



BARRIERES D'ACCÈS A LA CONTRACEPTION ET AUX SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT EN POPULATION VULNERABLE EN TUNISIE

Livrable N. 5 de l'étude sur l'offre de soins et les barrières d'accès à la prévention et à la prise en charge des grossesses non désirées en Tunisie



Responsable de l'étude : Tattiana Angel (Consultante externe)
Co-consultante de collecte : Intissar Bendjaballah

Février 2025

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	3
II. DEFIS ET LIMITATIONS DE L'ETUDE	4
III. METHODOLOGIE ET CONTRIBUTEURS.TRICES.....	5
A. Périmètre	5
B. Contributeurs.trices	6
C. Méthodologie	6
IV. DESCRIPTION DES BARRIÈRES D'ACCÈS À L'IVG ET LE PFP	8
A. Barrières géographiques	8
B. Barrières socioculturelles	8
C. Barrières éducatives et d'accès à l'information.....	11
D. Barrières financières	12
E. Barrières structurelles (autres que celles du système de santé).....	13
F. Barrières du système de santé	16
V. BARRIÈRES SPÉCIFIQUES AUX GROUPES DE POPULATION VULNÉRABLE.....	25
Femmes célibataires	26
Femmes travailleuses du sexe et usagères de drogues	28
Femmes mineures	30
Personnes migrantes	31
Population LGBTQA++	37
Femmes vivantes avec le VIH	38
VI. BARRIÈRES SPÉCIFIQUES PAR RÉGION	38
VII. FACTEURS FACILITATEURS.....	43
VIII. RECOMMANDATIONS	44
En termes de plaidoyer	44
En termes d'interventions:.....	46
IX. BIBLIOGRAPHIE	49

I. INTRODUCTION

Médecins du Monde Belgique (MdM) intervient en Tunisie depuis 2012 dans le domaine de la santé communautaire. L'organisation mène actuellement **le projet « Sehaty »**, visant à améliorer la santé des populations vulnérables en facilitant leur accès à des services de santé primaire de qualité et en renforçant leur connaissance des droits et responsabilités en matière de santé.

Dans le cadre de ses interventions, MdM a constaté une détérioration des indicateurs de santé sexuelle et reproductive (SSR). Les grossesses non désirées constituent l'un des principaux défis en matière de santé sexuelle et reproductive dans le contexte tunisien. Afin d'approfondir la compréhension de ces enjeux et d'étayer ses actions de plaidoyer, MdM a initié une étude spécifique, confiée à une consultante externe, qui a débuté en septembre 2024.

L'objectif général de l'étude vise à approfondir la compréhension des déterminants et enjeux liés aux grossesses non désirées en Tunisie. Elle se concentrera spécifiquement sur deux dimensions clés :

- Les pratiques et barrières relatives à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- L'accès à la planification familiale post-avortement (PFP) au sein des populations vulnérables, incluant une analyse des disparités socioéconomiques et géographiques.

Les résultats de cette recherche serviront de levier décisionnel pour optimiser la stratégie opérationnelle et les actions de plaidoyer de MdM, en cohérence avec les priorités définies par ses partenaires institutionnels et associatifs.

Ce document s'inscrit dans les livrables de l'étude, comprenant : l'analyse contextuelle, l'examen du cadre juridique et la cartographie des acteurs. Il est destiné à un usage **principalement interne à Médecins du Monde (MdM)**, ainsi qu'à un partage circonscrit aux partenaires ayant contribué à sa réalisation. **Une consultation de l'ensemble des livrables est préconisée** pour appréhender la portée exhaustive des résultats de la recherche.

Ce rapport propose une analyse structurée des barrières à l'accès aux services de santé selon trois axes distincts :

1. Barrières générales (systémiques / enjeux transversaux) ;
2. Barrières spécifiques aux populations vulnérables ;
3. Disparités régionales (variations géographiques des contraintes d'accès).

Il examine systématiquement les leviers facilitateurs relatifs à l'IVG et à la PFP, tout en formulant des recommandations stratégiques pour :

- La levée des barrières (Surmonter les obstacles identifiés) ;
- Renforcer les facteurs favorisant l'accès équitable aux services.

Cette étude a pu être menée à bien grâce à l'appui et à la mobilisation de l'équipe de Médecins du Monde Tunisie, de ses partenaires ainsi que des acteurs de la société civile. Leur engagement a permis d'intégrer une perspective inclusive, centrée sur la valorisation des témoignages et des besoins exprimés par les femmes directement concernées. Nous tenons à exprimer toute notre gratitude à l'ensemble des contributeurs.trices pour leur implication essentielle, particulièrement dans un contexte très restrictif.

LISTE D'ACRONYMES

CASO	Centre d'accueil, de soins et d'orientation
CSB	Centre de santé de base
DPE	Délégué de l'enfance
GND	Grossesses non désirées
IVG	Interruption volontaire de la grossesse
ITG	Interruption thérapeutique de la grossesse
LGBTQA++	Lesbienne, gay, bisexuel, trans, queer, asexuelle, autres.
OIM	Organisation internationale pour les migrations
ONG	Organisations non gouvernementales
ONFP	Office national de la famille et de la population
OSC	Organisations de la société civile
PFP	Planification familial post avortement
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TS	Travailleuses du sexe
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

II. DEFIS ET LIMITATIONS DE L'ETUDE

Un Contexte socio politique sensible

Cette étude a été profondément marquée par le contexte social et politique de la Tunisie durant son déroulement (Sept 2024 – Février 2025). Un climat de restrictions accrues visant spécifiquement les personnes en situation de migration et les Organisations de la Société Civile (OSC) a prévalu, générant une exposition accrue à des risques sécuritaires et des contraintes opérationnelles pour les acteur·rices impliqué·es. Ces paramètres contextuels ont directement influencé la conduite de la recherche, avec des impacts notables tels que :

1. *Non-implication des autorités étatiques et sanitaires* : une stratégie délibérée a été adoptée pour exclure les institutions publiques, orientant l'étude vers des données issues des OSC, de leurs bénéficiaires et des prestataires privés
2. *Exclusion des établissements éducatifs* : les écoles et centres éducatifs ont été écartés du périmètre de recherche en raison des contraintes contextuelles et de la complexité des procédures administratives requises pour leur inclusion.
3. *Auto-censure des intervenant·es* : des réticences manifestées par certains acteurs clés à s'engager pleinement dans la recherche, en lien direct avec le climat de méfiance générale. Cette dynamique a conduit à : un taux de refus de participation non négligeable et une préférence marquée pour des entretiens à distance.
4. *Restriction des méthodes collaboratives* : les techniques de collecte collective (focus groups, ateliers) ont été proscribes pour répondre aux impératifs de sécurité et éviter tout risque de répression lié aux rassemblements. Cette contrainte a induit une prédominance des entretiens individuels.

Une vision centrée sur les intervenant.e.s des OSC, des prestataires privés et ses bénéficiaires

Conformément aux limites méthodologiques précédemment décrites, cette étude s'est concentrée exclusivement sur les récits des bénéficiaires (femmes et hommes), des intervenant·es des OSC et de certain·es praticien·ne·s indépendant·e·s. Les résultats obtenus, bien que révélateurs des expériences terrain, nécessiteront à l'avenir un croisement approfondi

avec les données des acteur·rices institutionnel·les du système sanitaire. Cette complémentarité permettra à la fois d'élargir la compréhension globale du contexte et d'identifier avec précision les leviers nécessaires pour réduire les barrières d'accès aux services identifiées lors de l'enquête.

Limitations liées à l'échantillon

Compte tenu des contraintes contextuelles et des ressources mobilisées, l'étude présente un échantillon restreint à l'échelle nationale, limitant la généralisation des résultats, en particulier concernant les spécificités régionales. Toutefois, la cohérence des données recueillies avec les recherches existantes sur le sujet au niveau national confère aux conclusions une validité significative, malgré les limites inhérentes à la représentativité géographique.

Par ailleurs, la composition genrée de l'échantillon reflète les biais d'accès liés au profil des partenaires opérationnels de MdM, qui ont facilité le recrutement de femmes bénéficiaires. L'inclusion des hommes, notamment ceux en situation de migration, aurait requis des méthodes de contact (rues, chantiers) incompatibles avec les impératifs de sécurité et les ressources disponibles. Enfin, les contraintes temporelles et logistiques n'ont pas permis d'intégrer les personnes en situation de handicap,

III. METHODOLOGIE ET CONTRIBUTEURS.TRICES

A. Périmètre

1) Le périmètre thématique initialement défini lors du cadrage méthodologique a fait l'objet d'une réorientation stratégique, motivée par l'existence d'une littérature scientifique abondante sur les grossesses non désirées en Tunisie. Cette adaptation a conduit à recentrer l'étude sur l'analyse des **parcours d'interruption de grossesse** et des **dynamiques de planification familiale post-avortement**, avec un ancrage spécifique auprès **des populations vulnérables**. Ce choix méthodologique, guidé par l'impératif d'éviter les redondances avec les travaux antérieurs, traduit une volonté d'approfondissement ciblé sur des enjeux sous-documentés dans le contexte national, tout en respectant les réalités opérationnelles du terrain.

Les **populations considérées comme vulnérables** pour cette étude ont été :

- Femmes non mariées
- Mineur.e.s
- Travailleuses du sexe
- Personnes migrantes
- Population LGBTQA++
- Personnes usagères de drogues.

2) Le périmètre géographique :

- Grand Tunis : Tunis
- Centre : Sfax, Sousse, Monastir
- Nord-ouest : Beja
- Sud : Médenine



B. Contributeurs.trices

Les contributeurs.trices ont été principalement des organisations de la société civile, des ONG (Organisations non gouvernementales), Nations Unies, des juristes, des gynécologues privés, des bénéficiaires des OSC (Organisations de la société civile), une majorité significative de femmes, conformément aux populations cibles, mais intègrent également un nombre restreint d'hommes.

- Médecins du monde (MdM) Tunisie : bureau national, CASO Tunis, permanences Sfax et Médenine
- UNFPA (Fonds des Nations unies pour la population)
- ADDCI (Association pour le développement durable et la coopération internationale) Zarzis : Espace Tidar
- ATL MST SIDA (Association tunisienne de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le sida) : Djerba, Tunis, Sfax, Sousse, Monastir
- ATP plus (Association tunisienne de prévention positive) : Sousse
- Groupe Tawhida Ben Cheikh
- Association Beity
- TAMSS (Tunisian association for management and social stability)
- Association Mawjoudin
- ATSF (Association tunisienne de sages femmes)
- ATDS (Association tunisienne de droit à la santé)

C. Méthodologie

Cette étude a été réalisée avec une **méthodologie qualitative**, à travers des **entretiens semi directifs** en leur majorité, et certains entretiens collectifs, conversations informelles et groupes focaux. Les techniques d'analyse de cas et d'itinéraires thérapeutiques ont été utilisées avec des cas emblématiques.

La collecte de données a été réalisée en français et en arabe par la chargée de l'étude et la consultante, avec des déplacements dans les 5 régions. Les villes visitées ont été : **Tunis, Médenine, Djerba, Zarzis, Sfax, Sousse et Monastir**. Un atelier d'analyse participative a été réalisé vers la fin de la collecte avec la participation de MdM, 3 OSC partenaires et la réalisatrice du documentaire de MdM qui aborde la même thématique.

Un total de 85 personnes a contribué à l'étude :

Région	Nombre de personnes	Nombre d'entretiens
National (tout le pays)	15	10 entretiens individuels 1 entretien collectif 1 atelier d'analyse collective
Sfax	13	13 entretiens individuels
Médenine	16	10 entretiens individuels 1 entretien collectif 2 conversations

Béja	3	1 entretien collectif
Sousse	8	8 entretiens
Tunis	30	22 entretiens individuels 3 entretiens collectifs 1 groupe focal
Total	85	

Le profil de participant.e.s par région :

National	Sfax	Médenine	Beja	Sousse	Tunis
6 intervenant.e.s des OSC 1 personne Nations Unies 2 juristes 1 gynécologue	2 femmes migrantes 3 femmes tunisiennes célibataires, TS 1 homme migrant 6 intervenant.e.s des OSC 1 gynécologue	5 femmes migrantes 6 intervenants des OSC 4 femmes tunisiennes TS 1 médecin public/privé	3 intervenant es d'OSC	6 femmes tunisiennes (célibataires, TS, VIH) 1 intervenant de OSC 1 gynécologue	10 femmes migrantes 6 femmes tunisiennes (célibataires, TS) 4 hommes migrants 9 intervenants de OSC 1 gynécologue

Profil des femmes et des hommes vulnérables interviewées :

En total 42 personnes vulnérables ont été interviewées, parmi lesquelles 37 femmes (20 tunisiennes et 17 migrantes) et 5 hommes (migrants). Les nationalités des migrant.e.s étaient principalement de : Côte d'ivoire, Guinée Conakry, Sierra Leone, Cameroun, Centrafrique, Niger. 7 personnes entre 18-20 ans et 35 entre 21 et 48 ans. Un total de **23 femmes ayant vécu l'expérience de l'avortement** (18 tunisiennes et 5 migrantes) et **8 ayant essayé sans aboutir** (6 migrantes et 2 tunisiennes).

Accès à l'IVG	Pas d'accès	Accès
Tunisiennes	2	18
Personnes migrantes	6	5

Profil	Tunisiennes	Personnes migrantes
TS	15	0
Célibataires non TS	4	16
Vivant avec VIH	1	1

IV. DESCRIPTION DES BARRIÈRES D'ACCÈS À L'IVG ET LE PFP

Les barrières d'accès sont organisées dans ce rapport en 6 catégories : géographiques, socioculturelles, éducatives, financières, structurelles (autres que celles du système de santé), et du système de santé.

A. Barrières géographiques

La collecte sur le terrain a confirmé cette barrière déjà décrite dans le livrable « Analyse de contexte » : l'accès va dépendre du type de centre de santé et du service recherché. Selon l'enquête de l'UNFPA/ONFP (1) de 2020, presque 40% des femmes sont relativement loin des services SSR en général. Plusieurs femmes sont loin des centres de l'ONFP, notamment dans les régions rurales ou dans la brousse, loin des villes. Les CSB (les centres plus proches des endroits reculés) ne font pas d'avortements. Par indisponibilité du service d'interruption volontaire de la grossesse (IVG), les femmes doivent réaliser des déplacements très longs qui peuvent impliquer de séjourner ailleurs.

Les femmes rurales sont les plus concernées par les barrières géographiques, elles doivent parcourir de longues distances pour accéder aux services. Les régions éloignées sont aussi celles qui ont le moins de ressources et qui souffrent de plus de précarité. Par ailleurs, certain·e·s praticien·ne·s expriment des réticences à réaliser des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pour les habitantes de ces zones, en raison des difficultés à assurer un suivi post-intervention adéquat ou à prendre en charge les complications éventuelles.

« Donc la femme rurale, que ce soit en termes de besoins, que ce soit en termes d'indicateurs de SSR en général, elle peine pour des raisons socio-économiques, des raisons géographiques et des raisons qui sont liées aux valeurs aussi et aux convictions familiales, individuelles et dans le groupe. Et aussi la disponibilité de services qui reste toujours un service centralisé au niveau des zones urbaines, qui n'est pas démocratisé ». (UNFPA)

B. Barrières socioculturelles

Les convictions individuelles comme barrière

La plupart des femmes interrogées, y compris celles ayant déjà eu recours à l'IVG, ont exprimé une perception négative de l'avortement, le qualifiant souvent de **pratique contraire à la volonté divine** et aux normes morales. Certaines ont affirmé qu'elles renonceraient à une IVG même en cas de danger vital, par crainte d'une sanction divine ou pour se conformer aux attentes sociales, en particulier celles de leur conjoint.

« Avoir un enfant, déjà, c'est une bénédiction. Parce que si tu tombes enceinte, l'enfant n'a pas demandé de venir. C'est Dieu qui l'a envoyé. Donc, il vaut mieux l'envoyer sur cette terre. Pourquoi l'enlever ? Quelle que soient les difficultés, Dieu a toujours un plan pour chacune de nous. » (Femme migrante)

Les hommes interrogés ont également exprimé, dans leur quasi-totalité, une perception négative de l'avortement, perçu comme une pratique moralement condamnable. Citant par exemple le témoignage d'un homme migrant ayant accompagné sa conjointe lors d'une IVG :

« Ce n'est pas une expérience que je souhaiterais vivre parce que j'ai quand même stressé et que ce sont des choses qui sont très taboues chez nous, et moralement je pense qu'on a fait quelque chose de pas bien ». (Homme migrante)

Cette transgression de ce qui est « correcte » ou « acceptable », crée un sentiment de culpabilité qui est remarquable dans plusieurs récits :

« Je pleure tous les matins pour avoir faire ça. Je souffre. Je n'aurai dû pas le faire mais j'avais 17 ans » (Femme tunisienne célibataire ayant avorté)

L'influence de l'entourage sur la décision des femmes

Les convictions personnelles et la décision finale des femmes concernant l'avortement ou la contraception apparaissent fortement influencées par leur environnement social. Plusieurs témoignages (qu'ils émanent d'acteurs institutionnels ou de bénéficiaires) soulignent que la décision relève rarement d'un choix individuel exclusif, malgré le principe d'autonomie légale. Ce décalage entre le cadre juridique et les pratiques réelles est illustré par des situations de contraintes reproductive, comme en témoigne le cas d'une femme confrontée à des rapports de pouvoir coercitifs :

« ... Donc la décision de l'avortement, ça ne leur appartient pas, pas réellement. Parce qu'elle a peur de son mari. Là, nous avons un cas, elle a trois enfants. Chaque année, elle a eu un enfant. Et alors, je lui ai demandé pourquoi ? Elle m'a dit, - Madame, je n'ai pas le droit. Je n'ai pas le droit même de penser-. Tellement il a essayé de l'enfermer dans un cadre avec sa famille. Donc elle n'a pas eu le temps de réfléchir sur ses grossesses ». (Prestataire OSC)

Bien que certaines femmes aient initialement opté pour une IVG, elles révisent fréquemment leur position après des échanges avec leur réseau social (proches, partenaires). Les entretiens menés auprès de femmes migrantes et tunisiennes ayant initialement envisagé une IVG mettent en évidence des revirements décisionnels influencés par l'entourage (mère, sœur, tante). Par ailleurs, en contexte de détresse psychique ou de vulnérabilité psychosociale, une altération de l'autonomie décisionnelle est observée, limitant la capacité à exercer un choix éclairé :

« La pression la plus importante et la plus frappante, c'est la pression communautaire des pairs, des personnes qui appartiennent au même groupe ». (UNFPA)

Violence psychosociale : impacts décisifs sur les femmes

Les femmes en situation de vulnérabilité sont fréquemment exposées à des traumatismes ou violences altérant leur santé mentale, ce qui compromet leur capacité à opérer des choix éclairés. Cette réalité concerne notamment les victimes de coercition reproductive, où le conjoint instrumentalise son ascendant pour contrôler les décisions contraceptives ou l'accès à l'IVG. Confrontées à une détresse psychologique aiguë et à des rapports de domination systémiques, ces femmes présentent un accès limité aux dispositifs d'information relatifs à leurs droits, renforçant leur isolement décisionnel.

« C'est le cas d'une jeune fille victime d'un viol, la famille de cette fille a refusé cet enfant. Le père, je crois, à un certain moment, a été en prison et tout. Elle a refusé même de se marier, parce qu'à un moment on voulait la forcer. Selon la logique culturelle si la fille a été enceinté par un homme, si elle se marie, l'homme va sortir de prison. Donc cette femme a refusé de faire ça. C'était très compliqué pour elle. Et comme je vous l'ai déjà dit, elle a entré dans un trauma et à cause de cela elle refusait tout, même parfois de recevoir des informations ». (Prestataire OSC)

IVG : quel accompagnement par le partenaire masculin ?

Le partenaire masculin, lorsqu'il est impliqué dans la dynamique décisionnelle, constitue un acteur central de l'arbitrage relatif à l'IVG. Son influence, explicite ou implicite, sur le choix de la femme explique fréquemment le recours à l'IVG sous couvert d'anonymat.

« J'ai parlé avec mon mari. J'ai dit, je suis enceinte, mais je ne veux pas parce que le petit n'est pas encore grandi. Et puis, on cherche l'argent maintenant. Il m'a dit, lui, il est musulman. - C'est un péché pour Dieu, c'est tuer un enfant. Ça va aller, Dieu va faire les grâces -. Il avait sept enfants, c'est ce qu'il m'a dit. » (Femme migrante)

Bien que cette étude repose sur un échantillon restreint d'hommes, elle souligne la nécessité d'intégrer leurs perspectives dans les enjeux liés à la contraception et à l'IVG. Ces derniers

peuvent représenter des freins ou des leviers pour les femmes souhaitant recourir à l'avortement, nécessitant une inclusion systématique dans les politiques de santé reproductive.

Un témoignage recueilli auprès d'un homme migrant ayant accompagné sa partenaire lors d'une IVG met en lumière l'exclusion systématique des hommes par les dispositifs de santé en matière d'avortement et de contraception. Aucun accompagnement ne lui a été proposé pour exprimer ses questionnements ou son ressenti, pas plus qu'une information sur la contraception post-IVG n'a été dispensée.

« Je devais rester à chaque fois à l'extérieur et c'était elle qui partait seule. Je ne me suis pas du tout senti considéré. Sauf une fois. Je lui ai demandé de demander à la sage-femme qui nous a reçus là-bas, si je pouvais rentrer pour voir l'échographie de l'enfant. Donc la dame a accepté, je suis parti, j'ai vu. (...) Je me suis senti inquiet surtout pour sa vie parce que j'ai quand même assez lu sur le sujet. J'ai vu que ça comportait des risques. Donc j'avais peur que si quelque chose tourne mal elle y laisse sa vie. (Migrant étudiante) »

Les responsabilités liées à la santé sexuelle et reproductive (SSR) reposent majoritairement sur les femmes, un constat étayé par les témoignages masculins relatifs à leur propre perception du sujet comme à l'offre de services proposée.

« Ici, les hommes, ils essayent de passer le message que ça ne le concerne pas. Ça concerne seulement la femme. C'est elle qui prend l'enfant et qui va leur donner la vie. C'est elle responsable de tout ce qui est santé sexuelle. -Moi, homme, je n'ai rien à voir dans ce contexte-. Alors que c'est le contraire. Moi, je crois que la question, c'est le fait qu'ils ne savent pas à quoi consiste exactement tout ce qui est santé sexuelle et reproductive. Et puis qu'ils entendent telle ou telle chose, qu'ils n'ont pas étudié tout ça, ils ne savent pas comment ça fonctionne. Même leur physique, même la physique de la femme, ils ne connaissent pas comment ça fonctionne. (Prestataire OSC) »

Les hommes migrants expriment un intérêt marqué pour les enjeux de contraception, mais soulignent une offre limitée de services adaptés à leurs besoins, notamment en matière d'IVG. De plus, le sujet reste peu abordé au sein de leurs communautés, en raison de tabous persistants.

Chez les jeunes, il existe aussi des attitudes négatives par rapport à l'IVG. Une étude du Groupe Tawhida Ben Cheikh en Tunisie a trouvé que presque 40% des garçons et 31% des femmes sont contre la liberté des femmes à choisir l'avortement. (4)

Un sujet tabou, loi social vs loi juridique

Le refus des GNP et de l'IVG s'ancre majoritairement dans des normes religieuses. Une conception est perçue comme une « volonté divine », excluant ainsi la notion de non-désir. Par ailleurs, la sexualité est assignée à une finalité procréative, légitimée exclusivement dans le cadre conjugal. Ces prescriptions, présentées comme des « lois sacrées », entrent en tension avec les dispositifs juridiques encadrant l'IVG.

« ...L'avortement est refusé, non accepté par beaucoup de familles, par beaucoup de gens qui, parfois, au nom de la religion, considèrent que toute relation de mariage doit avoir pour objectif la reproduction. C'est-à-dire que si une femme mariée est empruntant, il vaut mieux qu'elle puisse garder l'enfant, parce que c'est ça l'objectif du mariage... » (Juriste) »

Cette thématique, relevant d'une prohibition, reste marquée par le tabou au sein des populations tunisiennes et migrantes, où elle est systématiquement évitée dans les échanges communautaires.

« Donc, ce n'est pas un sujet qu'on aborde. C'est un sujet vécu qu'on n'est pas capable de communiquer là-dessus. Impossible. On ne parle pas avec nos familles, nos filles, etc. Il n'y a pas de vraie éducation sexuelle au niveau de la société. C'est un sujet tabou. C'est un sujet qu'on le met, peut-être entre guillemets, juste pour rigoler. C'est juste au jour du mariage ou après quand on dit, voilà, tu sais, qu'est-ce que ça veut dire une relation sexuelle » (Prestataire OSC) »

Les grossesses non désirées entraînent une stigmatisation sociale et un risque d'exclusion. En Tunisie, les femmes célibataires concernées font l'objet d'expulsion de leur domicile et sont perçues comme une source de déshonneur au sein de leur communauté. Elles se retrouvent alors seules ce qui accroît leur vulnérabilité et entraîne une détérioration considérablement leur santé mentale.

« Il y a un autre problème, par exemple, si elle habite dans une région où elle connaît les professionnels de santé, elle est obligée d'aller dans une autre région où elle est inconnue. C'est dans ce sens-là. Pour ne pas être reconnue, surtout pour les filles célibataires ». (Prestataire OSC)

Perception biaisée des ONG et des structures travaillant sur IVG

Compte tenu de cette représentation négative des GND et de l'IVG, plusieurs services étatiques et de nombreuses OSC travaillant sur le sujet, sont mal perçus par la population, ce qui contribue à les éloigner davantage des femmes qui nécessitent le service.

« ...mais pour eux, nous, comme c'est l'éducation ici, on encourage les femmes à faire des choses qui ne sont pas... qui ne sont pas bien, en fait. Pour eux, nous ne sommes pas bien parce que nous, on défend des choses qui vont compliquer la vie conjugale et que nous sommes en train de détruire la famille puisqu'elle est unie ». (Prestataire OSC)

Une étude a déjà montré au préalable cette barrière, « Les espaces amis des jeunes de l'ONFP sont souvent perçus comme des espaces pour les avortements ». (5)

C. Barrières éducatives et d'accès à l'information

Manque d'information ou information erronée

Une des barrières les plus importantes est le manque d'information et la méconnaissance des mécanismes contraceptifs et des procédures d'IVG au sein des populations féminines, masculines et des jeunes. Cette barrière se trouve à différents niveaux chez les tunisiennes et les personnes migrantes, ce qui explique qu'un nombre significatif de femmes ne puissent recourir à l'IVG malgré le respect du délai légal initial : lorsqu'elles parviennent finalement à obtenir ces informations, le stade gestationnel excède fréquemment les délais légaux d'accès à l'IVG.

Ce manque concerne des informations liées à : l'existence de l'IVG et la contraception, leur fonctionnement, le droit à l'accès, et les démarches pour y avoir accès.

« Et quand on a discuté avec les jeunes, les jeunes dans les régions, par exemple, Médenine, dans le plein sud, Médenine, Tataouine, ils étaient très, très intéressés... Ils nous ont dit, il faut revenir, il faut nous expliquer, nous avons des questions, personne ne répond à nos questions ». (Prestataire OSC)

Les informations actuellement disponibles proviennent majoritairement des médias et des réseaux sociaux, et contribuent bien souvent à renforcer la stigmatisation de certaines populations.

Un programme d'éducation fragile

Les personnes interrogées ont unanimement relevé l'insuffisance, voire l'absence, de programmes structurés d'éducation à la sexualité dans certaines régions et populations. L'enseignement scolaire se limite fréquemment à des notions anatomiques (en cachant les organes génitaux dans certains cas), sans aborder les dimensions psychosociales liées à la sexualité, au plaisir ou aux affects.

L'UNFPA et l'ONFP ont lancé un nouveau programme d'éducation complet à la sexualité qui a fait face à plusieurs barrières comme la pandémie, les situations politiques, l'influence

médiatique. Ces facteurs ont entravé sa mise en œuvre telle qu'elle était initialement prévue. Actuellement, le programme est déployé en dehors du cadre scolaire, notamment au sein d'espaces tels que l' "Ami des jeunes".

Durant les entretiens, nous avons constaté l'existence de beaucoup d'informations incorrectes, liées à la contraception et à l'avortement. Les méthodes « traditionnelles » pour avorter existent encore, comme l'utilisation d'une haute dose d'alcool, de plantes, entre autres. Le besoin de clarification/démystification de plusieurs sujets est très nécessaire :

« Je voulais faire l'avortement, mais j'avais peur car je ne voulais pas mourir là. Peut-être j'allais laisser ma vie, alors j'ai décidé de dire, je vais garder ma grossesse. Peut-être cette enfant va me sauver. Si je fais l'avortement, probablement je ne vais pas tomber enceinte à nouveau » (migrante violée, 18 ans)

« Ah non, je n'ai pas pris de contraception parce que j'étais en train d'allaiter mon enfant. Je pensais que je ne pouvais pas tomber enceinte en allaitant, mais je suis tombé ». (Femme tunisienne célibataire)

« Les médicaments pour la contraception, ça me fait peur en fait. Je ne vais pas prendre de médicaments pour ne pas que ça complique demain ». (Migrante)

La méconnaissance des droits sexuels et reproductifs, en particulier concernant l'IVG et sa gratuité dans le secteur public, a déjà été mise en évidence dans plusieurs études. L'enquête menée en 2019 par le groupe Tawhida a révélé que 80 % des jeunes interrogés ignoraient que ce service est gratuit, et près de 50 % ne savaient pas que l'avortement est légal durant le premier trimestre de la grossesse (52.8% des filles et 42.8 % des garçons affirment que l'avortement est illégal). (3)

Information vs publicité

Les entretiens menés auprès des praticien.ne.s ont révélé que l'information relative à l'avortement n'est communiquée aux femmes que lorsqu'elles en font explicitement la demande ; de leur propre initiative, ces professionnel.le.s ne fournissent pas systématiquement cette information.

Le personnel sanitaire informe plus ou moins les femmes durant une consultation liée à une grossesse inattendue, cependant il n'y a pas de stratégie de communication active.

Dans les salles d'attente des services sanitaires, on trouve des affiches ou flyers informant sur d'autres sujets « moins tabou » comme le cancer du sein, l'hypertension, etc., mais pas sur l'avortement. Selon une professionnelle de santé interviewée « ce serait faire de la publicité », ce qui pourrait nuire à son image.

« (l'information)... Ça peut être partout, les campagnes, la radio. Il y a des émissions. C'est-à-dire, on parle plus que ça. Maintenant, avec Internet, il y a des sites où on peut faire passer des informations. Parce que dans le cabinet, c'est rare de voir... Ah ben non, on ne fait pas de publicité pour ça, bien sûr ! Non, non. (...) vu la structure, vu la société, on ne peut pas parler de ça très ouvertement. Parce que ce serait mal vu par l'entourage (...) Donc il faut faire avec parce qu'on ne peut pas comme ça, ce ne serait pas bon de braquer ça directement, le résultat serait pire. Donc les choses se font, on n'en parle pas trop mais elles se font, il n'y a pas de souci ». (Médecin)

D. Barrières financières

Les femmes et les hommes en situation de précarité rencontrent d'importantes difficultés financières. La majorité des femmes tunisiennes et migrantes interrogées dans le cadre de cette étude sont sans emploi. Elles éprouvent des difficultés à se rendre dans les structures

socio-sanitaires, le coût du transport constituant un obstacle majeur. Ce problème est vécu tant en milieu rural qu'en zone urbaine.

« J'ai proposé de faire une séance de sensibilisation ici gratuitement. Mais elles ont refusé, elles n'ont pas de l'argent nécessaire pour venir. Donc il faut quelque chose qui les motive pour venir. Ce n'est pas facile dès le début parce qu'elles sont dans des endroits ruraux ». (Prestataire OSC)

« Moi, je ne veux plus aller là-bas. Je ne suis pas obligée d'aller loin là-bas. Rien que le transport, aller et retour là-bas, c'est presque 30 dinars. Oui, c'est trop cher ». (Migrante)

Ces difficultés financières concernent également les hommes migrants, qui se retrouvent fréquemment dans l'incapacité d'acheter des préservatifs.

« Bon, tu n'as pas de moyens. Tu n'as pas les moyens pour acheter des trucs comme ça. Tu es avec ta femme en Tunisie. Tu n'as pas le choix, tu n'as pas l'argent pour aller acheter des trucs, des préservatifs, pour te protéger, pour ne pas que ta femme ne tombe enceinte ». (Homme migrant)

E. Barrières structurelles (autres que celles du système de santé)

Le délai de 12 semaines de grossesse, un blocage plus fréquent pour les cas vulnérables

Bien que la loi soit perçue comme un acquis par l'ensemble des personnes interviewées, elle constitue, pour certaines, un obstacle — notamment dans les cas de grossesses non désirées résultant de viols. Ces femmes se présentent souvent auprès des OSC alors que leur grossesse a dépassé le délai légal autorisé pour un avortement. Or, la loi est explicite et ne prévoit pas d'exception pour les cas de viol, ce qui en fait un frein dans des situations qui mériteraient pourtant une prise en charge spécifique.

« J'ai des bénéficiaires qui ont resté gravées, disons, dans ma tête. Ce sont des migrantes qui traversent le Sahara depuis l'Algérie vers Tunisie. Et en traversant la Sahara, elles sont violées. J'en ai vraiment plein. Peut-être durant les quatre ou bien cinq mois passés, j'ai rencontré cinq ou bien six. Et depuis ce temps-là, ils... Ils viennent à Sfax et après en Tunisie. Ils consultent ici malheureusement trop tard pour une IVG. C'est-à-dire un enfant en suite à un viol, dans des conditions super mauvaises, disons. Elles ne veulent pas l'enfant, mais elles n'ont pas de solution malheureusement ». (Prestataire OSC)

Compte tenu de l'ensemble des barrières décrites dans ce rapport, les populations vulnérables sont particulièrement affectées par le délai légal de 12 semaines. Confrontées à de nombreux obstacles, les femmes perdent un temps précieux, ce qui compromet leur accès à l'IVG dans les délais autorisés.

Discours politique

Plusieurs personnes interviewées ont corroboré les observations issues de précédentes recherches : les événements post-révolutionnaires de 2011 ont contribué à une détérioration des représentations sociales entourant des thématiques telles que l'IVG. Bien que les apparences suggèrent un retour progressif à une forme de normalité, le contexte actuel reste marqué par une perception d'une marginalisation persistante de la Santé sexuelle et reproductive (SSR).

« Donc, même la Direction générale de la santé a l'air d'avoir des dossiers qu'elle priorise par rapport aux dossiers de la SSR. Et d'ailleurs, c'est reflété dans le budget de la santé où on ne retrouve pas la SSR. (...) Il y a la SSR qui est dépriorisée à l'échelle nationale. Il y a le manque de gouvernance au niveau de la question de la SSR au niveau national. Et la question de développement et les disparités régionales qui aussi ». (UNFPA)

Le gouvernement actuel adopte un positionnement strict à l'égard des organisations de la société civile (OSC), lesquelles expriment des inquiétudes quant au respect des exigences réglementaires, conduisant à une réduction de leurs interventions ou à des stratégies de discréction opérationnelle. Cette dynamique affecte particulièrement les OSC et ONG œuvrant

auprès des personnes migrantes, en cohérence avec une politique publique explicitement restrictive en matière migratoire. Selon les OSC interrogées, ce discours anti-migratoire influence les pratiques des prestataires de santé, qui s'appuient sur ce cadre normatif pour justifier des restrictions ou des complexifications dans l'accès aux services sanitaires pour ces populations.

« Je crois qu'il n'y a pas une décision politique claire. C'est anti-flux migratoire. Et donc, comment on croit que le service public ne va pas suivre les décisions au niveau du sommet ? (...) Et donc, de moment où il vient au niveau politique, notre président, pour dire, voilà, il ne faut pas les accepter, il faut les laisser partir. Alors, qu'en pensons-nous qui agit un service administratif comme celui-là au pouvoir ? » (Prestataire OSC)

Ce climat dissuade tout plaidoyer direct auprès de l'État, par crainte de signalements, de menaces ou même d'arrestations.

« Je ne vois pas, par exemple, des personnes qui sont là pour défendre ou bien pour plaider. J'ai l'impression que tout le monde veut se retirer, même de la société civile. Elle va dire que c'est un sujet qui est menaçant pour ta propre sécurité » (Prestataire CASO)

« Mais la question, ce n'est pas que nous ne voulons pas travailler. En fait, nous avons juste... des complications politiques qu'on ne peut pas mettre notre staff en danger » (Prestataire OSC)

Loi sans procédures claires, terrain propice à l'arbitraire

Le dispositif législatif encadrant l'IVG est globalement maîtrisé par les acteurs socio-sanitaires interrogés. Toutefois, l'explicitation des modalités opérationnelles relatives à sa mise en œuvre fait apparaître d'importantes divergences interprétatives, voire des zones de flou juridique. Ces ambiguïtés s'accentuent dans les situations particulières impliquant des personnes migrantes, des mineurs ou des cas relevant de l'ITG.

A la question, « est ce qu'il y a une réglementation ou une procédure décrite pour la gestion du service d'IVG ? » la plupart des participantes à l'étude ont répondu « oui, ça doit exister, mais je ne l'ai pas avec moi » ou « oui, mais ce sont les hôpitaux qui produisent leurs propres documents ».

« La loi est silencieuse, c'est nous qui avons mis la procédure dans le centre de maternité, il n'y a pas de documents. Dans les hôpitaux ce sont les services des universités qui créent leurs propres documents. » (Gynécologue)

Cette situation reflète l'origine de nombreuses barrières identifiées : une hétérogénéité des pratiques caractérisée par une application discrétionnaire des protocoles par les professionnels, selon des logiques individuelles. Nos observations mettent en évidence des disparités significatives entre structures sanitaires : exigences variables en matière de pièces d'identité, recours inconstant à des engagements de responsabilité signés par les patientes, signalements arbitraires aux autorités policières pour les IVG au-delà de 12 semaines, entre autres. Cette prolifération de pratiques non régulées découle en partie de l'absence de directives nationales standardisées encadrant les procédures. Le secteur privé présente, quant à lui, des variations similaires.

« Toutefois majeur, à partir de 18 ans (...) On ne demande pas leur vraie identité. Juste on vérifie qu'elle est majeure. On peut le vérifier rien que par la physiologie de la femme. Les papiers, ce n'est pas important pour nous ». (Gynécologue privé)

« La 2eme fois (grossesse de 8 semaines) ils m'ont donné un papier à signer pour les dégager de la responsabilité ». (Femme TS Sousse)

Les OSC s'efforcent d'évoluer au sein de ce paysage complexe, une réalité qui exacerbe les difficultés de prise en charge des femmes concernées

« Il y en a quelques-unes que j'ai envoyées à l'ONFP à l'Ariana. Et je le rappelais, ils m'ont dit - ils n'ont pas accepté de nous recevoir-. Ils ont dit que ce sont des migrantes, donc elles n'ont pas les papiers. Donc je leur dis, revenez à l'association, je vais vous donner une lettre de liaison à un autre centre. Je lui donne, par exemple, elle habite à l'Ariana, je donne à un centre à Bardou. Malheureusement C'est un peu loin, mais au moins, ils l'acceptent. » (Prestataire OSC)

L'interruption thérapeutique de grossesse (ITG) figure parmi les pratiques les plus sujettes à des interprétations divergentes. Les modalités décisionnelles varient en effet considérablement selon les structures : certaines instituent un collège pluridisciplinaire de spécialistes pour valider la procédure, d'autres conditionnent la décision à une évaluation psychiatrique obligatoire, tandis que certaines se contentent d'un avis médical isolé. Cette absence de protocole unifié contribue, entre autres facteurs, à ce que l'ITG reste une pratique dont l'application reste marginale.

Ce double déficit – réglementaire (vide juridique) et **interprétatif** (méconnaissance des dispositions légales) – génère chez les praticiens **une appréhension des poursuites judiciaires**, les incitant à privilégier une posture de retranchement préventif. Cette logique de précaution, visant à limiter les risques professionnels, se traduit par un recours systématique au refus de prise en charge, contribuant à une privation d'accès systémique.

« Dans un des débats, c'était avec des médecins gynécologues et des néonatalogues, (...) j'ai vu qu'ils comprennent mal cet article. Alors, d'abord, leur dire, vous avez le droit de pratiquer l'avortement. Ils nous disent, oh, mais l'article, il est dans le chapitre relatif au crime. C'est un infanticide. (...) Moi, si je fais ça, après, je vais être immédiatement arrêtée » (Prestataire juriste OSC)

Si les lacunes dans la maîtrise du cadre légal et procédural relatif à l'IVG sont manifestes, elles s'avèrent plus prononcées encore concernant d'autres aspects réglementaires, à l'instar de l'exigence systématique – ou non – d'une pièce d'identité pour l'accès aux services de santé. Les échanges ont révélé des divergences marquées au sein des acteurs concernés sur cette question. Une telle méconnaissance entrave également la défense effective des droits des personnes concernées.

Traitements personnalisé, pas institutionnalisé

En raison de l'absence de réglementation et de contrôle, les pratiques ne sont pas pleinement institutionnalisées. Ainsi, la mise en œuvre effective de l'acte repose souvent sur le fait de trouver, par "chance" ou "hasard", un·e praticien·ne disposé·e à s'y engager. Une fois cette personne identifiée par les femmes ou les organisations de la société civile, l'accès devient plus aisé.

« Le relationnel en Tunisie est basé sur les connaissances, en général. Même s'il y a des lois, il y a des circulaires, c'est tout ce que tu veux, mais en général, la voie normale, même pour un citoyen normal, pour avoir tous les services nécessaires à temps, même si c'est en plein droit, il faut que tu connaisses quelqu'un. Si tu connais quelqu'un, ça va être plus facile, tu vas avoir le service. Les autres qui ne connaissent personne, ils vont ou bien attendre beaucoup de temps, ou bien ils ne vont pas avoir le service. C'est une règle générale dans les différentes administrations malheureusement » (Prestataire OSC)

Cette dépendance à un acteur clé constitue un mécanisme de contournement précaire, exposant l'accès à une vulnérabilité systémique : le départ de cet individu du dispositif institutionnel entraîne la réinstauration des barrières initiales. Une telle configuration requiert une mobilisation soutenue des organisations de la société civile (OSC) pour pérenniser les canaux d'accès. Ce constat souligne que la simple instauration d'un cadre réglementaire et de procédures standardisées demeure insuffisante pour neutraliser cette barrière.

Peu de coordination nationale et régionale impliquant les autorités

Il n'existe pas un système de coordination autour de la santé sexuelle et reproductive et encore moins autour des GND ou l'IVG. Il y a un manque de gouvernance de la part des autorités étatiques dans ce sens. Il n'y a pas d'espaces de coordination nationaux ou régionaux pour échanger avec les acteurs.trices impliqué.e.s, autour des thématiques et il n'y a aucun essai de coordination intersectorielle. Seules les OSC font l'effort de se coordonner entre elles de façon territoriale.

« Aussi, le fait qu'il n'y ait pas de transversalité entre les services, c'est que chaque service, finalement, travaillerait en solo, enfermé dans son action, son périmètre, etc ». (Atelier d'analyse)

Certaines organisations de la société civile disposent de conventions signées avec le ministère de la Santé ou celui de la Femme. Toutefois, les initiatives de coordination s'inscrivent le plus souvent dans le cadre de projets ponctuels et cessent dès l'épuisement du financement. Par ailleurs, plusieurs entretiens menés avec ces organisations ont révélé un sentiment selon lequel les autorités privilégieraient désormais la coordination avec les Nations Unies à leur détriment.

« Ils ont arrêté beaucoup de conventions avec la société civile. Ils ont surtout des conventions avec les Nations Unies maintenant » (Prestataire OSC)

À l'instar de la personnalisation précédemment évoquée, la coordination avec l'État dépend également de la volonté et de l'engagement de la personne occupant le poste à un moment donné.

« Non, la réponse est très claire. La coordination n'existe pas. On a essayé en 2022 de lancer un groupe qui s'appelle Gim SSR, groupe indépendant de monitoring de l'accès à la SSR avec des acteurs de la société civile, des agences onusiennes, des observateurs indépendants. (...) mais c'est toujours difficile de rassembler tout le monde. Et comme j'ai dit, quand il y a une tendance à déprioriser ce dossier à l'échelle nationale, ça devient contagieux ». (UNFPA)

F. Barrières du système de santé

Ces barrières sont regroupées en trois catégories : liées à l'organisation des services, à la qualité de la prestation, et à la gestion de ressources humaines.

Barrières liées à l'organisation des services

1. Cliniques privées VS droit fondamental : la double tarification de l'IVG

Bien que les services d'interruption volontaire de grossesse (IVG) et de contraception soient gratuits au sein de l'ONFP, de nombreux cas requièrent des examens complémentaires de laboratoire, d'imagerie ou une hospitalisation, indispensables à la réalisation de l'acte en toute sécurité. Dans de telles situations, certains services deviennent payants, en particulier lorsque la femme ne bénéficie d'aucune couverture sociale ou assurance.

« Ils vont demander un bilan sanguin juste pour vérifier le groupe sanguin de la personne, et pour s'assurer qu'elle n'a pas de problème d'anémie, etc. (...) pour les examens, ils ne se font pas à l'ONFP, ils se font ailleurs, soit dans les laboratoires privés, soit à l'hôpital. Et c'est payant pour les personnes qui n'ont pas de couverture de santé ». (Prestataire ONG)

Outre les services non couverts par la gratuité de l'IVG, certaines pratiques tarifées peuvent concerner des actes aussi élémentaires que l'enregistrement de la patiente. Chaque ONFP ou établissement hospitalier applique en effet ses propres "règles" en la matière.

Dans les cas où les femmes sont contraintes de recourir au secteur privé, le coût de l'intervention s'avère particulièrement élevé (environ 350 DT pour une IVG médicamenteuse et 500 DT pour une IVG chirurgicale). Très peu de femmes en situation de précarité peuvent se permettre de tels montants, sauf lorsque le service est pris en charge par une organisation de la société civile.

2. L'accès aux soins est-il conditionné par le paiement plutôt que par la situation individuelle ?

L'organisation des services impose le règlement des frais par la patiente comme condition à sa sortie. Or, comme mentionné précédemment, les personnes vulnérables disposent souvent de ressources financières limitées. Bien que certaines ONG interviennent occasionnellement pour couvrir ces frais, des cas persistent où les établissements hospitaliers retiennent les patientes jusqu'au paiement, comme en témoigne le récit suivant. :

« ... Quand on finit même de prendre soin de toi (après l'IVG), à l'heure qu'il faut qu'on signe la sortie pour que tu sortes, tu dis -c'est Médecins du Monde qui va gérer- Ils te retiennent sur place. Nous sommes là à l'hôpital, il faut qu'on prenne soin de nous, tu es là en pleine douleur, on te fait rester à l'hôpital comme si, je ne sais pas... Ça ne m'a pas plu et le bébé était seul à la maison... » (Migrante)

3. Désorganisation de services

Certaines structures hospitalières présentent une absence de protocole formalisé pour l'affectation des patientes, conduisant à une errance administrative marquée par des réorientations successives entre services sur plusieurs jours. Ce parcours fragmenté engendre une perte de temps critique, rapprochant les femmes des limites du délai légal pour accéder à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), comme en témoigne le parcours d'une femme ayant sollicité une IVG dans un contexte de post-partum immédiat:

« Ils ont d'abord donné le premier rendez-vous. Je suis venue, ils ont encore donné le deuxième rendez-vous. En fait, là-bas, ils tournent beaucoup. Quand tu arrives, on ne peut pas t'accueillir rapidement. On est toujours en train de donner rendez-vous. J'ai marché à l'hôpital pendant deux semaines. Quand je suis revenue pour la deuxième fois, ils ont dit que j'ai accouché au service B, ce eux qui doit prendre soin de moi. Le service B m'a encore renvoyé au service D. Le service D dit non, comme tu as accouché dans le service B, c'est toujours le service B qui prend soin de toi. Finalement c'est le service D qui a pris soins de moi (...) le jour qu'ils ont accepté de prendre soin de moi, quand on a refait l'échographie, j'étais déjà à 13 semaines » (Migrante)

Les femmes sont contraintes à des reconduites d'examens exemple groupe sanguin, échographie, etc. en raison du refus des établissements de santé de reconnaître les résultats produits par des praticiens externes (dans certains cas). Ce phénomène est exacerbé par des lacunes dans les procédures de référencement, où l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP) ne transmet pas systématiquement les copies des examens préalablement réalisés. Ces dysfonctionnements bureaucratiques génèrent un fardeau socio-économique disproportionné pour les concernées, combinant dépenses supplémentaires et allongement des délais d'accès aux soins.

« ...En Tunis, le planning ne donne rien, ni les lettres, ni le dossier qui fait le suivi pour aller à l'hôpital. Donc, quand elle est allée à l'hôpital, elle était obligée de refaire toutes les analyses et tout ça, et on a dépassé les temps, on a dépassé les 12 semaines... » (Prestataire OSC)

4. Indisponibilité de services ou médicaments

En raison de l'indisponibilité de certains services, tels que les examens de laboratoire ou l'échographie, les femmes sont fréquemment contraintes de se rendre dans d'autres structures. Cette situation peut également résulter de l'absence du médecin le jour de leur

venue. L'indisponibilité peut être liée à une panne technique ou au fait que le service n'est tout simplement plus assuré dans le centre concerné. Par ailleurs, des ruptures de stock ont également été signalées dans d'autres études. (2)

« Il y avait l'obstacle aussi des services qui n'étaient pas accessibles dans les centres. Par exemple, de faire l'analyse de sang, les sérologies. Parfois, la machine de l'échographie était en pain, donc ils demandaient de faire ailleurs. Donc, dans la situation de nos bénéficiaires, il n'y avait pas le moyen de faire. Donc, ça complique les choses ». (Prestataire OSC)

5. Horaires inadaptés

Plusieurs antennes de l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP) proposent des plages horaires inadaptées aux contraintes spécifiques des usagères, avec une disponibilité erratique limitée à quelques créneaux hebdomadaires. Par ailleurs, certains services demeurent inaccessibles pendant une partie des heures d'ouverture officielle des centres. Selon une étude déjà réalisée par l'UNFPA et l'ONFP en 2014 en Tunisie « seulement 20% des CSB assurent une consultation médicale et de SSR 6 jours sur 6 » (6).

Souvent, les femmes effectuent de longs déplacements pour se présenter durant les heures d'ouverture, mais à leur arrivée, on leur indique que le médecin ou le spécialiste n'est disponible que certains jours à des heures précises. Elles perdent ainsi du temps et de l'argent et de puisqu'elles doivent revenir ultérieurement..

« J'ai dû attendre à la semaine prochaine parce qu'il faut aller sur rendez-vous pour faire l'écho, c'est le médecin qui est en charge de faire l'échographie et le médecin n'est pas présente tous les jours. Il y a le mercredi le mardi, le vendredi » (Femme Tunisienne)

Cette contrainte horaire se révèle d'autant plus contraignante pour les femmes soumises à des obligations strictes, telles que les étudiantes universitaires ou lycéennes, ainsi que pour les femmes célibataires résidant chez leurs parents, auxquelles il n'est pas toujours possible de justifier leurs déplacements.

6. Pénurie médicamenteuse

Les médicaments (Mifegyne et misoprostol) autorisés sur le territoire tunisien pour l'interruption volontaire de grossesse sont exclusivement dispensées par la pharmacie centrale, leur utilisation étant soumise à un encadrement réglementaire strict. Jusqu'à une période récente, les professionnel·le·s de santé libéraux devaient importer ces molécules de l'extérieur du pays via des circuits informels pour s'approvisionner, une contrainte logistique ayant favorisé le recours majoritaire à l'IVG chirurgicale dans le secteur privé.

Le Ministère de la Santé a récemment instauré un protocole réglementaire autorisant l'approvisionnement en médicaments par les cliniques privées. Ce dispositif implique une procédure de commande nominative incluant les données d'identification de la femme concernée auprès de la pharmacie centrale, générant des délais administratifs et soulevant des enjeux de confidentialité des données de santé. Ces contraintes bureaucratiques rendent le processus dissuasif.

« (par rapport à la nouvelle procédure) C'est très, très compliqué. Le délai d'attente est très long... Et des fois, c'est dans les gens qu'il faut donner les comprimés. Sinon, le lendemain ou l'après-midi, elle va dépasser l'âge de l'IVG médicamenteuse ». (Gynécologue privé)

À ce stade, aucun consensus ne se dégage au sein du corps médical gynécologique concernant les modalités de régulation de l'approvisionnement en médicaments abortifs. Une partie des praticien·ne·s exprime des réserves quant aux risques potentiels d'une accessibilité accrue, tandis qu'une autre plaide pour un assouplissement des modalités

d'accès. Dans l'intervalle, et malgré l'absence de données consolidées, les établissements privés semblent continuer de privilégier l'IVG chirurgical – méthode générant des coûts plus élevés pour les femmes.

« (...) On s'est battu pour que le privé puisse acheter directement les médicaments, mais pas possible. Il faut demander à l'ONFP avec le nom de la femme et tout. En plus si on pouvait acheter c'est compliqué, si l'ONFP achète 1 million, nous au privé on achète 100, alors la commande n'est pas intéressante, ils vont prioriser l'ONFP, on aura plus de retard à les avoir. Il faut laisser la vente libre pour tout le monde. Il y a souvent une rupture de stock au privé, souvent il y a juste cytothèque et on doit le faire juste avec ça, c'est deux fois plus de temps et deux fois plus douloureux. L'approvisionnement est un handicap pour le privé. (Gynécologue privé)

7. Peu de services mobiles

Les OSC et les praticien·ne·s interrogé·es convergent dans leur constat d'un déficit marqué, voire d'une absence, des services mobiles dédiés à l'éducation et à l'orientation en santé sexuelle et reproductive (SSR). Pour les populations vulnérables confrontées à des barrières multifactorielles d'accès aux soins, le renforcement de ces services mobiles constituerait un levier opérationnel stratégique.

Les OSC ont aussi réduit leurs interventions compte tenu du contexte délicat marqué par des risques de répression institutionnelles. Bien que des initiatives ponctuelles de collaboration entre l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP) et des OSC spécialisées en services mobiles soient documentées, celles-ci demeurent dépendantes des ressources et des financements disponibles. Par ailleurs, les horaires d'ouverture des structures publiques ne coïncident pas toujours avec les disponibilités des bénéficiaires, ce qui constitue un frein à la mise en œuvre effective de ce type d'actions.

Les personnes résidant en zones éloignées des structures de proximité et ayant pris part à l'enquête ont déclaré un besoin marqué pour le déploiement de tels leviers d'intervention :

« Quand il y a un médecin qui passe là-bas, à la brousse ? Pour voir si vous allez bien ? Il y a des gens là-bas, au froid, comme ça. Wallahi, ça ne va pas. Mais personne ne vient pour vérifier. » (Migrante)

8. Faible gestion de données et manque de redevabilité

La gestion des données reste insuffisante pour permettre une compréhension claire de la situation. Par ailleurs, les structures privées ne sont pas tenues de transmettre leurs statistiques aux autorités sanitaires, rendant l'activité du secteur privé largement méconnue. Les données actuellement disponibles sont très limitées : elles se concentrent essentiellement sur le volume des services fournis, sans apporter d'informations détaillées sur le profil des bénéficiaires. La catégorie des populations vulnérables est quasiment absente des statistiques existantes.

« On sait que l'ONFP fait juste la moitié des avortements et que l'autre moitié s'est faite au privé. Mais il n'y a pas un système centralisé de suivi, de documentation et de veille sur le droit d'accès à l'IVG en Tunisie ». (UNFPA)

Les données nécessaires pour qualifier les barrières d'accès à l'avortement comme un enjeu de santé publique font défaut. Par exemple, il n'existe pas de statistiques précises sur la mortalité ou la morbidité maternelle liées à l'avortement. Ainsi, un décès peut être enregistré sous le diagnostic d'hémorragie, sans qu'il soit possible de déterminer s'il est lié à une grossesse non désirée ou à une tentative d'avortement.

L'absence de suivi et de contrôle empêche toute analyse approfondie de l'accès aux services, et a fortiori de leur qualité. Dans un tel contexte, les mécanismes de redevabilité sont inexistantes.

« *Il n'y a pas de redevabilité. Il n'y a pas de processus de redevabilité. D'abord, il n'y a pas de stratégie réelle de santé sexuelle et reproductive. Il y a l'office qui donne des statistiques par rapport au nombre de services pas de femmes. Ça ne veut rien dire. Et donc, il n'y a pas d'évaluation. (Prestataire OSC)* »

Selon l'UNFPA, les données et études existantes sur l'avortement sont principalement qualitatives et manquent de contenu quantitatif permettant de mesurer concrètement l'impact de la situation sur la santé publique.

« *Il n'y a pas de données de qualité sur l'avortement en Tunisie, sur l'accès, sur les barrières et tout. (...) Ce qui existe sont des études qualitatives. Elles portent quand même une variable de plaidoyer et donc du coup, même quand on présente ces données-là, il y a toujours (...) la question de biais, de plaidoyer, c'est-à-dire qu'il n'y a pas les données quantitatives* » (UNFPA)

Barrières liées à la qualité de la prestation

1. Refus de l'IVG pour multiples raisons

Refuser de pratiquer l'interruption volontaire de grossesse (IVG) à des femmes tunisiennes et migrantes constitue un phénomène répandu au sein des services de santé. Cette pratique concerne principalement les sages-femmes, mais s'étend également à certains médecins et gynécologues. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène:

Refus à cause de

- Croyances religieuses : par ex. « *Le mois de Ramadan la sage-femme refuse de faire les IVG's* ». (Prestataire OSC)
- Raisons « administratives » : par ex. « *(...) pour le cas des personnes immigrantes ou même pour les personnes tunisiennes qui sont en situation de sans domicile fixe qui ne possèdent pas des pièces d'identité, ça c'est le premier obstacle. Donc, l'absence ou le manque des pièces d'identité. Donc, même s'ils se dirigent vers l'ONFP, ils seront refusés tant qu'ils ne possèdent pas une pièce d'identité.* (Prestataire ONG)
- Nombre d'IVG antérieures : par ex. « *(par rapport à une femme travailleuse du sexe)... Et puisque c'est une femme qui fait une IVG trois fois par an ou bien plus, elle a des problèmes pour la quatrième fois ou bien pour la cinquième fois. Donc, on a trouvé des refus* ». (Prestataire OSC)
- Craindre la justice : « *Je me souviens de quelques-unes un peu avancées. Moi, je n'ai pas voulu prendre la responsabilité. Bon, je sais qu'on peut faire avec les médicaments jusqu'à 10 semaines ou comme ça. Mais comme ce sont des mineurs, vu le problème, moi, je laisse ça à un autre gynécologue, ce n'est plus moi qui se débrouille avec le délégué. Pour question de responsabilité* ». (Médecin)

« *Et parce que voilà ce qui peut se passer. Il y a un accouchement, il y a une IVG. Elle a saigné. Le mari, il va venir, il va casser l'office, il va dire, vous, vous avez fait ceci, cela, où elle est la médecin qui a fait ça, ou la sage-femme, etc. Les praticiennes sont tabassées dans les salles d'urgence, ils sont tabassés, parfois par le mari, par le frère, par ceci, par le compagnon, et tout. On a entendu plein de gynécologues et de sage-femmes qui sont allés à la prison à cause de ce problème* » (Prestataire OSC)

2. La décision des femmes sous influence

Certain·es praticien·nes tentent d'influer sur la décision reproductive des femmes en invoquant des convictions religieuses ou morales ou encore sur la base d'évaluation de la situation socio familiale (statut matrimonial, capacité présumée à assumer une maternité), voire le nombre de recours antérieurs au service. Ces arguments s'appuient sur une interprétation aléatoire de la récurrence des IVG – bien que statistiquement non corrélée – pour justifier des restrictions paternalistes.

« Par exemple si elles sont fiancées, qui vont se marier quelques mois après, même trois mois après. Je dis, bon, tu peux le garder, puis on peut discuter. Ou je peux dire... Ah non, non, il n'est pas question, donc voilà on le fait. Bon, on essaie quand même de discuter. » (Médecin)

« Parfois je trouve qu'on en fait trop, (...) ça devient trop facile. Il y a beaucoup de femmes qui n'emploient aucune méthode de contraception. (...) Alors ça, c'est l'envers de la médaille. C'est pour ça qu'on essaye au maximum de discuter, de dire pourquoi tu n'as pas pris un moyen de contraception. Et puis des fois, il m'arrive de m'énerver auprès les femmes. Il y en a que j'en ai déjà... engueulé, parce elle vient la première fois, la deuxième fois, la troisième fois, et à chaque fois, elle ne revient pas pour la contraception. Je dis, c'est quoi ça ? Tu vas faire ça jusqu'à quand ? » (Gynécologue)

3. Jugements, une cause de perte de confiance dans le système de santé

Les femmes sont confrontées à des jugements et à une stigmatisation tout au long du parcours de prise en charge, l'avortement – ainsi que les comportements qui y ont conduit – étant perçus par de nombreux prestataires comme moralement répréhensibles.

« (...) puisque vous êtes mariés et vous êtes dans une relation légale et tout, il leur dit pourquoi vous faites ça, ce n'est pas normal, Dieu ne veut pas ça, toi tu vas commettre un péché, haram, tu vas être puni par Dieu et tout. Donc, elle se met dans une position de défense. Des fois, elle voit que ce n'est pas à elle de décider, c'est la société qui va décider (...) » (Prestataire OSC)

« La sage-femme te dit pour t'examiner : aller ouvre les jambes. Pourquoi tu as peur, tu n'as pas eu peur d'ouvrir les jambes pour un homme mais moi je te fais peur. Pourquoi tu t'es mise dans cette situation. J'ai supporté la 1ère fois mais pour le 2ème avortement je suis descendue de la table d'examen et je suis partie à la clinique privée avec l'aide d'une association » (Femme célibataire TS).

« La 3ème fois, Au planning, ils m'ont donné un comprimé et ils m'ont demandé de rester sur place. J'avais très mal, moi et d'autres femmes on était dans une salle on hurlait de douleur. Tu vois celle qui va aux toilettes et qui crie, "il est tombé" et tu vois celle qui se noie dans son sang. J'avais l'impression cette seconde que c'était un châtiment de Dieu, et la sagefemme présente c'est comme si elle n'était pas là. Une fois que le foetus est tombé elle m'a fait l'Echo et elle me dit : "J'espère ne plus te revoir ici" (Femme célibataire TS).

Ces jugements portent atteinte à l'estime de soi des femmes et entachent leur confiance dans le système de santé. Nombre d'entre elles partagent ensuite leur expérience avec d'autres femmes, qui, par crainte de vivre une situation similaire, se tournent vers le secteur privé.

« Un mauvais contact engendre une perte de confiance. Même si elles ont d'autres besoins, (...) elle décide des fois de faire le blocage et de se fermer sur elle-même ce qui peut engendrer d'autres choses pour sa santé physique mais aussi mentale » (Prestataire OSC)

Souvent les prestataires nient ces attitudes durant les ateliers de clarification de valeurs réalisés par les OSC, cela rend le changement encore plus difficile.

4. Demande d'autorisation de la famille ou du mari

Dans certains centres de santé, une autorisation familiale est exigée pour la réalisation de l'IVG. Cette pratique concerne plus fréquemment les femmes célibataires, en particulier les plus jeunes vivant encore au sein du foyer familial. Il arrive également que, pour les femmes mariées, le consentement du mari soit demandé.

« Pour les jeunes filles, parfois, lorsqu'elles savent qu'elles sont dans leur famille, elles demandent l'autorisation des parents. Même si c'est plus de 18 ans. Elles vont te dire si tu es avec ta famille, tu dois t'être accompagnée avec ta mère... » (Prestataire OSC)

« Il y a vais un cas, sa maman lui a forcé de se marier avec quelqu'un de la famille (...) Elle est bipolaire, elle a des troubles psychologiques. Elle a dit, voilà, je suis enceinte, je ne veux pas. (...) Mais le côté administratif en Tunisie à l'hôpital ont dit tu es mariée, c'est bon. Mais il est où le mari, pour qu'il donne son consentement ? » (Prestataire OSC)

5. Violence gynécologique autour de la contraception

De nombreuses femmes interviewées ont rapporté des pratiques relevant de la violence gynécologique en lien avec la contraception. Certain·e·s professionnel·le·s de santé posent des dispositifs intra-utérins ou administrent des injections contraceptives sans obtenir le consentement préalable de la femme. D'autres acceptent de réaliser une IVG uniquement à condition que la femme adopte une méthode contraceptive, sans toujours lui laisser la possibilité de choisir parmi plusieurs options.

« La deuxième fois que j'ai fait l'IVG, sans me dire, ils ont mis ça (stérilet). Ils me l'ont dit après l'avortement. Femme célibataire TS)

« Ils nous obligent à prendre une contraception pour faire l'IVG, on nous laisse le choix entre deux moyens, soit une injection (3 mois), soit un implant. On ne laisse pas le choix, si vous voulez avorter vous devez choisir un moyen de contraception que le centre propose. Pas de préservatif, pas de pilule. J'ai dû accepter, et j'ai plein d'effets adverses qui me font mal » (Femme célibataire)

6. Manque de confidentialité

L'un des principaux facteurs incitant les femmes à privilégier le secteur privé ou à renoncer à l'avortement réside dans le manque de confidentialité au sein des services publics..

« Elles ont peur d'être renvoyées, d'être mal accueillies, d'être reconnues aussi. Parce qu'à l'hôpital, franchement, nous n'avons pas une grande intimité. Comme il se doit. Par exemple, je ne peux pas accueillir une femme de la porte directement vers mon bureau. Il y a toujours le passage du personnel, de la population. Peut-être qu'ils se connaissent. Je ne sais pas. Elle a peur de ça » (Sage-femme)

Ce déficit de confidentialité s'explique par plusieurs facteurs : des espaces partagés, comme des salles utilisées par plusieurs praticiennes, la présence d'autres personnes pendant la consultation (par exemple le personnel de ménage), les habitudes de certains prestataires à évoquer à voix haute les problèmes des patientes devant des tiers, ainsi que le non-respect du secret médical, particulièrement dans des contextes où les prestataires connaissent personnellement la femme ou sa famille.

« Donc, les femmes tunisiennes, elles ont peur de se diriger vers l'ONFP. Parce que généralement, ils sont leurs voisins, ils sont leurs copines. Donc, c'est le manque de conscience et le manque de confidentialité (...) » (Prestataire ONG)

« (par rapport au service de l'ONFP) Le mouvement, il y a beaucoup de gens qui viennent, qui vont. Elles ne nous parlent pas toutes seules mais avec tout le monde qui entend ». (Femme célibataire TS)

7. Peu de suivi après la prestation d'IVG

Certains services publics n'assurent pas systématiquement le suivi des patientes et ne répondent pas toujours aisément à leurs questions, notamment dans les cas où la deuxième pilule de l'IVG doit être prise à domicile. Les informations fournies aux femmes sur le déroulement de la procédure peuvent être incomplètes, les laissant parfois dans l'ignorance en cas d'échec de la méthode, ce qui peut entraîner la poursuite de la grossesse. Quant au suivi psychologique, il est encore plus rare, voire quasiment inexistant.

« Le Planning familial donne les comprimés, on ne lui explique pas de façon correcte, elle revient après avec une grossesse de 6 mois : il n'y a pas une bonne information (...) Ou par exemple elle vomit les comprimés et elle ne va pas consulter après, et l'IVG n'a pas marché, alors la grossesse continue sans qu'elle le sache. Il faut un contrôle continu, le meilleur serait de faire un rappel pour s'assurer que tout va bien » (Gynécologue privé)

8. Pas de contraception systématique après avortement

Plusieurs femmes interrogées, qu'elles aient avorté ou accouché, ont rapporté ne pas se voir proposer de méthodes de contraception après l'intervention, surtout dans les services

publics. Par ailleurs, les rendez-vous de contrôle ont généralement lieu quinze jours après la première consultation. C'est lors de ce suivi que la plupart des praticiennes proposent une méthode contraceptive, attendant l'arrêt des saignements. Cependant, selon l'une des praticiennes interviewées, environ 50 % des femmes ne se présentent pas à ce rendez-vous, ce qui les prive d'un accès à la contraception.

9. Appel à police et signature d'engagement de responsabilité

Les entretiens ont révélé que, dans certains services de santé, notamment en zones rurales, il arrive que la police soit appelée dans des situations telles que :

- IVG des grossesses avancées (plus de 9 semaines)
- IVG à jugée risque : selon la « perception » du praticien.ne : cas de mineures, de très jeunes femmes, ou de patientes présentant des maladies susceptibles d'entraîner des complications.
- Demandes répétées d'IVG par une même femme, souvent qualifiées de « cas sociaux ».
- Cas impliquant des migrantes en situation administrative irrégulière

« Là-bas, aux Kasserine, celle qui n'est pas mariée et elle veut faire un avortement, même si au privé, la police doit être là et elle doit signer un engagement. Le médecin ne fait pas l'avortement qu'à la présence de la police et avec cette feuille d'engagement, surtout si c'est une femme jeune ou si l'avortement est après les 3 mois »
(Prestataire OSC)

Cette pratique n'est pas autorisée et génère un climat d'insécurité psychosociale chez les femmes, en particulier celles en situation de vulnérabilité sociomorale (personnes célibataires, travailleuses du sexe) ou en précarité administrative (personnes migrantes en situation irrégulière)

10. Offre insuffisante de services de santé mentale et d'accompagnement psychosocial

La majorité des femmes interrogées n'ont bénéficié d'aucun accompagnement en santé mentale ou psychosociale au sein des services publics. Lorsque ces interventions existent, leur finalité se limite principalement à la validation formelle du consentement à l'IVG, non à soutenir leur détresse psychologique liée à leur vulnérabilité structurelle et aux barrières systémiques rencontrées. Ces dispositifs restent fréquemment inaccessibles ou intermittents, l'offre psychosociale se limitant généralement à la présence ponctuelle d'un·e travailleur·euse social·e dans les centres de santé.

L'accès aux services psychologiques se limite fréquemment aux situations relevant de violences sexuelles ou de troubles psychiatriques diagnostiqués.

Il convient de noter que ce dispositif ne constitue pas une demande prioritaire pour les femmes, encore moins pour leurs homologues masculins. Interrogées sur leur intérêt pour un accompagnement en santé mentale durant leur démarche d'IVG, une majorité a répondu par la négative, invoquant des préoccupations socio-économiques immédiates (accès au logement, sécurité alimentaire, revenus). Cette tendance est corroborée par la faible fréquentation des services psychosociaux proposés par Médecins du Monde (MdM) et les organisations partenaires.

Barrières liées aux ressources humaines

Ces barrières, décrites à travers les témoignages des femmes et des soignantes ou professionnel·les des OSC/ONG interrogé·es, n'ont cependant pas fait l'objet d'une vérification triangulée avec les acteur·rices institutionnel·les du système de santé, en raison des contraintes méthodologiques préalablement identifiées. Elles doivent donc être croisées avant d'être utilisées dans des interventions.

1. Surcharge de travail

Le personnel disponible demeure insuffisant face à la demande croissante des femmes en matière de services d'avortement et de contraception. Cette pénurie est d'autant plus préoccupante dans les centres de l'ONFP et les hôpitaux situés dans les régions où l'accès à l'avortement est limité, contraignant ainsi les patientes à se rendre dans d'autres établissements pour bénéficier de ces services.

Cette surcharge de travail affecte particulièrement les médecins et les gynécologues, qui se voient contraints de concentrer leur temps sur la réalisation des procédures au détriment de l'écoute, de l'éducation et de la sensibilisation des femmes. Quant aux sages-femmes, souvent chargées de ces activités d'information, elles sont également en surcharge de travail, ce qui nuit à la qualité de l'accompagnement qu'elles peuvent offrir.

« Moi, j'ai une convention, je fais toutes les consultations. Je fais les implants, je fais les IVG (...) il y a une charge de travail importante. C'est sûr, il pourrait y avoir une personne dédiée à ça. Parce que parfois, on les voit arriver, elles n'ont pas trop discuté avec les animatrices. Et moi, parfois, je n'ai pas le temps de discuter ou de faire le counseling pour la contraception après. (...) Alors des fois je râle parce que je dis bon ce travail-là il doit être fait avant. Alors il y en a qui ne font pas toujours leur travail ou bien il y a du monde elles n'ont pas le temps » (Médecin ONFP).

2. Manque de spécialistes et de ressources humaines formés

« On a été longtemps sans gynécologue à l'hôpital. Après, il y a eu des gynécologues qui venaient une semaine. Enfin, tu vois, des règlements qui venaient d'ailleurs ». (Médecine ONFP)

La collecte des données a mis en évidence une pénurie de gynécologues au sein des structures de l'ONFP et dans les hôpitaux publics. La majorité de ces spécialistes exercent dans le secteur privé ou ne sont liés à l'ONFP que par des conventions à temps partiel, limitant ainsi leur disponibilité. Cette présence intermittente engendre de longues périodes sans couverture gynécologique, obligeant les centres de l'ONFP à orienter les patientes vers les hôpitaux ou vers d'autres régions disposant de spécialistes.

« J'hésite à quitter le planning familial parce que je vais me mettre à la retraite (...) Mais il y a une des raisons pour laquelle je reste, c'est parce qu'il y a des choses que je suis seule à faire pratiquement. Alors, il y a les implants, mais en particulier les IVG. Pour l'instant, le gynécologue n'a pas le temps de faire le nom d'IVG que je fais. L'autre médecin, elle dit qu'elle n'a pas le temps. Jusqu'à présent, elle n'a pas fait la formation. Donc, si je quitte là, je ne sais pas qui va les faire » (Médecin ONFP)

Le référencement des patientes s'explique également par la réticence du personnel disponible à prendre en charge des cas complexes, soit par crainte de complications, soit en raison d'un manque de formation adéquate.

« A l'hôpital les spécialistes font traîner les patients, car ils sont aussi très occupés. Il y a une mauvaise organisation et surcharge des spécialistes. C'était l'idée de créer l'ONFP, qu'ils soient en charge de tout, c'est eux qui doivent prendre en charge. Mais les ONFP ont des médecins généralistes, et font des conventions avec des spécialistes, c'est précaire. Il a des problèmes de référencement, par exemple en cas de saignement en post avortement, personne n'accepte les personnes avec complications. J'ai dû former le personnel à cela. (Gynécologue)

3. Manque de formation et de suivi du personnel formé

La formation académique relative à l'avortement se concentre principalement sur les médecins et les gynécologues, tandis que les sages-femmes n'acquièrent que des fondamentaux théoriques. Toutefois, cet enseignement apparaît restreint aux protocoles techniques, négligeant l'accompagnement global des patientes, ainsi que les dimensions interculturelles ou les enjeux sanitaires liés aux contextes de précarité socio-économique. Par la suite, certain·es professionnel·les peuvent compléter leur parcours par des formations continues, mais celles-ci privilégient le savoir-faire plutôt que le savoir-être.

« (concernant la formation sur l'IVG aux sage-femmes) Oui, on a eu un cours, mais un cours. On n'a pas détaillé trop. On nous a dit qu'on ne fait pas d'IVG à partir de 12 semaines. Un IVG avant 9 semaines, c'est médicamenteux. Après, c'est chirurgical. C'est ce qu'on dit. Vu que je vois des cas d'IVG et tout, il faut savoir les entourer ». (Sage-femme prestataire OSC)

Former le personnel est un enjeu partagé par plusieurs OSC, l'UNFPA et l'ONFP, dans la mesure où elle s'inscrit dans leurs intérêts opérationnels. Toutefois, elle requiert un investissement financier conséquent, qui fait souvent défaut pour garantir un dispositif complet, incluant tant la formation initiale que le suivi des personnes formées. Lorsque ce suivi peut être mis en œuvre, il se limite le plus souvent à l'exécution des activités, sans permettre une évaluation en profondeur des transformations induites, notamment en matière de valeurs ou de savoir-être.

« Bon, généralement, nous, on fait des formations par demande des régions (...) Pour réunir des sage-femmes, il nous faut de l'argent. (...) Pour moi, à Tunis, pour pouvoir regrouper, par exemple, des sage-femmes de tout le pays, il me faut des moyens. Donc, ces moyens, c'est très ponctuel. Donc, je ne peux pas les faire tout le temps ». (ATSF)

« (...) Voilà, on fait les formations et par la suite, la duplication est assez onéreuse. Elle demande la mobilisation sur quatre à cinq jours et ces prestataires-là, ils exercent un niveau de structure. Et donc, il n'y a pas un moyen pour les fidéliser, mais aussi pour assurer la continuité de ce modèle de formation continue qu'on essaie d'instaurer ». (UNFPA)

4. Méconnaissance de la réalité vécue par les bénéficiaires de la part des ressources humaines

Les données recueillies révèlent une méconnaissance des réalités vécues par les populations vulnérables de la part des professionnel·les de santé, ce qui conduit à des logiques d'intervention peu adaptées à leurs réalités et ouvre la voie à des jugements d'ordre personnel.

« Les barrières, elles le font elles-mêmes. C'est elles-mêmes qui forment ces barrières. Parce qu'elle-même, elle est convaincue que non. L'erreur est là, par rapport à elle. Elle pense que c'est une erreur » (Association)

« Ce sont elles qui croient, qu'on les renvoie. Alors que non. On ne les renvoie pas, on les accueille » (Association)

« Non, franchement, pour les migrants, elles n'ont pas de problème. Elles consultent dans les zones de l'Office national ou bien chez nous à la consultation prénatale. Avec une lettre, elles vont faire leur IVG, il n'y a pas de problème ». (Association)

V. BARRIÈRES SPÉCIFIQUES AUX GROUPES DE POPULATION VULNÉRABLE

Si les barrières identifiées précédemment sont communes à l'ensemble des femmes, certaines revêtent une dimension population-spécifique. La présente section analyse ces particularités.

Pour une compréhension systémique, **il est recommandé de consulter au préalable le chapitre précédent détaillant les obstacles génériques**. Un tableau synthétique annexé (Annexe 1) offre une analyse intersectionnelle des déterminants.

Femmes célibataires

En Tunisie, les femmes célibataires, quel que soit leur niveau d'instruction, sont confrontées à de nombreux obstacles dans l'accès à l'IVG et à la planification familiale. Plus elles sont jeunes, plus le risque de violation de leurs droits en matière d'avortement et de contraception est élevé.

1. Barrières géographiques :

Ces femmes sont souvent contraintes de dissimuler leur démarche par crainte du jugement de leur entourage familial et social. Elles cherchent donc à accéder à des services éloignés de leur cadre de vie, dans des lieux où elles ne risquent pas d'être reconnues. Cela implique des déplacements géographiques parfois importants. Ces déplacements sont également nécessaires lorsque le service recherché n'est pas disponible localement.

2. Barrières socio-culturelles :

Une partie de la société tunisienne considère les grossesses hors mariage comme **inacceptables ou 'haram'**, en raison de convictions religieuses ou de normes morales. Dans ce contexte, les femmes concernées sont exposées à de fortes stigmatisations, et peuvent être rejetées par leur famille ou exclues de leur communauté.

« La famille, elle pense directement que si c'est possible d'avorter, ce sera la meilleure solution. Parce qu'elle sera ensuite exclue de la société. Socialement, elle est mal perçue. Et donc, la famille, soit elle exclut la femme elle-même, ou elle cherche autre solution à travers l'avortement et revenir dans un cadre normal, socialement ». (Prestataire OSC)

Par crainte du rejet social et familial, ces femmes choisissent souvent de recourir à **l'avortement dans l'anonymat**, en se cachant. Cette démarche les plonge dans des situations d'isolement et d'éloignement. En conséquence, elles accèdent **tardivement aux services** de santé, souvent après le délai légal de 12 semaines autorisé pour l'avortement.

« Fréquemment elles arrivent avec des grossesses de plus de trois semaines. Il y a beaucoup de dénis de grossesse, les partenaires les promettent de rester et puis ils les quittent. (Gynécologue)

Cette situation entraîne un retard de recours aux services de santé lors de **complications post-IVG** (ex. hémorragies), exposant les patientes à un risque vital accru.

« Donc, tant que l'utérus n'est pas propre, ça saigne pendant un mois. Ça peut causer des infections, des endométrites, des anémies. Ça, ce n'est pas bien. Surtout pour les grossesses -non légitimes-, pour les femmes qui n'ont pas accès aux soins, elles ne peuvent pas sortir de la maison, ça c'est le problème. Elles se procurent des médicaments, elles se font avorter, mais elles restent, elles saignent. (Gynécologue)

3. Barrières financières :

Les femmes célibataires en situation de précarité présentent des vulnérabilités financières systémiques, liées à des limitations d'accès à l'emploi formel ou à des responsabilités de soutien de ménage. Cette précarité restreint l'accès à l'IVG en secteur

privé (offrant généralement une meilleure confidentialité) ou au paiement des frais annexes des structures publiques (ex. médicaments, transports).

4. Barrières éducatives :

Les jeunes femmes célibataires, spécifiquement, ont peu de **connaissances anatomiques et sexologiques concernant leur corps et les mécanismes reproductifs**. Leur activité sexuelle sporadique induit une perception erronée du risque gestationnel, conduisant paradoxalement à un recours limité aux méthodes contraceptives (ex. préservatifs, contraception d'urgence).

« Je lui demande par exemple pourquoi tu as laissé tout ce temps pour venir, parce que tu ne désires pas cet enfant. Elle me dit - je n'avais pas ça en tête -. Généralement à l'âge de 20 ans 19 ans, elles ne comprennent pas ses règles. (...) Et même lorsque je lui demande c'est quel mois, elle ne sait pas ». (Prestataire OSC concernant une femme célibataire jeune)

Même lorsqu'elles se trouvent dans des relations stables, les transformations corporelles demeurent inédites pour elles, et leur compréhension de ces changements s'avère plus lente. C'est pourquoi elles arrivent souvent avec des grossesses déjà avancées pour solliciter une IVG.

« Bon, généralement, soit elle a un copain, elle vit en amoureux avec quelqu'un (...) disons à 18, 19, jusqu'à 20, 22 ans, elle n'a pas en tête le fait qu'elle peut tomber enceinte derrière. Donc, il n'y a pas de méthode contraceptive. (...) Elle cache sa relation, elle vit avec lui, mais jamais elle n'a pensé à la grossesse. Et du coup, elle cache pratiquement la grossesse. Jusqu'à ce qu'elle ne puisse pas le cacher. (Prestataire OSC)

L'ensemble de ces problématiques liées au déficit d'information trouve son origine dans **la faiblesse des programmes d'éducation sexuelle**, ainsi que dans le caractère tabou que revêtent ces sujets au sein de la société tunisienne, comme cela a été précédemment exposé dans ce rapport. En raison de cette stigmatisation, ces femmes éprouvent de grandes difficultés à aborder ces questions ouvertement avec leur entourage.

5. Barrières du système sanitaire

- Le **manque de confidentialité** au sein des centres de santé publics compromet l'anonymat recherché par ces femmes. Elles redoutent d'être reconnues par des prestataires qui, connaissant leur famille, pourraient divulguer des informations à leur sujet

« Elles n'osent pas aller directement à l'hôpital parce que peut-être elles connaissent des gens là-bas. Elles n'osent pas, elles ont peur des réflexions. Elles ont peur, voilà ». (Prestataire OSC)

- À l'instar des familles, les prestataires de santé portent également des jugements à l'encontre des femmes célibataires confrontées à une grossesse non désirée, et plus encore envers celles souhaitant recourir à l'avortement. Ces jugements sont si prégnants que ces femmes sont souvent **qualifiées de « cas sociaux »**, catégorie à laquelle sont aussi rattachées les personnes usagères de drogues. Cette stigmatisation confère aux prestataires **une sorte de légitimation morale** pour exercer **maltraitance et condamnation à leur égard**. Cette barrière a par ailleurs été mise en lumière par une étude antérieure, spécifiquement relative aux jeunes femmes célibataires . (1)

Une conversation d'une prestataire d'une OSC avec une personne en charge de ressources humaines à l'hôpital, elle assure qu' :

« il y a une grande maltraitance pour les mères célibataires. À côté de l'assistance sociale, des infirmiers et des infirmières. Pour faire l'IVG ou bien pour faire l'accouchement. L'autre fois, elle m'a dit, s'il vous

plaît, si vous avez une mère célibataire pour l'accouchement ou bien, il ne faut pas l'emmener ici à l'hôpital »

Ce jugement constitue également l'une des principales raisons des nombreux refus de pratiquer l'avortement auprès des femmes célibataires. Ce phénomène a par ailleurs été documenté dans une étude sociologique menée en 2017 « *... seules les femmes mariées ont pu bénéficier facilement de ces droits et de cette liberté grâce à l'accès à la contraception et à l'IVG. L'accès des femmes célibataires à ces services a été rendu plus difficile et souvent elles ont été sujettes à des formes d' stigmatisation et moralisation »* (7)

- Certain.e.s prestataires des services de santé demandent **l'autorisation des parents des femmes célibataires** pour accéder à l'IVG, surtout a fortiori lorsqu'il s'agit de jeunes femmes habitant avec leurs familles.
- Les **horaires de l'ONFP ne sont pas toujours compatibles** avec les besoins des femmes souhaitant recourir à une IVG en toute confidentialité. Ces femmes doivent souvent concilier leurs obligations scolaires ou leurs horaires de retour à domicile, ce qui rend difficile, voire impossible, le fait de passer une nuit à l'hôpital lorsque l'intervention nécessite une hospitalisation, situation particulièrement contraignante.

Femmes travailleuses du sexe et usagères de drogues

Les femmes célibataires et les travailleuses du sexe partagent plusieurs barrières d'accès à l'IVG et à la contraception.

1. Barrières géographiques :

Idem femmes célibataires (voir dessus)

2. Barrières socio-culturelles :

Le travail du sexe, tout comme la consommation de drogues, demeure socialement inacceptable et fortement stigmatisé en Tunisie. Les femmes concernées sont ainsi exposées à des jugements sévères, à la stigmatisation et à diverses formes de maltraitance. Par conséquent, elles choisissent souvent de **dissimuler leur situation afin d'échapper à toute forme d'exclusion ou de discrimination**. À l'instar des femmes célibataires, elles recherchent l'anonymat lorsqu'elles souhaitent recourir à une interruption volontaire de grossesse.

3. Barrières financières :

Certaines femmes travailleuses du sexe se trouvent en situation de grande précarité, disposant de ressources limitées et assumant fréquemment la charge de la subsistance de leurs familles.

Pour subvenir à leurs besoins, ces femmes s'exposent à beaucoup de risques en acceptant des rapports sexuels non protégés, voire en tombant délibérément enceintes dans l'espoir d'obtenir un soutien financier du père de l'enfant, avant de recourir à l'avortement.

« ... la majorité de ces bénéficiaires qui se présentent au moins pour nous ont des problèmes économiques, n'ont pas les moyens. Elles ont des problèmes comme qu'elles ne connaissent pas leur père, par exemple, ou il y a des conflits, séparation des parents, la maman qui est handicapée (...) surtout si la fille est l'ainée, par exemple, elle s'occupe de ses frères et sœurs. Il y a plusieurs histoires de ce genre. Donc ils n'ont pas les moyens pour le faire en privé... » (Prestataire OSC)

4. Barrières éducatives :

Il y a très peu de services d'éducation et de sensibilisation offerts par les services de santé de l'état et focalisés/adaptés sur les besoins spécifiques de ces populations. Les informations qu'elles acquièrent viennent généralement des activités réalisées par les OSC.

De nombreuses femmes travailleuses du sexe n'utilisent pas systématiquement le préservatif pour diverses raisons : la confiance envers un client connu et sans épouse, l'âge avancé du client, la maladie de la conjointe de ce dernier, ou encore un besoin urgent d'argent. Par ailleurs, elles tombent fréquemment enceintes sous l'effet de l'alcool ou de drogues, circonstances au cours desquelles le préservatif n'est pas utilisé.

« J'ai eu beaucoup d'entretiens avec les travailleuses du sexe. Elles me disent qu'elles n'utilisent pas le capot car c'est un client qui est âgé, une personne âgée, que sa femme elle est malade, il ne couche pas avec elle, il n'a pas d'autres rapports, inutile d'utiliser le préservatif avec lui. Surtout pour les personnes âgées, pour eux, c'est comme s'ils n'avaient pas de risque d'avoir des IST ou des VIH. Ils couchent juste avec moi. Occasionnellement, ils viennent une fois par semaine ou deux fois. Et voilà, c'est un client, donc inutile ». (Prestataire OSC)

« Elles ont besoin de consommer, elles n'ont pas de l'argent. C'est le partenaire qui achète la drogue et après la drogue, c'est le sexe ». (Prestataire OSC)

5. Barrières structurelles :

La modification de la législation tunisienne relative au travail du sexe, qui a conduit à la fermeture des anciennes maisons où cette activité était autorisée et encadrée, est perçue par de nombreux prestataires des organisations de la société civile (OSC) comme un obstacle majeur à la prise en charge de cette population. **Désormais davantage contraintes à la clandestinité**, ces femmes ne sont plus soumises à des examens médicaux réguliers et s'exposent à des risques accrus.

6. Barrières du système sanitaire :

- Les femmes travailleuses du sexe sont victimes de **jugements et de maltraitance** de la part des prestataires de santé, particulièrement lorsque ces derniers connaissent leur activité ou lorsqu'elles ont eu recours à plusieurs interruptions volontaires de grossesse (IVG).

« Je suis partie au planning cette 2ème fois et je lui ai dit que j'avais déjà subi un avortement elle m'a dit : "Tu as rouvert les jambes une fois de plus, tu n'as pas honte ", j'avais 19 ans. Elle disait " Je vais te faire avorter chaque fois comme une lapine ". (Femme célibataire TS)

- Ces femmes sont souvent considérées comme des « **cas sociaux** » et, à l'instar des femmes célibataires, ce statut semble conférer aux prestataires une sorte d'« autorisation morale » pour leur adresser des paroles blessantes et les maltraiter.

« C'est comme ça. Dès le début, à la Bardo, ils m'ont maltraitée. La façon de parler n'est pas bien. Ils m'ont dit que je suis une pute, que je viens pour avorter à cause du travail de sexe. Elle m'a maltraitée. C'est pour ça que je ne veux plus partir là-bas ». (Femme célibataire TS)

- De surcroît, en raison de ce statut de « cas social » et pour d'autres motifs, les professionnelles de santé peuvent, à l'occasion, faire **appel la police**.

« Il n'y a pas de contrat de mariage. C'est une maman célibataire, c'est cas social. Tous les cas sociaux dans l'hôpital, ils appellent la police. Dans mon cas c'était ectopique, le médicament, ça n'a pas marché. Je suis allée à l'hôpital. Ils ont appelé la police ». (Femme célibataire TS)

- Par ailleurs, **le manque de confidentialité** au sein des structures publiques dissuade ces femmes, qui préfèrent, lorsque leurs moyens le leur permettent, recourir à des prestataires privés pour les services d'avortement et de contraception..

« J'avais peur qu'elle soit là (une amie à sa famille travaillant dans l'ONFP), et qu'elle se rende compte

de ça. Alors j'ai décidé d'aller dans le privé ». (Femme célibataire TS)

- Enfin, **l'absence de données statistiques spécifiques** à cette population empêche une identification précise et une connaissance approfondie de ses difficultés.

Femmes mineures

1. Barrières géographiques :

Les obstacles géographiques rencontrés par les mineures sont similaires à ceux décrits précédemment pour les femmes célibataires.

2. Barrières socio-culturelles :

Les grossesses non désirées (GND) sont fortement stigmatisées au sein de la population mineure. Ces jeunes filles et leurs familles sont fréquemment l'objet de jugements sévères de la part de leurs communautés. En conséquence, les mineures ainsi que leurs parents **privilégident généralement le recours à des services d'avortement dans l'anonymat, idéalement éloignés de leur lieu de résidence.**

3. Barrières éducatives :

Ces barrières sont identiques à celles exposées pour les femmes célibataires.

4. Barrières structurelles :

Comme indiqué dans le livrable de cette recherche intitulé « Analyse du cadre légal », **il n'existe pas de loi ou de texte réglementaire spécifique encadrant l'avortement chez les mineures**. Cependant, la législation impose la présence d'un tuteur légal pour tout acte médical concernant une mineure, ce qui génère plusieurs obstacles majeurs. La plus significative est **l'absence de confidentialité**, la mineure ne pouvant engager la procédure sans l'accord de son tuteur, le plus souvent le père. Cette exigence constitue également un problème majeur en cas de violence sexuelle intra-familiale.

Par ailleurs, tous les cas impliquant des mineures doivent être signalés au **délégué à la protection de l'enfance**, ce qui peut constituer un frein supplémentaire pour que les mineures osent solliciter une IVG. Cette procédure légale peut en outre entraîner des retards préjudiciables à la réalisation de l'avortement.

5. Barrières du système sanitaire :

- Comme évoqué précédemment, la principale difficulté rencontrée par les mineures est liée à la procédure spécifique imposée à leur situation. L'obligation d'obtenir la présence et l'autorisation d'un tuteur légal **rend impossible la confidentialité**. Cette interdiction de recourir à une IVG sans consentement parental conduit certaines mineures à se tourner vers des solutions alternatives, notamment des praticiens du secteur privé pratiquant l'intervention illégalement, exposant ainsi leur santé à des **risques en cas de complications**.

« Une fois enceinte je suis venue à l'association mais j'étais mineure, ils ne pouvaient pas m'accepter. Je suis partie chez un médecin privé qui m'a donné des comprimés mais j'ai eu des complications, une forme d'hémorragie, quand j'ai appelé le médecin qui m'avait donné les comprimés il m'a dit je ne peux rien te faire, va à l'hôpital et il a éteint son téléphone. A l'hôpital ils ont appelé la police et j'ai menti, je leur ai dit que l'avortement s'est fait tout seul. A l'hôpital j'étais comme une bête de foire, le personnel de l'hôpital venait voir cette mineure qui a subi un avortement. Tout le monde me regardait et ils parlaient entre eux » (Femme tunisienne)

- Enfin, l'absence de données statistiques spécifiques à cette population empêche une connaissance approfondie et une identification précise de leurs problématiques.

Personnes migrantes

Cette population figure aujourd'hui parmi les plus fortement impactées, à l'échelle nationale, par les obstacles à l'accès à la santé sexuelle et reproductive. L'Office National de la Famille et de la Population (ONFP) de Médenine — unique établissement habilité à pratiquer des IVG dans le gouvernorat — a réalisé 354 interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses au cours de l'année 2024, soit une moyenne mensuelle de 30 interventions. Or, seules 8 d'entre elles ont concerné des femmes migrantes. Au regard de la forte présence migrante dans cette région, ce chiffre met en évidence les difficultés majeures que rencontrent ces femmes pour accéder à ce service pourtant légal et essentiel.

La plupart de ces barrières ont été aussi décrites dans des études réalisées entre 2016 et 2024 (8, 9 et 10) par l'ONFP, l'OIM et par MdM.

1. Barrières géographiques :

En raison de leur précarité financière et de leur accès limité au logement, de nombreux·ses migrant·e·s vivent en **périmétrie urbaine**, souvent dans des **zones isolées ou en milieu rural, loin des centres-villes**. Cette situation géographique les éloigne des structures de santé, telles que les antennes de l'ONFP ou les hôpitaux, réduisant considérablement leur accès aux services d'avortement et de contraception.

« ...le seul centre de planning familial, il est au centre-ville. Donc, pour les personnes qui habitent à 20 kilomètres, 30 kilomètres du centre-ville, ça serait très difficile s'ils n'ont pas les moyens pour aller vers l'ONFP. (...) la concentration des personnes migrantes est actuellement à 35 km du centre-ville. L'accès géographique est très compliqué » (Intervenant ONG Sfax)

2. Barrières financières :

En raison de leur situation d'irrégularité et aussi à cause de la situation économique en Tunisie, beaucoup de personnes migrantes n'ont pas accès à l'emploi ou à des revenus stables. Les femmes quant à elles, trouvent dans la mendicité leur seule source de revenus.

3. Barrières socio-culturelles :

- Les populations migrantes ont souvent des **représentations négatives de l'avortement**, influencées par les normes culturelles de leur pays d'origine ainsi que par leurs expériences personnelles ou les récits entendus sur le sujet.

« L'avortement est mauvais, est contre dieu, contre ton propre corps » (Femme migrante)

- La majorité des grossesses non désirées ou non intentionnelles chez les femmes migrantes résulte d'abus sexuels. Le traumatisme lié à ces violences, combiné aux épreuves vécues durant le parcours migratoire, plonge ces femmes dans une **profonde détresse psychologique**. Celle-ci altère leur **capacité de décision et les rend plus vulnérables à l'influence de leur entourage**. Dans ce contexte, un accompagnement psychologique adapté s'avère indispensable.

- Par ailleurs, conformément aux dynamiques observées dans la société tunisienne, **l'implication des hommes dans la santé sexuelle et reproductive demeure**

limitée, et elle est encore plus faible en ce qui concerne l'avortement.

« Le mois passé, ma femme était enceinte. Ma femme voulait faire l'avortement parce qu'il n'y a pas assez de moyens. Je ne sais pas quel type d'avortement ils ont fait. Bon, sincèrement, elle a traité ça avec sa patronne au travail là-bas. Elle est partie, il y a un hôpital privé, c'est là-bas elle est partie avec sa patronne. Je ne sais plus ». (Homme migrant)

« (Par rapport à l'existence de l'avortement non sécurisé) Nous sommes des hommes. Il faut des femmes pour bien vous expliquer ça. En tout cas, l'avortement est un sujet tabou ». (Homme migrant)

4. Barrières éducatives :

Les personnes migrantes **manquent d'information, ou disposent d'informations erronées, concernant :**

- L'ensemble des migrant·e·s interrogé·e·s ignoraient, à leur arrivée, que l'avortement y est légal. De même, beaucoup ne savent pas qu'ils peuvent accéder aux services de l'ONFP.

« on a fait des recherches sur Google. On ne savait pas trop où chercher, vers qui aller. D'ailleurs on a postulé sur des sites de cliniques pour prendre un rendez-vous avec un médecin et comprendre comment ça se passe. Mais on n'a pas eu de retour. Et autour de nous-mêmes, entre compatriotes, comme c'est un sujet vraiment sensible, on ne peut pas se permettre de demander à X ou Y, comme si on demandait au marché. On ne peut pas en parler n'importe comment, donc... On a dû faire des recherches et grâce au ciel ». (Migrante jeune étudiante)

- L'accès à la santé en Tunisie et le fonctionnement du système.

« Je ne prenais pas de médicaments (contraceptives) parce que je ne savais pas où je devais trouver ça. J'avais besoin, mais je ne savais pas où je devais trouver ça » (Femme migrante)

« Parce que dans nos pays subsahariens, on vend les préservatifs à la boutique, dans les pharmacies, dans d'autres supériorités. Mais ici, est-ce que c'est le cas ? On ne sait pas ». (Homme migrante)

« Puisque c'est préservatif, je ne sais pas où ça se trouve. Pour les Tunisiens aussi, ce sont les hommes qui se promènent. C'est les hommes qui connaissent. Sinon, nous, on ne connaît pas ». (Femme migrante)

- Les services d'orientation offerts par les OSC :

« Nous, on a eu la chance, plein de nos frères ne l'ont pas. On a connu X (prestataire de l'ONG) qui nous aide beaucoup ». (Femme migrante)

- La santé sexuelle et reproductive :

« Je ne savais pas que j'étais enceinte. Mes règles n'avaient pas disparu, mais j'ai pensé à des infections. Et je suis venue, en fait, quand j'avais 4 mois pour faire le test de grossesse ». (Femme migrante 18 ans)

- La procédure même de l'avortement ainsi que le fonctionnement de certaines méthodes de contraception sont peu connus. Ces deux sujets restent entourés de nombreux mythes et idées reçues.

« (...) Quand j'ai accouché, je n'ai pas eu le retour de couche et je suis tombée enceinte. Moi-même, je ne savais pas que cela était possible » (Femme migrante)

Cela s'explique par l'absence de programmes d'éducation ou de sensibilisation spécifiquement destinés à la population migrante et adaptés à ses besoins.

En raison de ce manque d'information, la majorité des femmes souhaitant recourir à l'avortement se présentent aux services ayant dépasser **le délai légal autorisé pour réaliser une IVG**.

Le manque d'information, les croyances culturelles propres et les difficultés financières constituent les principales causes du **faible recours aux méthodes de contraception** chez les hommes et les femmes migrantes..

N.B. La législation tunisienne interdit la pratique de l'avortement au-delà de 12 semaines de grossesse, y compris dans les situations de violences sexuelles. Or, ce type de situation est particulièrement fréquent au sein de la population migrante.

5. Barrières structurelles :

- Le gouvernement actuel a adopté des lois et des discours **politiques répressifs** à l'encontre des personnes migrantes ainsi que des associations qui travaillent avec elles. Cette situation génère un risque sécuritaire pour les prestataires des organisations de la société civile (OSC), qui ont choisi de réduire leurs activités en privilégiant le contact téléphonique plutôt que les rencontres physiques afin de limiter ces risques.
- De nombreux contrôles policiers sont effectués dans les moyens de transport interrégionaux, ce qui génère **une crainte chez les personnes migrantes de se déplacer, et conduit les transporteurs à refuser de les prendre en charge**. Ainsi, certaines personnes migrantes ayant besoin de se rendre dans une autre région pour accéder à un service de santé se retrouvent bloquées en raison de ces contraintes.

« Ah c'est dangereux même pour venir ici (à MdM Sfax). Si tu vas en taxi tu dois faire attention pour qu'ils ne te prennent pas (en parlant de kidnapping et viol). Même si tu dis que tu viens à l'hôpital, non, il s'en fout. Il va te prendre. Il va te mettre au désert. Même si tu es enceinte. Ce n'est pas facile ». (Femme migrante)

- Le discours politique favorisant l'exclusion des personnes migrantes contribue à accroître leur **insécurité et le risque d'agressions**. Dans ce contexte, les cas de viols et d'enlèvements sont fréquents. Les femmes migrantes éprouvent une peur constante de se déplacer, y compris pour accéder aux services de santé. C'est notamment le cas d'une migrante victime d'un viol avant son arrivée en Tunisie, qui n'a pas pu bénéficier d'un avortement. Diagnostiquée séropositive, elle devait se déplacer de Médenine à Sfax pour obtenir son traitement antirétroviral, un déplacement qui impliquait non seulement un trajet difficile, mais aussi la recherche d'un hébergement dans une zone particulièrement dangereuse:

« Mais je n'ai pas d'endroit où dormir (à Sfax), même quand j'étais enceinte j'ai dormi dehors là-bas. Pendant ce petit moment, la mafia m'a violée de nouveau. Cet endroit (Sfax) il y a beaucoup de mafia. On m'a demandé d'aller pour me donner les médicaments pour le VIH, mais je ne peux pas y aller. Je ne veux pas dormir dehors encore. Si la mafia me retrouve là-bas, ils vont encore me mettre enceinte ». (Femme migrante victime de viol)

- En raison de cette situation, **le suivi des cas devient particulièrement complexe** : les personnes migrantes changent fréquemment de numéro ou perdent leur téléphone, ce qui conduit les organisations de la société civile (OSC) à perdre le contact avec les patientes ayant entamé un parcours d'accès aux services. :

« Au moins, si on avait une petite plateforme ou quelque chose qui peut nous aider, même pour communiquer avec ces femmes-là. Des fois, on perd cette femme qui vient ici. Et quand

elle change son numéro de téléphone ou la place où elle habite, donc on les perd, on ne sait pas ce qui se passe exactement. Oui, on ne peut pas les suivre en fait. » (Prestataire OSC)

« Et malheureusement, après même pas une semaine, je pense, on a reçu un email de l'OIM qui nous a dit que La fille, elle a fui l'hôtel où elle a été hébergée. C'est-à-dire qu'il n'y a pas mal de cas où, même si vous arrivez à avoir des rendez-vous, les femmes changent d'avis ou elles partent. Ou elles ont peur d'être, par exemple, refoulées dans leur pays » (Prestataire ONG)

- Les mineures migrantes non accompagnées rencontrent des barrières spécifiques, puisqu'elles doivent **suivre la même procédure que les mineures tunisiennes**, mais via des acteurs intermédiaires tels que l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM). Cette situation retarde et complexifie davantage la procédure.

« Le délégué de l'enfance a dit que comme c'est une mineure migrante et elle porte une carte de demandeuse d'asile, c'est l'UNHCR et de l'OIM de s'occuper de cela. La procédure, elle a tellement traîné. On a envoyé des mails et tout à l'OIM, mais on ne recevait toujours pas de réponse. Ils ne sont pas réactifs. Les jours passés, finalement... Elle est venue ici pour le suivi de grossesse parce qu'elle a dépassé le délai ». (Prestataire ONG)

Sur le plan juridique, le juge doit examiner chaque cas en tenant compte à la fois des lois relatives à l'avortement et à la migration. Or, ces textes comportent de nombreuses procédures d'application non clairement définies, laissant une **grande marge d'appréciation au juge**. Cette situation entraîne de nombreux refus, y compris dans des cas de violences sexuelles, constituant ainsi une barrière importante à l'accès à l'IVG.

« On a reçu une mineure migrante victime de viol. Elle avait, je pense, neuf semaines de grossesse. (...) on était obligé de la signaler auprès de la déléguée de la protection de l'enfance (...) Après référence à l'ONFP ils nous ont contactés pour nous dire qu'elle dépassait les huit semaines et qu'on ne pourrait rien faire pour elle. (...) La déléguée de la protection de l'enfance n'a pas pu avoir l'autorisation de la part de la déléguée et le juge de Sfax avait refusé de lui accorder cet accès, tout en sachant qu'elle était victime de viol. (...) D'où on a fait recours à une association qui travaille pour l'accès juridique pour les personnes migrantes, qui a mobilisé des avocats et qui a transféré la personne migrante à Tunis et ils ont présenté le cas auprès du juge de Tunis qui a donné son accord à la fin pour qu'elle puisse accéder à un IVG. Elle était en ce moment-là à presque 12 semaines ». (Prestataire ONG)

6. Barrières du système sanitaire :

- Le déficit documentaire (absence de pièces d'identité) constitue une barrière majeure auxquelles font face les personnes migrantes. Cette lacune procède soit de la perte/vol des titres, soit d'une réticence à divulguer son identité par crainte des conséquences liées à un statut migratoire précaire.

Dans le système de santé tunisien, la présentation d'un document d'identité est exigée pour accéder aux soins, en particulier lors de l'accueil et de l'enregistrement. Pour les personnes migrantes, l'accès aux services (hors situations d'urgence) peut être refusé en l'absence de passeport original. Toutefois, cette exigence varie selon les régions : certaines se montrent plus flexibles, acceptant les patient·es sans documents ou avec une simple copie. En conséquence, certaines organisations de la société civile (OSC) orientent les bénéficiaires vers d'autres régions, loin de leur lieu de résidence, afin de faciliter leur prise en charge.

« Depuis que je suis enceinte, je n'ai pas pris de médicaments du sang. Il n'y a rien. Toujours la douleur, la douleur. Parce qu'on refuse de me recevoir à l'hôpital parce que je n'ai pas les papiers » (Migrante)

Historiquement, les services de santé acceptaient les photocopies de documents d'identité que les personnes migrantes, souvent avec l'aide des OSC, parvenaient à obtenir via leurs contacts dans le pays d'origine ou auprès des ambassades. Cependant, depuis quelques mois, de plus en plus de régions refusent ce type de documents, en raison de cas isolés d'usurpation d'identité. De même, la carte consulaire, autrefois reconnue, n'est désormais plus acceptée pour accéder aux services de santé.

« ... quand je suis arrivée, je ne savais pas où aller. Le premier hôpital où on m'a dit d'aller faire un bilan de santé, ils m'ont demandé mon passeport. Mais mon passeport était, - vous savez cette route que j'ai suivie dans le désert... Ils ont pris mon sac, mes affaires de bébé, tout-. Je n'avais donc pas de passeport. Alors ils m'ont refusé, ils ne m'ont pas soigné à cause du passeport. Mais j'avais la photo sur mon téléphone, mais ils n'ont pas accepté, ils ne m'ont pas vu ». (Migrante enceinte à cause de viol)

- La langue aussi est une barrière: Des difficultés de communication persistent en raison de la barrière linguistique, de nombreuses personnes migrantes ne parlent ni l'arabe ni le français, s'exprimant uniquement en anglais ou dans leur langue maternelle. Or, la majorité des prestataires de santé ne maîtrisent pas l'anglais. Par ailleurs, la signalétique dans les centres de santé est exclusivement en arabe ou en français, ce qui complique davantage l'orientation et la compréhension des services.

« J'ai deux femmes qui ont raté leur rendez-vous. Elle m'a dit en anglais - je suis de Sierra Leone (...) donc, elle ne va pas me comprendre. Donc, je n'ai pas allé au rendez-vous -.Et ça, c'est vrai.: C'est-à-dire qu'elle pense qu'on ne va pas leur comprendre. Elle ne peut pas aller parce qu'elle ne parle pas arabe. C'est réellement à l'hôpital, quand tu parles de l'anglais... réellement, le personnel de soins, ils ne sont pas éduqués en anglais. Donc, elle te dit, non, non, non, reviens demain ou bien... Même, ils n'essaient pas de te comprendre. Parfois, il les renvoie pour dire que ce n'est pas le bon endroit, alors que c'est le bon endroit ». (Prestataires ONG)

- Des témoignages font état de dysfonctionnements dans la gestion des files d'attente au sein de structures sanitaires : certains migrants signalent un ordre de passage systématiquement subordonné à celui des patientes tunisiennes, en dépit de leur heure d'arrivée. Cette pratique injuste relève de **pratiques discriminatoires dans l'accès immédiat aux soins**.

« Je suis allé à Zarzis, ils ne me traitent pas bien. Ils ne savent pas que j'ai le sida parce qu'ils ne me font pas de test. Pour cet hôpital, pour eux, nous sommes -personne-. ». (Migrante violée)

Toutefois, les prestataires d'OSC précisent que bon nombre des situations qualifiées de « discriminations » par les personnes migrantes sont également vécues par les femmes tunisiennes, et relèvent davantage d'une désorganisation structurelle du système de santé en Tunisie que d'un traitement différencié intentionnel.

« Des fois, ils pensent qu'il y a de la discrimination. Mais on essaie aussi de leur expliquer que les services de l'État sont comme ça. Même pour nous, des Tunisiennes, presque c'est la même chose ». (Prestataire OSC)

- La mise en place de règles arbitraires dans les différents centres de santé, ainsi que la désorganisation des services, conduit à ce que des personnes migrantes soient amenées à **payer pour des prestations normalement gratuites**, comme l'enregistrement. C'est le cas, par exemple, d'une femme ayant sollicité un service d'avortement :

« Les assistants de l'hôpital ne sont pas gentils. Puisque quand je suis arrivée, j'ai présenté la lettre que Médecins du monde m'ont envoyée. Ils m'ont demandé de payer. J'ai payé les examens, j'ai payé l'échographie, j'ai tout payé. Quand tu arrives, on t'envoie à l'accueil. À l'accueil, tu payes. Ils m'ont demandé de payer 10 dinars pour l'enregistrement. Et à chaque fois. Les deux services, j'ai payé 20

dinars sur les deux services. Ils ont dit qu'ils devaient me rembourser. Ils ne m'ont pas remboursé ». (Femme migrante)

- Lorsqu'elles ne parviennent pas à régler les frais liés à l'IVG, certaines femmes sont retenues à l'hôpital jusqu'au paiement, et ce, indépendamment de leur situation psychosociale. :

« Mais j'ai approché à Bourguiba la première fois. Ils m'ont tellement torturée pour la sortie. Et je suis partie la dernière fois pour évacuer. La dernière fois, comme j'étais pour la sortie, ils m'ont tellement torturée. Je les ai même dits « Le bébé est à la maison, sœur ». J'ai supplié ma voisine pour venir s'occuper du bébé. « Pardon, laissez-moi, je pars prendre le bébé à la maison. Le bébé n'a que six mois. S'il vous plaît, laissez-moi sortir ». Ils ont dit « Non, madame, tant que tu ne payes pas, tu ne sors pas ». Là, je trouve ça comme des tortures. (Femme migrante)

- **L'absence de données statistiques** spécifiques à cette population empêche d'identifier clairement ses besoins et de comprendre en profondeur les problématiques qu'elle rencontre.
- En raison de leur situation administrative irrégulière, les personnes migrantes craignent que les centres de santé signalent leur présence aux forces de l'ordre.

« Parce qu'il y avait une fois (fin 2020), une bénéficiaire, elle m'avait raconté une histoire qui s'est arrivée à elle dans un autre gouvernorat, loin de la capitale. Elle m'a dit qu'ils ont carrément refusé de l'accepter à l'hôpital. Aux urgences, elle était refusée. Elle m'a dit, après... vu qu'elle avait un accident de la voie publique, elle m'a dit, ils m'ont fait l'opération, et le lendemain, je me suis retrouvée dans la prison. Parce que c'est une migrante ». (Prestataire ONG)

Ne disposant d'aucun statut légal, elles appréhendent toute démarche administrative, par crainte des répercussions possibles. Plusieurs cas illustrant cette inquiétude nous ont été rapportés. :

« Elles ont peur de commencer n'importe quelle procédure qui est un peu administrative par rapport à leur situation illégale en Tunisie. Et du coup, elles se trouvent, par exemple, elles se confrontent à l'hôpital, elles ont peur de la police là-bas. Ils ont peur d'être refoulés ou d'être... Il y a des personnes qui portent plainte d'elles-mêmes. Donc, elles évitent tout ça. Elle lâche prise de tout ça ». (Prestataire OSC)

« Pourquoi ? Les gens ici ont peur d'aller dans la boutique demander le préservatif ou soit à la pharmacie demander. Est-ce qu'on va l'arrêter pour ça ? Est-ce qu'il n'y aura pas de problème ? Parce que nous sommes dans un pays, ce n'est pas si c'est islamique ou pas. Il y a des trucs interdits ici que nous ne savons pas. Donc c'est par mesure de précaution que les gens évitent tout ça. Tu peux rentrer, tu l'as acheté, les policiers rentrent en même temps. Ou soit, surtout, demander des préservatifs. » (Homme migrante)

- Des femmes migrantes survivantes de viol, pourtant arrivées dans les délais légaux pour avorter, se voient refuser l'accès à l'IVG à cause d'une méconnaissance criante des protocoles par le personnel soignant. Leurs demandes urgentes ne sont pas priorisées, les faisant fatallement dépasser le délai autorisé. Résultat : elles sont contraintes de mener à terme des grossesses traumatisantes, subissant ainsi une double violence

« Ils ne m'ont même pas reçu dès que j'ai atteint la réceptionniste. Je lui ai dit que tout au long du mois de décembre, je n'avais pas vu mes règles. Ensuite, ils m'ont demandé un passeport. J'ai dit, je n'ai pas de passeport. Ils m'ont dit - Non, pas possible de vous prendre en charge » (Migrante).

Mineures non accompagnées

En plus des barrières décrites au préalable, ces mineures font face à d'autres défis spécifiques :

- L'absence de tuteur ou tutrice légale constitue un obstacle majeur à l'accès à l'avortement pour les mineures. Cette contrainte justifie l'intervention du délégué à la protection de l'enfance, chargé d'identifier une personne de référence pouvant légalement autoriser la procédure.
- Par ailleurs, les mineures non accompagnées ou en situation de grande précarité présentent des vulnérabilités psychosociales accrues, en lien avec l'absence de logement stable, de ressources financières, de scolarisation et de réseaux de soutien (voir livrable 6 – cas emblématique). Beaucoup d'entre elles vivent dans la rue ou sont hébergées temporairement par des tiers, dont le rôle de soutien est incertain. Ces conditions de vie augmentent considérablement leur exposition aux abus sexuels et à la violence.
- Leur situation alimentaire est souvent dégradée, ce qui fragilise davantage leur état de santé et les expose à un risque accru de maladies. Cette vulnérabilité est exacerbée dans le cas des mineures enceintes, avec des conséquences directes sur leur santé ainsi que sur celle du nouveau-né.
- Concernant les mineures en situation administrative irrégulière, la procédure d'accès à l'IVG est encore plus complexe, en raison de l'implication d'acteurs institutionnels supplémentaires, tels que la Délégation à la Protection de l'Enfance (DPE) et l'Organisation internationale pour les migrations (OIM). Cette complexité engendre des délais supplémentaires, mettant en péril le respect du délai légal pour l'avortement. Il est à noter que cette procédure n'est ni formalisée ni harmonisée au niveau national. Les pratiques varient d'une région à l'autre, notamment en ce qui concerne l'appréciation des juges quant à l'autorisation de l'interruption volontaire de grossesse.

Population LGBTQA++

L'absence de divulgation publique de leur identité de genre ou orientation sexuelle limite, en apparence, l'exposition directe à des barrières spécifiques liées à leur statut. Toutefois, certaines personnes, notamment les femmes lesbiennes, rencontrent des obstacles similaires à ceux auxquels sont confrontées les femmes célibataires. À titre d'exemple, l'une des femmes interviewées appartenant à cette population a rapporté avoir été stigmatisée au moment de l'accès à l'IVG, notamment en raison de l'absence de recours préalable à une méthode contraceptive. Elle a, en outre, été contrainte d'accepter une méthode contraceptive pour que l'avortement soit pratiqué, illustrant ainsi une forme de conditionnalité contraire aux droits reproductifs.

Par ailleurs, il a été observé l'existence de jugements au sein même de la communauté LGBTQA++, notamment à l'encontre des femmes lesbiennes ayant vécu une grossesse. Cette situation, perçue par certains membres comme étant "**en contradiction avec l'identité lesbienne**" , peut entraîner des formes de stigmatisation intracommunautaire. Ce rejet

symbolique peut générer un isolement accru de ces femmes et limiter leur participation aux activités de sensibilisation et de prévention destinées à la communauté LGBTQA++, réduisant ainsi l'efficacité des actions de santé publique ciblées.

« Par exemple, une femme lesbienne n'est pas censée coucher avec des hommes pour s'en rendre enceinte. Du coup, si elle est enceinte, c'est que les gens ont des doutes envers son orientation. Ils disent « tu mens, tu n'es pas de la communauté ». Elles sont toujours accusées de ne pas savoir ce qu'elles veulent. Un jour de ce côté, l'autre jour de l'autre côté. Certaines personnes ne rentrent pas dans les cases qu'elles ont créées dans la communauté. Ça produit l'isolation sociale. Et du coup, si la personne est isolée, elle a moins accès aux espaces sécurisés, moins accès aux services qui sont offerts à la communauté. Et bien sûr, ça affecte les côtés psychologiques et aussi le contact social de la personne » (OSC)

Femmes vivantes avec le VIH

Les femmes vivant avec le VIH, en plus de relever des catégories de populations vulnérables précédemment décrites, sont confrontées à des formes de discrimination spécifiques, directement liées à leur statut sérologique **des jugements moralisateurs de la part de certain·e·s professionnel·le·s de santé**.

Le témoignage d'une femme séropositive ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse en 2006 illustre de manière significative les formes de stigmatisation dont ces patientes peuvent être victimes. Bien que ce récit remonte à plusieurs années, il demeure important, dans la mesure où les dynamiques discriminatoires qu'il révèle continuent d'être rapportées dans divers contextes :

« On m'a frappé. Il voulait me faire un courtage sans anesthésie, quand je lui ai demandé pourquoi ? elle m'a répondu avec dédain – nous ne l'avons pas pour toi, déjà remercie Dieu qu'on veut te faire l'IVG alors que tu vas nous salir le matériel avec le virus -, quand j'ai commencé à hurler et je lui ai dit que je ne voulais plus faire d'IVG et que je suis descendu de la table, une infirmière m'a frappé, le médecin responsable est venu pour régler la situation et il s'est avéré qu'ils avaient l'anesthésie et on a fini par me la faire » (Femme célibataire TS).

VI. BARRIÈRES SPÉCIFIQUES PAR RÉGION

Les barrières évoquées précédemment s'appliquent, à des degrés divers, à l'échelle nationale. Cette section du document présente les obstacles spécifiques observés dans chaque région. Étant donné les limites de l'échantillon et les conditions de l'étude, il n'a pas été possible de réaliser une analyse régionale approfondie. Les principales caractéristiques des services sont donc résumées dans le tableau ci-dessous, à titre d'illustration ponctuelle au moment de l'enquête. Comme pour les autres données du rapport, ces informations doivent être croisées avec d'autres sources si elles sont amenées à orienter de futures interventions.

	Barrières	Facteurs facilitateurs
Sfax	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de visibilité et de connaissance de l'espace L'Ami des Jeunes • Disponibilité limitée des ressources humaines et des horaires du planning familial. • Plusieurs récits indiquent que l'ONFP impose de nombreux allers-retours entre les rendez-vous, ce qui peut entraîner un dépassement du délai légal et empêcher la femme d'avoir recours à l'avortement. <ul style="list-style-type: none"> « <i>Au planning, ils tardent beaucoup avant de faire le service jusqu'à ce qu'elles dépassent les 08 semaines</i> » (OSC) « <i>Le planning n'ouvre que le matin très tôt et ils te malmènent avec les aller-retour</i> » (femme TS) « <i>Les allers-retours demandés par l'accueil du planning à Sfax m'ont fait dépasser le terme de l'avortement. A 3 mois ils ont refusé de me le faire. (...) Un jour je suis partie au planning pour mettre le stérilet, elle m'a à chaque fois baladée avec une excuse différente, ça a duré 4 mois te j'ai fini par laisser tomber</i> ». (Femme TS) • Il n'y a pas d'IVG chirurgical public à Sfax. <ul style="list-style-type: none"> « <i>Malheureusement, ça ne se fait pas à l'hôpital. On n'a pas de service. L'ONFP, ils ont un bloc opératoire, mais qui n'est pas fonctionnel. Du coup, ils ne peuvent pas assurer l'aspiration à l'ONFP gratuitement pour les personnes. Donc, les personnes, elles font recours aux médecins privés</i> ». (Prestataire ONG) • Le planning familial ne prend en charge que les grossesses de moins de huit semaines, et il est souvent difficile de trouver un·e gynécologue dans le secteur privé acceptant de réaliser l'intervention au-delà de ce délai.. <ul style="list-style-type: none"> « <i>En fait, il y a une grande difficulté à trouver un professionnel de santé qui pourra faire (l'IVG). C'est rarement qu'on trouve un gynécologue (hors celui de l'ONFP) qui est prêt à le faire. Déjà, l'ONFP, ils ont un gynécologue. Et c'est principalement les sage-femmes qui assurent les IVG à l'ONFP</i> ». (Prestataire ONG) • Forte prévalence du jugement moral et de la stigmatisation : phrases blessantes comme "Tu aurais dû fermer tes cuisses" • Pas de réunions périodiques de coordination à Sfax • Pour les personnes migrantes : <ul style="list-style-type: none"> - Peur des contrôles et d'arrestations lors des déplacements 	<ul style="list-style-type: none"> • Une société civile active et engagée • DPE réactive, la durée de la procédure en cas d'IVG pour des mineur.e.s dépend du juge.

	<ul style="list-style-type: none"> - Coût élevé des déplacements vers les structures de santé (beaucoup de personnes migrantes dans la brousse) - Pas de prise en charge à l'ONFP si la personne ne présente pas l'original du passeport. 	
Sousse	<ul style="list-style-type: none"> • La discréetion de l'espace Ami des jeunes est aussi un inconvénient, car peu de femmes connaissent ce service et se dirigent vers les plannings familiaux classiques. • Peu d'associations accompagnent les femmes ayant besoin d'une IVG dans leur parcours, en dehors de l'ATP et de l'ATL Sfax. • Les associations d'aide aux femmes sont difficiles à trouver à Sousse. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'espace « Ami des Jeunes » est particulièrement bien perçu par les bénéficiaires, offrant un bon accueil, confidentialité et très peu de jugement de valeur. <p><i>« Je suis partie à l'ami des Jeunes, c'est un bureau spécial pour les femmes célibataires, ils m'ont donné une lettre à donner à la maternité, avec cette lettre tout le monde s'est bien comporté avec moi. Ils nous ont parlé gentiment des moyens de contraception, des MST. L'espace Ami des jeunes est loin du planning et peu connu, il est très discret on dirait que tu vas entrer dans un immeuble ou un café. Je n'ai donné aucun papier, c'est complètement anonyme. Même avec la couleur du dossier ils savent qu'on vient de l'ami des jeunes »</i></p> • Personnel du planning familial de Monastir ouvert à des formations sur le genre et d'autres sujets de santé sexuelle, ce n'est pas le cas de Mahdia, où une OSC a proposé des formations qu'ils ont refusé.

Médenine	<ul style="list-style-type: none"> Absence de réunion de coordination périodique (ad hoc). Disponibilité exclusive de l'IVG médicamenteuse à Médenine ONFP de Médenine, la seule du gouvernorat à avoir un gynécologue. ONFP Zarzis : 3ème étage, peu de ressources RH et financières, pas d'activités mobiles <ul style="list-style-type: none"> <i>« Mais le problème ici, le ONFP de Zarzis, ils n'ont pas économiquement, ils n'ont rien. (...) ils n'ont pas beaucoup de sage-femmes. Je crois qu'il y en a une ou deux. Pour un nombre de consultations, des fois, ça dépasse de cinquanteaine de femmes. Aussi, la disponibilité de locaux, sont locaux, se trouvent dans le troisième, je crois, ou le quatrième étage. Donc, l'accès est très difficile (Prestataire OSC) »</i> CSB et ONFP à Médenine : consultations avec périodicité compliquée, peu de ressources Peu d'associations d'orientation pour les femmes vulnérables à Djerba. Plusieurs refus d'IVG à l'hôpital dans des cas de grossesse avancée (plus de 8 semaines) et très peu de gynécologues privés acceptant de le faire. <ul style="list-style-type: none"> <i>« On les adresse soit à l'hôpital, soit en privé. Quand c'est grossesse avancée, par exemple, on n'a pas d'autre solution. Et la plupart du temps, en fait, on les envoie dans le privé, sachant que l'hôpital risque de refuser. Parce que ce n'est pas dans leur politique » (Médecin)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Changement positif d'attitude du personnel sanitaire de l'ONFP Zarzis Une société civile active, coordonnée.
Tunis	<ul style="list-style-type: none"> Refus des personnes migrantes sans passeport original. ONFP's du grand Tunis : <ul style="list-style-type: none"> Désorganisation, attentes longues, nomadisme médical dans le système de santé : <i>« Et les plannings familiaux... C'est une galère, c'est une longue attente et les femmes se plaignent de l'accueil. Et le comportement des personnels qui y travaillent (...) à l'Ariana c'est un accueil catastrophique, avec limite insultant. Des paroles genre, vous êtes ingénieur et qu'est-ce que vous faites ici ? Est-ce que vous ne pourrez pas faire une contraception ? Des paroles de ce genre »</i> (Gynécologue privé). Maltraitance et jugements, spécialement celui d'Ariana a une 	Une société civile active, coordonnée.

	<p>mauvaise réputation car refus à cause de jugements de moral : <i>En matière de l'IVG, et surtout ce centre de l'Ariana, l'ONFP de l'Ariana, c'est vraiment terrible. J'ai envoyé même des Tunisiennes et elles ont refusé de leur faire l'IVG. Elles disent que c'est haram, ce n'est pas bon (Sage-femme OSC)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pour avoir un bon accueil les femmes doivent avoir une lettre ou être accompagnées des OSC. ● Pas de réunions périodiques de coordination (ad hoc) 	
Beja	<p>La collecte de données à Béja a été confrontée à de nombreux refus de participation et désistements. Trois des quatre associations contactées n'ont pas souhaité ou pu se rendre disponibles pour contribuer à l'étude. De plus, les bénéficiaires de deux de ces structures ont également décliné toute participation. En conséquence, il n'a pas été possible d'interviewer des femmes vulnérables dans cette région.</p> <p>Ce manque de disponibilité et d'accès à l'information constitue en soi un élément d'analyse. Il suggère que cette région est moins ouverte à ce type de thématiques. Ce constat est d'autant plus intéressant qu'il s'agit de la seule ville non côtière incluse dans l'étude.</p> <p>Les principaux éléments ressortis de l'entretien mené avec une association accueillant des femmes vulnérables à Béja sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La présence de personnes migrantes dans la région reste très limitée. - L'avortement semble largement rejeté par une partie significative de la population, principalement pour des raisons morales et religieuses. - Le personnel des organisations de la société civile exprime également, dans certains cas, des perceptions négatives à l'égard de l'avortement. - Le centre de conseil et d'orientation de la ville ne reçoit qu'un nombre restreint de demandes liées à l'IVG. 	Une bonne coordination entre le centre de conseil et d'orientation familiale et l'ONFP

VII. FACTEURS FACILITATEURS

Dans un contexte marqué par de nombreuses barrières d'accès, il a paru essentiel d'identifier les facteurs facilitateurs ainsi que les bonnes pratiques actuellement en place. Ces éléments constituent des leviers importants pour lever ces barrières, ce qui souligne la nécessité de les renforcer. :

- Les ateliers de « clarification des valeurs » organisés par le groupe Tawhida, l'UNFPA, l'ONFP et d'autres partenaires au niveau national constituent une bonne pratique pour lutter contre les barrières liées au jugement et à la stigmatisation par les prestataires de santé. Il serait pertinent d'initier une évaluation de cette intervention afin d'en garantir un déploiement à l'échelle nationale.
- La présence de points focaux au sein des services de santé facilite le suivi des cas et permet de répondre rapidement aux éventuelles barrières. Cependant, cette approche peut engendrer une personnalisation de la réponse, au détriment d'une institutionnalisation durable. C'est pourquoi elle doit être complétée par un travail de plaidoyer visant à renforcer les mécanismes structurels.
- La présence de gynécologues et de médecins à l'écoute, sensibles aux besoins des patientes, joue un rôle clé dans la levée des barrières. Il serait pertinent d'organiser un groupe de discussion réunissant ces professionnels afin d'analyser collectivement la situation et d'identifier les moyens par lesquels ils pourraient, à leur niveau, exercer une influence scientifique pour améliorer l'accès.
- La mise en place de lettres de liaison par les OSC, ainsi que l'accompagnement physique, favorise la communication entre la patiente et les services de santé, notamment lorsque les interlocuteurs ne partagent pas la même langue.
- Fournir à la patiente un contact téléphonique dédié, où elle peut faire le point sur l'avancement de son parcours, constitue une excellente pratique facilitant le suivi des cas. Cela permet aux femmes de se sentir véritablement accompagnées.
- L'instauration d'éducateurs pairs ou de relais communautaires facilite la diffusion de l'information et l'identification des cas, une approche particulièrement adaptée à la population migrante.
- L'information circule principalement par le bouche-à-oreille au sein des populations migrantes. Ce canal pourrait être davantage exploité par les OSC pour faciliter l'accès à l'information.
- Le recours aux consulats pour obtenir une copie du document d'identité constitue une solution efficace pour lever la barrière administrative liée à son absence.
- Plusieurs OSC proposent un accompagnement psychologique ; il serait pertinent de mutualiser cette ressource au sein du réseau.

VIII. RECOMMENDATIONS

Les recommandations présentées ici ont pour certaines été recueillies lors des différentes rencontres avec les contributeurs et contributrices de l'étude, tandis que d'autres ont été formulées par la consultante, s'appuyant sur les résultats et le contexte actuel..

En termes de plaidoyer

Mener un plaidoyer dans le climat sociopolitique actuel en Tunisie comporte des risques importants, y compris sécuritaires, que peu d'acteurs sont prêts à assumer. Il est donc crucial d'adopter une approche prudente, fondée sur l'union et la construction d'alliances avec des **personnes clés capables d'influencer à leur niveau**, au-delà des seules OSC.

A long et moyen terme

- Les OSC ont besoin du **soutien de la population tunisienne** pour mener efficacement leur plaidoyer : tant que le sujet demeure tabou et suscite des jugements, il sera très difficile de faire évoluer la réalité. Dans ce contexte, même une loi favorable ne suffirait pas. Il est recommandé de mettre en place des actions de sensibilisation et d'identification des alliés, tels que des leaders communautaires, qui pourront ensuite mobiliser leurs communautés.

« Si aujourd'hui les organisations de la société civile souhaitent mener un plaidoyer pour changer quoi que ce soit au niveau de l'avortement, il vaut mieux savoir s'il y aura un appui populationnel après » (UNFPA)

« On essaie d'agir auprès des bénéficiaires pour qu'elles aient un appui sur les décideurs. Parce qu'on a des décideurs qui ont les yeux fermés et les oreilles fermées, sourds et muets. On essaye de sensibiliser les bénéficiaires pour qu'elles fassent un appui, une pression auprès des décideurs pour faire arriver les idées de l'association civile ». (Prestataire OSC)

- Il est aussi important d'identifier des **femmes prêtes à partager leurs expériences des barrières rencontrées** et à s'impliquer dans la défense de leurs droits. Il faut faciliter leur participation dans les espaces de décision et la transmission de leurs demandes aux autorités..
- Bien que l'IVG soit légale mais **inscrite au code pénal**. Demander son retrait dans un contexte politique aussi sensible ne serait pas opportun. Une approche pragmatique consiste à créer des **procédures spécifiques pour appliquer la loi existante**, ciblant les cas vulnérables où persistent des pratiques arbitraires et des zones grises (migrantes mineures, victimes de viol, ITG). Parallèlement, il est prioritaire de plaider pour l'amélioration des services (gestion, organisation, qualité) en s'appuyant sur les barrières systémiques documentées dans ce rapport.
- Mettre en place **un système centralisé de remontée de plaintes** auprès du Ministère de la santé sur les mauvaises pratiques en IVG et contraception, confié à un acteur neutre comme l'UNFPA. En ciblant initialement un sujet d'intérêt commun (ex. refus illégaux), ce mécanisme démontrera concrètement – via les données recueillies – le coût humain, juridique et financier des barrières

- Prioriser des recherches démontrant l'intérêt de « **santé publique** »¹ de lever les barrières à l'IVG, en quantifiant notamment leur impact budgétaire (ex. coûts évités des complications d'IVG non sécurisées, prise en charge des grossesses non désirées). L'approche doit mettre en avant la réduction de la mortalité/morbidité maternelle plutôt qu'un discours sur les droits – moins efficace politiquement dans le contexte actuel.
- Les Centres de Santé de Base (CSB), étant plus proches des populations que l'ONFP, pourraient jouer un rôle important dans la levée des barrières. Il serait pertinent d'analyser comment ils pourraient intervenir et proposer ensuite une action concrète dans ce sens, intégrée au plaidoyer.
- Pour promouvoir des interventions efficaces sur l'IVG/contrception, **une attention particulière devra être portée sur les régions non-côtières** où les barrières socio-culturelles sont plus fortes, via **une approche décentralisée et adaptative**.

A court terme

- Il est conseillé de profiter des **événements internationaux** pour présenter la situation des barrières en Tunisie, s'allier avec d'autres acteurs œuvrant dans ce domaine et renforcer le plaidoyer au niveau international. Des réseaux régionaux, comme RAWSA et MARA (voir cartographie), sont actifs dans ce domaine, et il serait pertinent que Médecins du Monde y participe et partage son expérience
- Profiter des conventions signées avec les services sanitaires pour exiger la qualité des prestations (ex. : lier le paiement par une OSC à des standards de service). Identifier des alliés parmi **les directeurs des services sanitaires** et leur partager les réalités vécues par les populations vulnérables, afin de les impliquer davantage dans le levé des barrières.
- **Associer la Société Tunisienne de Gynécologie Obstétrique aux discussions relatives aux barrières existantes, en particulier celles liées à la disponibilité des médicaments utilisés dans le cadre de l'IVG.** Cette instance, de par son autorité scientifique et médicale, pourrait par la suite porter un plaidoyer ciblé auprès du Ministère de la Santé en faveur d'un meilleur accès à ces traitements.

¹ Le fort taux de grossesses non intentionnelles a des conséquences terribles au niveau mondial, qui affectent presque tous les aspects du développement humain. Dans un monde déjà aux prises avec des difficultés aussi prégnantes que les changements climatiques, les conflits, les catastrophes naturelles et la migration de masse, les grossesses non intentionnelles et ses conséquences néfastes représentent une perte monumentale : des millions de dollars de soins de santé, de plus faibles niveaux de progrès social, des taux très élevés d'avortements non médicalisés provoquant une mortalité maternelle forte, ainsi que l'accroissement de la pauvreté et de la famine. UNFPA <https://www.unfpa.org/fr/news/7-mythes-infondes-sur-les-grossesses-non-intentionnelles>

En termes d'interventions:

Outre le renforcement des facteurs facilitateurs précédemment évoqués, il convient d'envisager les interventions suivantes :

1. Coordination et formation

A moyen terme

- ✓ Créer un comité ou un **groupe intersectoriel** rassemblant des acteur·rice·s engagé·e·s dans la levée des barrières identifiées, en vue de favoriser des échanges autour de cas spécifiques et de dégager des pistes d'action communes. Ce cadre de concertation permettrait l'élaboration d'interventions conjointes ainsi que la définition d'un plan de plaidoyer déployé à différentes échelles. Il serait essentiel d'y associer des sages-femmes et des gynécologues, afin d'ancrer les discussions dans la réalité des pratiques cliniques.
- ✓ Mettre en place des **espaces d'échange et de formation à destination du personnel de santé, centrés sur le cadre juridique** en vigueur et l'analyse partagée des risques réels liés à son application. Idéalement, ces sessions devraient être co-animées par un·e juriste et un·e professionnel·le de santé allié·e
- ✓ Organiser des sessions de **formation à destination des organisations de la société civile, animées par des juristes**, portant sur l'article du Code pénal relatif à l'avortement ainsi que sur d'autres dispositifs législatifs ayant un impact direct sur leurs bénéficiaires (tels que l'exigence du document d'identité). Il s'agira non seulement d'étudier les textes de loi, mais surtout d'**analyser leur interprétation et leur mise en œuvre dans des situations concrètes**.
- ✓ Approfondir la connaissance des procédures relatives à l'adoption et à la garde temporaire en Tunisie, afin de mieux orienter et informer les femmes concernées sur les alternatives existantes.
- ✓ Se former à la nouvelle législation sur la responsabilité médicale afin d'identifier les leviers juridiques pouvant être mobilisés pour garantir aux femmes une prise en charge de qualité et faire valoir leurs droits en cas de manquement.
- ✓ Élaborer des fiches de suivi de cas destinées à être partagées entre les différentes organisations de la société civile impliquées dans l'accompagnement d'un même dossier, afin de renforcer la coordination tout en assurant le strict respect de la confidentialité

« S'il y en a toute une fiche qu'il faut remplir dès le début, donc le nom de la femme, le nouveau-né quand cet enfant a été né, accrocher tout ce qui est médicaments dans ces dossiers-là. Donc, ces dossiers vont être transmis à une autre ONG ou à une association qui peut aider cette femme, soit pour l'enregistrement de son enfant, soit pour son prise en charge si elle a d'autres maladies ou d'autres choses, en fait, d'autres complications. Donc, cette ONG peut la prendre en charge. Mais tout ça, si on a une fiche d'orientation, qu'on explique là-dedans tout ce qui se passe et tout, mais aussi qu'elle soit confidentielle. (Prestataires OSC)

A court terme

- ✓ Organiser **un atelier d'échange d'expériences** réunissant les partenaires intervenant auprès des femmes en situation de vulnérabilité. Chacun de ces acteurs développe actuellement, de manière isolée, des réponses à des problématiques similaires ; il serait donc pertinent de faire converger les efforts et de capitaliser sur les solutions déjà identifiées. Parmi les axes à approfondir figure la possibilité de solliciter des interruptions thérapeutiques de grossesse (ITG) dans les cas de viol, en s'appuyant notamment sur l'impact psychique et l'atteinte à la santé mentale de la femme. Les situations d'abus sexuel sont particulièrement fréquentes : à titre d'exemple, Médecins du Monde a enregistré, depuis 2021, que **51 % des femmes migrantes ayant présenté une grossesse non désirée avaient déclaré avoir été victimes de viol** (source : base de données MDM Tunisie).
- ✓ Prévoir une réunion regroupant les partenaires afin d'analyser conjointement les résultats de cette étude et d'examiner les différentes recommandations formulées, dans une perspective de mise en œuvre concertée.

2. Interventions spécifiques

A court et moyen terme

- ✓ Renforcer les capacités du personnel sanitaire et psychosocial, en particulier dans les structures publiques, sur les **besoins spécifiques** des populations vulnérables en matière d'IVG et de planification familiale post-avortement. Il s'agira également de les former aux **bonnes pratiques visant à améliorer la qualité des services**, notamment en matière de **confidentialité, d'écoute active et empathique, de prévention de la coercition reproductive**, ainsi que sur les éléments essentiels d'un accompagnement et d'un **suivi adéquats**.
- ✓ Identifier, au sein des communautés migrantes, des personnes ressources – telles que des **pairs, relais communautaires ou leaders** – susceptibles de relayer l'information et d'apporter un accompagnement de proximité à leurs camarades en situation de besoin. Malgré une mobilité réduite, ils peuvent jouer un rôle stratégique dans la diffusion des informations et la facilitation de l'accès aux services. À cet effet, il conviendrait de concevoir des **supports de communication multilingues**, adaptés aux différents profils, et, si nécessaire, sous format numérique afin de limiter les risques d'exposition pour les organisations impliquées.
- ✓ Créer des espaces de sensibilisation et de dialogue, inclusifs et adaptés à chaque tranche d'âge et à chaque genre, autour des thématiques de l'avortement et de la contraception. Ces espaces devront tenir compte des spécificités socioculturelles de chaque population cible afin d'assurer une meilleure réception des messages. Par ailleurs, les interventions d'insertion sociale et économique constituent également des

vecteurs pertinents pour intégrer ces thématiques, en les abordant de manière transversale et contextualisée.

- ✓ Mise en place de services mobiles : Des cliniques mobiles pourraient être mises en place pour couvrir les zones rurales et offrir une prise en charge anonyme.
- ✓ Favoriser la **mutualisation des services psychosociaux** proposés par les différents partenaires, qu'il s'agisse d'hébergement, de soutien alimentaire, d'accompagnement juridique, d'insertion socio-économique ou d'accès à l'éducation, entre autres. Cette coordination pourrait se concrétiser par l'élaboration d'un annuaire ou d'une cartographie actualisée des ressources disponibles, qui servirait tant aux intervenants qu'aux femmes confrontées à des grossesses non désirées, en facilitant leur orientation vers les structures adéquates.
- ✓ Étudier le rôle des hommes dans la survenue de grossesses non désirées chez les populations vulnérables. Utiliser les espaces existants (ex. CASO) comme lieux de recherche-action participative pour faciliter des échanges constructifs.
- ✓ Mettre en place des espaces dédiés au **dialogue, à l'information et à la sensibilisation à destination des hommes**. Il est essentiel d'y encourager la libre expression de leurs représentations, émotions et questionnements, afin de favoriser une implication plus consciente et constructive dans les enjeux liés à la contraception et à l'avortement.

« Comme je vous le disais, moi, c'est ma première fois d'assister à ce débat que vous venez de souligner tout à l'heure. - C'est-à-dire que vous avez vraiment besoin de ce type d'espace où on vous explique des choses ? - Oui, exactement. OK. Avoir à qui parler, à qui se confier ». (Homme migrant)
- ✓ Valoriser les portraits de praticiennes offrant une prise en charge de qualité, en les utilisant comme exemples inspirants lors des formations et des ateliers VCAT. Ces témoignages permettront de démontrer aux autres professionnelles qu'un changement est possible, qu'il améliore significativement la relation avec les patientes et contribue à la réduction des complications. Une telle approche vise à influer sur les **normes sociales et professionnelles au sein du corps médical**.

« Surtout, vous faites les choses comme elles se doivent. Tu les expliques. Il y a le problème d'accès. Ils habitent trop loin. Tu facilites la tâche par WhatsApp. Tu envoies votre localisation, les ordonnances. On fait parfois l'interaction rien que par téléphone. Quel est votre problème ? J'ai un retard. Comment je fais ? Lorsque tu donnes toutes ces informations par téléphone, ça facilite les choses après. Oui, elles se sentent en sécurité. Oui, tout à fait. En cas de besoin, tu peux me contacter. Je reste en contact par WhatsApp. Donc je ne coupe pas le cordon facilement. Donc je suis toujours joignable ». (Gynécologue)

IX. BIBLIOGRAPHIE

- (1) ONFP/UNFPA, Etude sur l'accès et la qualité des services SSR/PF en Tunisie, 2020
- (2) Plan National de Santé Sexuelle et Reproductive | 2021 – 2030
- (3) Groupe Tawhida Ben Cheikh, Enquête sur les connaissances, les attitudes et la pratique des jeunes en matière de sexualité et de santé sexuelle et reproductive : Résultats préliminaires et recommandations. 2019
- (4) Groupe Tawhida Ben Cheikh, Enquête sur la recomposition des valeurs en rapport avec la sexualité, la santé sexuelle et reproductive et la relation de genre. 2023
- (5) Stratégie nationale multisectorielle de promotion de la santé des adolescents et des jeunes 2023-2030
- (6) Cadre de suivi de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive en Tunisie 2014
- (7) La santé sexuelle et reproductive en Tunisie. Institutions médicales, lois et itinéraires thérapeutiques des femmes après la révolution, Irene Maffi et Malika Affes, Dossier : Genre, santé et droits sexuels et reproductifs au Maghreb 2017
- (8) Conditions de vie, de migration, exposition aux violences, problématiques d'accès aux soins. Enquête quali-quantitative faite au Niger, Tunisie et au Maroc. Médecins du Monde Belgique, 2017-2018.
- (9) L'accès aux soins des migrants en Tunisie en 2023-2024 : Situation actuelle et enjeux éthique
- (10) ONFP/OIM, Evaluation de base des vulnérabilités socioéconomiques et sanitaires des migrants pour un accès effectif aux services de santé en Tunisie. 2016

ANNEXE. 1 Table comparative des barrières selon catégorie de vulnérabilité

Population/Barrières	Célibataires	Travailleuses du sexe / usagères de drogues	Mineures	Personnes migrantes
Géographiques	<ul style="list-style-type: none"> - Résidence en zone rurale - Service non disponible près de chez elle - Déplacement géographique à la recherche de confidentialité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Service non disponible près de chez elle - Déplacement géographique à la recherche de confidentialité 	<ul style="list-style-type: none"> - Résidence en zone rurale - Service non disponible près de chez elle - Déplacement géographique à la recherche de confidentialité 	<ul style="list-style-type: none"> - Zones d'habitat isolées : accès ONFP limité - Service non disponible près de chez eux
Socio culturelles	<ul style="list-style-type: none"> - Opposition idéologique à l'IVG/contraception - Discrimination sociale : grossesse hors mariage - Menace familiale d'éviction pour cause de grossesse hors mariage - Demande d'IVG anonyme par crainte d'exclusion familiale - Dépassement délai IVG dû à quête d'anonymat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Opposition idéologique à l'IVG/contraception - Crainte de double discrimination : les travailleuses du sexe et les usagères de drogues recherchent le secret et l'anonymat lors de la demande d'IVG. 	<ul style="list-style-type: none"> - Stigmatisation importante des GND chez les mineures, incitant les parents à recourir à l'IVG de manière anonyme, loin de leur lieu de résidence. 	<ul style="list-style-type: none"> - Opposition idéologique à l'IVG/contraception - Faible implication des hommes dans les questions de santé sexuelle et reproductive.
Financières	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources insuffisantes : les femmes sont souvent sans emploi et ont la charge de leur famille 	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources insuffisantes : les femmes sont souvent sans emploi et ont la charge de leur famille - Renoncement au préservatif pour augmenter le nombre de clients et les revenus 	<ul style="list-style-type: none"> - Mineures issues de familles démunies, sans moyens financiers ni pour accéder aux services privés ni pour se déplacer vers d'autres centres 	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources insuffisantes : les femmes sont souvent sans emploi et ont la charge de leur famille - Nombreuses femmes vivant en situation de précarité extrême, recourant à la mendicité
Educatives et informatives	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'information ou diffusion d'informations erronées due à : 	<ul style="list-style-type: none"> - Les services d'éducation sexuelle adaptés et accessibles restent absents, seuls les OSC les proposent 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'information ou informations erronées dues à l'absence d'éducation complète à la sexualité à 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'information ou information incorrecte car :

	<ul style="list-style-type: none"> - L'absence d'éducation complète à la sexualité dans le système scolaire - Le faible niveau de connaissance sur le corps, notamment chez les jeunes femmes - La persistance de mythes autour des méthodes contraceptives <p>Conséquences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic tardif de grossesse entraînant un dépassement des délais légaux pour l'IVG - Non-recours ou mauvaise utilisation des méthodes contraceptives 	<p>selon les horaires des bénéficiaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'utilisation de méthodes contraceptives lorsqu'elles sont sous les effets de l'alcool ou des drogues. 	<p>l'école et à une méconnaissance du corps</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'information sur leurs droits en Tunisie (dont l'avortement) - Pas d'information sur l'accès à la santé en Tunisie et le fonctionnement du système - Pas de programmes d'éducation sexuelle dirigés spécifiquement à la population migrante et adaptés à ses besoins - Mythes sur l'utilisation des méthodes contraceptives et sur l'avortement <p>Conséquences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépassement de délai autorisé pour réaliser l'IVG - Pas d'utilisation de méthodes de contraception
Structurelles		<ul style="list-style-type: none"> - La suppression des maisons closes et l'interdiction des TS ont entraîné une diminution des contrôles médicaux. 		<ul style="list-style-type: none"> - Lois et discours politiques répressifs à l'encontre des personnes migrantes et des associations qui travaillent avec elles. - Risque sécuritaire élevé pour les prestataires des OSC, qui réduisent leurs activités en privilégiant le

				<p>contact téléphonique au lieu du contact physique.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Multiples contrôles policiers dans les moyens de transport, provoquant la peur chez les personnes migrantes et le refus des transporteurs de les prendre en charge. - Discours politique "autorisant" l'exclusion des personnes migrantes, augmentant l'insécurité et le risque d'agressions, avec des cas fréquents de viols et de kidnappings ; les femmes craignent de se déplacer, même pour accéder aux services sanitaires
Du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Jugements fréquents émanant des prestataires de santé. - Stigmatisation des femmes célibataires, perçues comme des « cas sociaux », entraînant problématiques et maltraitances. - Obligation de demander une autorisation parentale. - Horaires inadaptés dans les services publics, compliquant le maintien de l'anonymat. - Manque de confidentialité dans la prise en charge. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jugements liés au statut de femme célibataire avec grossesse non désirée, culturellement non accepté. Jugements à l'encontre des travailleuses du sexe identifiées par les services. - Maltraitance associée à la stigmatisation de « cas social ». - Intervention policière systématique en cas de multiples IVG par une même femme. - Manque de confidentialité dans la prise en charge. - Absence de formation des 	<ul style="list-style-type: none"> - Procédure juridique imposant la présence du tuteur légal (mère ou père) pour réaliser l'IVG, supprimant toute confidentialité vis-à-vis de la famille. - Cette obligation pousse les mineur·e·s à recourir à des solutions clandestines, augmentant ainsi les risques encourus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Refus du service dans certaines régions en l'absence de présentation du passeport original. - Difficultés de communication liées à la langue, plusieurs personnes ne parlant que l'anglais ou leur dialecte natal, tandis que la majorité des prestataires ne maîtrisent pas l'anglais. - Absence de panneaux d'information dans les services sanitaires en langues autres que l'arabe ou le français.

		<p>ressources humaines sur la prise en charge adaptée de cette population.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Discrimination envers certaines patientes. - Application de règles arbitraires, résultant à la fois d'un manque de clarté des procédures et d'une volonté délibérée.
--	--	--	--	---