention dans ce texte se pose surtout sur les femmes le quel parcours migratoire à prévu le passage par la Libye et qui séjournent actuellement en Italie au sein des centres d'accueil pour primo-arrivées.

Ce travail comprend une analyse des textes de loi et des outils mises à disposition des réseaux d'entraide militantes locaux pour pouvoir exercer le droit d'obtenir une interruption volontaire de grossesse en Italie, de manière sécurisée, même quand l'état ne la garantit pas.