

IPPF EUROPE

Bulletin d'Information Régional

Vol 7 No 1 Janvier 1978

Réunions du Comité Central et de l'Assemblée des Membres de l'IPPF

Edimbourg, en Ecosse, froide sous un soleil intermittent, grise et mouillée mais néanmoins belle, fut l'hôte de réunions qui, peut-on dire, virent la fin d'une ère de l'IPPF et, sous le régime de la nouvelle constitution, le début d'une nouvelle IPPF.

Le jeudi 8 novembre eut lieu la dernière réunion du Comité de Gestion et de Direction, après 17 années de sessions trimestrielles à titre de gardien des matières de politique et de programmes, organisées entre les réunions biennales du Conseil d'Administration. En ma qualité de Président sortant, j'ouvris la session par une triste nouvelle en annonçant le décès prématuré en octobre de Joyce Johns, Chargée de Conférences au Bureau Central, qui servait la Fédération depuis 18 ans. On paya hommage à son service dévoué lors de cette réunion et de celle du Conseil Central qui suivit.

De nombreux sujets figuraient à l'ordre du jour des réunions du Comité de Gestion et de Direction et du Conseil Central et, suite au rapport que j'étais à titre de Président du premier, j'ajoutais d'autres questions au programme du Conseil Central, à des fins d'approbation officielle ou de recommandation. Je vais ainsi traiter les deux dans la première section de ce rapport.

1. Réunions du Comité de Gestion et de Direction (8 novembre) et du Conseil Central (9/10 novembre).

A la réunion du Comité de Gestion et de Direction assistaient Sten Heckscher à titre de représentant de la Région de l'Europe et Jürgen Heinrichs à titre de Vice-Président du Comité chargé du Budget et des Finances. A la réunion du

Dans ce numero

- Réunions du Comité Central et de l'Assemblée des Membres de l'IPPF, par *Denys Fairweather*
- Mortalité des contraceptifs oraux, par *Philip Kestelman*
- La contraception au Danemark vers la fin de la période féconde, par *Jorgen Wiese*
- Nomination du nouveau Secrétaire Général de l'IPPF
- 20^{ème} Anniversaire de l'APF Polonaise
- Supplément sur l'Avortement légal en Europe

Conseil Central que présidait William Wamalwa (Afrique) s'ajoutaient Lykke Aresin, Albino Aroso, Mikołaj Kozakiewicz et moi-même pour former les six représentants de la Région de l'Europe. Ci-dessous se trouvent les principaux sujets de discussion et de décision:

- *Questions éthiques du planning familial.* On prit note et on discuta des résolutions de la Région de Europe, déplorant la méthode de lancement de publications, telle que le Dr. Sai avait préparée sur le sujet, et exprimant son opposition envers la teneur. On ratifia les mesures prises par la Secrétaire Générale concernant la circulation du livret. On pria les associations membres de continuer à examiner ces questions et de faire connaître leurs points de vue et leurs commentaires avant septembre 1978.
- *Efficacité des Comités.* Le Conseil Central approuva l'action recommandée par le Comité de Direction et de Gestion, lequel avait ordonné au Comité Exécutif Central d'entreprendre l'année suivante, une évaluation de l'efficacité des activités des trois comités centraux permanents ainsi qu'un examen des moyens susceptibles d'améliorer les relations de travail entre les comités centraux et régionaux. Les Conseils

Régionaux étaient aussi priés de faire une évaluation des Comités Régional, Exécutif Régional, et Permanent Régional.

- *Epreuve de Spermicide.* Après consultation légale relative à la responsabilité de l'IPPF en matière de rapports d'essai provenant de l'IPPF, le Conseil adopta la décision du Comité de Gestion et de Direction, à savoir que l'IPPF ne doit pas permettre l'usage de son nom pour recommander ou endosser de manière quelconque un produit contraceptif ou pour apparaître dans la publicité relative à des produits contraceptifs. Le Comité Médical Central fut chargé d'examiner et de préparer un rapport sur la question de savoir si l'IPPF doit continuer à éprouver des produits spermicides. On décida aussi que l'IPPF devait enlever son nom du soit-disant Essai du Pouvoir Spermicide Agréé par l'IPPF (1965) puisque cet essai est bien connu et à la disposition d'autres organisations et qu'il suppose l'approbation de l'IPPF.

- *Mise en pratique des décisions du Conseil d'Administration sur le secrétariat unifié.* Tant le Comité de Gestion et de Direction que le Conseil Central discutèrent longuement un rapport d'avancement, comprenant des politiques envisagées envers le personnel du secrétariat et se rapportant aux salaires. Une résolution de la Région de l'Asie de l'Est et du Sud-Est et de l'Océanie provoqua le plus de commentaires; elle mit à jour en effet l'inquiétude permanente et l'incertitude régionale envers les implications du secrétariat unifié et surtout la question de l'autorité des volontaires par rapport à celle de la Secrétaire Générale dans les procédures de nominations, et le rôle et les responsabilités des Comités Exécutifs Régionaux. En fin de compte, le Conseil Central convint de demander à la Secrétaire Générale de préparer un article détaillé sur la situation, en indiquant la structure de personnel, la délégation de responsabilité et la nature de la participation volontaire aux questions relatives au personnel; ce rapport

– *Nominations de Patronnes.* Trois pionniers appartenant aux débuts de l'IPPF ont été nommés patronnes, à savoir Sénateur Shidzue Kato (Japon), Mme Constance Goh Kok Kee (Singapour) et Dr. Helena Wright (R-U).

– *Election du nouveau Président de l'IPPF.* Parmi cinq candidats, Mme Aziza Hussein (Egypte) a été nommée Présidente.

– *Projet de plan triennal 1978 - 1980.* Ce sujet a été présenté par la Secrétaire Générale et a incité des débats considérables résultant en plusieurs amendements. Modifiés et remis en ordre, les objectifs se lisent maintenant de la manière suivante:

Objectif I. L'IPPF va renforcer ses efforts pour stimuler une prise de conscience communautaire plus étendue et la participation de gens en nombres notablement plus élevés à la mission et aux activités des associations et de la Fédération, ainsi qu'une acceptation plus forte de la relation du planning familial par rapport aux activités d'autres organisations dans le domaine du développement économique et social, de l'hygiène et de l'éducation.

Objectif II. L'IPPF va grandement accélérer ses efforts pour persuader tous les gouvernements n'ayant pas encore accepté la responsabilité de fournir des informations et des services de planning familial, à adopter des politiques convenables et à mobiliser les ressources nécessaires à leur mise en pratique.

Objectif III. L'IPPF va intensifier son influence sur tous les gouvernements dont les politiques et allocation de ressources en matière de planning familial sont insuffisantes, afin qu'ils prennent des mesures efficaces pour assurer le plein succès des informations et des services en matière de planning familial.

Objectif IV. L'IPPF va renforcer sa gestion par l'intermédiaire de main-d'oeuvre et de développement organisationnel, surtout son pouvoir d'articuler et de réaliser des objectifs, d'évaluer l'expérience de manière objective et d'appliquer les informations obtenues ainsi que de gérer ses ressources en toute responsabilité et d'expliquer leur utilisation de façon satisfaisante.

Parmi d'autres modifications apportées au plan s'est trouvée l'insertion d'une clause demandant

des efforts destinés à accroître la responsabilité de l'homme envers le planning familial. Certains délégués ont tenté d'enlever une clause relative à la stérilisation volontaire, dans la section traitant de la fourniture des services mais un vote majoritaire a rejeté cette mesure.

On a discuté aussi certaines omissions du plan, les problèmes de grossesse des adolescents p. ex., mais étant donné que l'on avait discuté à fond et commenté sur ces problèmes pendant le débat sur l'avenir de l'IPPF, on a décidé que la volonté et l'intention de l'Assemblée étaient nettes et que le plan triennal et les discussions sur *l'Etude vers l'Avenir* devaient se compléter en termes d'orientation et de mise en pratique des programmes. L'Assemblée a alors accepté le plan modifié, à l'exception d'un délégué qui enregistra une abstention sur un point technique concernant l'usage d'un texte anglais.

– *L'IPPF et l'Avenir – "Etude tournée vers l'Avenir"*. Le document a présenté les découvertes du groupe de huit membres composé d'officiers honoraires et de deux employés principaux ayant formé le comité directeur responsable d'entreprendre l'étude tournée vers l'avenir. Ce document était une synthèse des découvertes provenant de visites de forces de travail, de questionnaires envoyés aux associations membres et autres sources d'information et il représentait les points de vue et évaluations personnels de ce groupe.

Une discussion préliminaire en a eu lieu lors de la réunion du Conseil Central mais la plus grande partie des débats sur la section provisoire "conclusions et recommandations" (Chapitre III du document) se sont déroulés à l'Assemblée des Membres. On a nettement indiqué au départ qu'il s'agissait là d'un exposé de travail et non pas d'un document de politique. Bien des questions ont été soulevées y compris le rôle de l'homme, l'orientation conjugale, les solutions alternatives à l'avortement (adoption et protection de l'enfant), l'éducation sexuelle destinée au grand public (et pas seulement aux jeunes) et l'usage des systèmes de communications. On a mis en garde les associations contre la pratique de fournir des services qui devaient être mieux offerts par d'autres organisations, surtout dans le cas de la fourniture de traitement pour un avortement incomplet, et l'Assemblée a décidé de ne donner ce traitement que "lorsque c'est applicable et

nécessaire". On a aussi insisté sur le besoin de continuer, au sein de l'IPPF, à rechercher des changements de la position légale relative tant à l'avortement qu'au recul de l'âge du mariage dans certains pays. De nombreux délégués ont indiqué que l'IPPF devait contribuer à réduire les taux de mortalité infantile élevés qui existent dans beaucoup de pays en voie de développement.

Pendant la dernière session de l'Assemblée des Membres, le Comité chargé des Résolutions a présenté un résumé de quatre pages, rassemblant les principaux sujets de discussion du document avec un certain nombre de résolutions formelles concernant des sujets spécifiques. Ces derniers comprennent l'avortement incomplet, les critères de distribution des ressources (en tenant compte des difficultés culturelles, sociales et religieuses affrontant les associations particulières de planning familial) et l'usage éducatif des grands moyens d'information. La résolution provenant de la Région de l'Europe a été incorporée à une nouvelle résolution concernant l'appui des associations et se lit maintenant ainsi: "En ce qui concerne les trois premiers objectifs de l'IPPF (comme indiqué dans l'Acte de l'IPPF en 1977) cette Assemblée des Membres reconnaît et déclare que l'IPPF doit viser à réaliser ces objectifs au moyen du support des associations nationales et en les incorporant intégralement à un processus général de développement qui doit être mis en pratique dans le cadre de l'avancement général des communautés concernées". Après des débats considérables, la résolution a été adoptée par une forte majorité.

Une autre résolution relative à l'offre de planning familial par l'intermédiaire des associations a été adoptée aussi et elle éclaircit en fait la position de l'IPPF travaillant sous couvert d'institutions autre qu'une association de planning familial dans un pays quelconque, de la manière suivante: "lorsqu'il existe une association de planning familial, on lui demandera naturellement son accord à ce sujet et on la considérera comme le contact avec toute autre institution. Si l'association de planning familial n'est pas disposée à ce faire, on respectera son point de vue mais il n'aura pas la valeur d'un veto lorsque de telles mesures reflètent la conviction des organismes régionaux et central, à savoir que les objectifs de la Fédération en bénéficieront et que ses politiques seront respectées".

Mortalité des contraceptifs oraux

Une résolution cherchant à rendre obligatoire de ne rien publier au nom de l'IPPF sans le consentement préalable d'un comité volontaire approprié n'a pas été appuyée par un vote majoritaire mais on a noté qu'une recommandation antérieure du Comité Central chargé des Communications, acceptée par le Comité de Gestion et de Direction, était toujours en vigueur; de plus, on avait donné l'assurance que cette recommandation serait suivie, lors de la réunion du Comité Central.

Finalement, en ce qui concerne le sort du document sur l'IPPF et l'Avenir, on a accepté, après bien des discussions, la résolution suivante: "Après avoir étudié les commentaires du Conseil Central sur le document, après avoir discuté de nombreux points des conclusions et recommandations et après avoir pris certaines résolutions ajoutées ici, cette Assemblée, acceptant en gros ces conclusions et recommandations, communique ses commentaires au Conseil Central pour qu'il les considère activement et s'en serve comme directives lors du développement de politiques et de programmes".

On décida de plus que, sous sa forme actuelle, le document devait servir d'exposé de trail de l'IPPF - mesure prise pour s'assurer une fois encore que toute personne le lisant à l'avenir, en comprenait nettement le statut réel. (Le Comité Exécutif Central a décidé ultérieurement que tous les exemplaires devaient porter un papillon déclarant "Ceci est un exposé de travail de l'IPPF et non pas une déclaration de sa politique".)

La session s'est terminée par une résolution faisant l'éloge du Dr. Fernando Tamayo, le remerciant de ses efforts entrepris au nom de l'IPPF pendant les six années de son mandat de Président.

La longueur de ce rapport indique le problème concernant à faire le résumé d'une semaine de réunions mais j'espère en avoir indiqué les points saillants. A mon avis, cette première Assemblée a été un vrai succès et la disponibilité de traduction simultanée, en français et en espagnol, a permis aux délégués de participer au maximum aux débats. L'Europe y était bien représentée et de nombreux points de vue européens ont été incorporés aux décisions prises.

Denys Fairweather,
Président, Région de l'Europe

En 1968, sur la base d'une étude de cas-témoins effectuée au Royaume-Uni, Inman et Vessey (1) estimaient que le risque de mortalité par thrombo-embolie pulmonaire, coronaire ou cérébrale et attribuable aux contraceptifs oraux se montait à 2,2 par 100.000 années-femmes pour les usagères d'entre 20 et 34 ans, et à 4,5 par 100.000 années-femmes pour les usagères d'entre 35 et 44 ans. Le risque de mortalité total par thrombo-embolie, causée par la contraception orale, était donc estimé à environ 3 par 100.000 années-femmes. En 1968 également, le Royal College of General Practitioners (RCGP) et l'Association de Planning Familial/l'Université d'Oxford commencèrent des études prospectives de femmes sous contraceptifs oraux au Royaume-Uni.

En mai 1974, le RCGP publia le premier rapport intérimaire sur son Etude de la Contraception Orale, intitulé *Les Contraceptifs oraux et la Santé* (2). Il conclut que "le risque estimé actuellement à la prise de la Pilule est tel qu'une femme correctement informée la prendrait avec plaisir". Le rapport du RCGP nota également: "Le nombre de morts enregistrés parmi les sujets à l'étude est faible et l'on ne peut en tirer de conclusions sur l'influence possible des contraceptifs oraux".

En juin 1974, dans une lettre au *Lancet*, Beral (3) se servit des morts de l'Etude de la Contraception Orale du RCGP pour calculer les taux de mortalité (non-normalisés) des utilisatrices et non-utilisatrices de la contraception orale. L'excès de mortalité associée à la contraception orale est indiqué au *Tableau 1*. (Les utilisatrices de contraceptifs oraux, participant à l'étude du RCGP, étaient auparavant en meilleure santé que les témoins du même âge, soit les non-utilisatrices).

TABLEAU 1: Mortalité due à la contraception orale, par cause (RCGP)

Cause du mort	Taux d'excès de mortalité due à la contraception orale par 100.000 années-femmes
TOTAL	+ 26
De nature circulatoire	+ 17
Suicide	+ 11
Cancer	- 4
Grossesse	- 5
Autres	+ 6

Beral reconnaît que cet excès dû à la contraception orale pourrait être l'effet du hazard et que le risque absolu de mortalité était faible mais se demande s'il était "tel qu'une femme correctement informée la prendrait avec plaisir".

En mai 1975, sur la base d'une étude rétrospective de cas-témoins des morts parmi les femmes de moins de 50 ans en Angleterre et au Pays de Galles pendant 1973, Mann et Inman (4) estimaient que l'excès du taux de mortalité due à la contraception orale, par infarctus du myocarde, était de 3,5 par 100.000 années-femmes d'entre 30 et 39 ans et de 4,3 par 100.000 années-femmes pour les utilisatrices d'entre 40 et 44 ans. En août 1976, grâce à des données supplémentaires, Mann *et coll.* (5) révisaient ce même risque et le portaient à 20 par 100.000 années-femmes pour les usagères d'entre 40 et 44 ans; à 1,1 par 100.000 pour les femmes d'entre 20 et 34 ans; et à 8,1 par 100.000 pour les usagères d'entre 35 et 44 ans. L'excès de mortalité due à la contraception orale ne s'expliquait pas par une association entre contraception orale et hypertension ou diabète (tous deux facteurs de risque d'infarctus du myocarde).

En novembre 1976, se basant sur les tendances de l'usage de la contraception orale et la mortalité parmi les femmes de 15 à 44 ans dans 21 pays, Beral (6) rapportait une corrélation fortement significative statistiquement ($r = +0,67$) entre la proportion estimée de femmes d'entre 15 et 44 ans prenant des contraceptifs oraux (allant de 0 à 27% entre la Roumanie et le Canada) en 1971-2, et le changement du taux de mortalité cardiovasculaire non-rhumatique, normalisé par âge, entre 1961-2 et 1971-2. (En 1961-2, la proportion de femmes d'entre 15 et 44 ans sous contraceptifs oraux était pratiquement nulle dans tous les pays). Beral estimait que l'excès du taux de mortalité cardiovasculaire non-rhumatique, dû à la contraception orale, était de 20 par 100.000 années-femmes; elle remarquait aussi que la plupart des contraceptifs oraux prescrits en 1971-2 ne contenaient pas plus de 0,05 mg d'oestrogène par jour.

En octobre 1977, l'Etude de la Contraception Orale du RCGP indiquait des morts enregistrés entre 1968 et juin 1976 et Beral était l'auteur de ce rapport (7). Les taux d'excès de mortalité, dûs

à la contraception orale, normalisés par âge, nombre d'enfants, classe sociale et l'habitude de fumer sont indiqués au *Tableau 2*.

TABLEAU 2: Mortalité due à la contraception orale, par cause, 1968-76 (RCGP)

Cause du mort	Taux d'excès de mortalité due à la contraception orale par 100.000 années-femmes
TOTAL	+ 16
De nature circulatoire	+ 20**
Accidents & violence	+ 7
Cancer	- 5
Grossesse	- 2
Autres	- 5

** Significatif statistiquement (P<0,01).

L'excès de taux de mortalité de nature *circulatoire*, due à la contraception orale, était de 20 par 100.000 années-femmes pour les femmes ayant pris la pilule un jour ou autre, de 21 par 100.000 pour les usagères actuelles et de 18 par 100.000 années-femmes pour les anciennes usagères. Bien que ces excès fussent tous significatifs statistiquement (P<0,01), l'excès dans le cas des anciennes usagères pouvait représenter des femmes ayant arrêté de prendre des contraceptifs oraux après des réactions nocives.

L'excès de mortalité non-normalisée et due à la contraception orale, pour des causes circulatoires surtout, augmente avec l'âge lors du mort, comme le montre le *Tableau 3*.

TABLEAU 3: Mortalité due à la contraception orale, par âge (années) et par cause (RCGP)

Cause du mort	TOTAL	Taux d'excès de mortalité due à la contraception orale par 100.000 années-femmes	
		15-34	35-49
TOTAL	+ 14	+ 10	+ 30
De nature circulatoire	+ 21	+ 5	+ 49*
Non-circulatoire	- 7	+ 5	- 19

* Probablement significatif statistiquement (P<0,05).

L'excès de mortalité de nature *circulatoire* due à la contraception orale augmente avec la *durée d'emploi*, indépendamment de l'âge. Parmi les utilisatrices continues de la contraception orale, l'excès du taux de mortalité de nature *circulatoire*, normalisé par âge, augmentait de 12 par 100.000 années-femmes pour un emploi de moins de cinq ans à 45 par 100.000 années-femmes pour un emploi de cinq ans ou plus. (La tendance linéaire était significative statistiquement p<0,01).

Normalisé par âge, nombre d'enfants et classe sociale, l'habitude de *fumer* augmentait considérablement l'excès de mortalité *circulatoire* due à la contraception orale, comme le montre le *Tableau 4*.

TABLEAU 4: Mortalité due à la contraception orale, par habitude de fumer et cause (RCGP)

Cause du mort	Taux d'excès de mortalité due à la contraception orale par 100.000 années-femmes	
	Non-fumeuses	Fumeuses
TOTAL	+ 14	+ 19
De nature circulatoire	+ 11	+ 31**

** Significatif statistiquement (P<0,01).

En octobre 1977 également, Vessey *et coll.* (8) faisaient un rapport sur des morts s'étant produit, entre 1968 et avril 1977, parmi les participantes à l'Etude Contraceptive de l'Association de Planning Familial/l'Université d'Oxford, en comparant les femmes sous contraceptifs oraux (56%) avec celles employant un diaphragme (25%) ou des DIUs (19%) au Royaume-Uni. Les taux d'excès de mortalité due à la contraception orale se trouvent au *Tableau 5*, normalisés par âge, nombre d'enfants classe sociale et l'habitude de fumer.

TABLEAU 5: Mortalité due à la contraception orale, par cause (Oxford/APF)

Cause du mort	Taux d'excès de mortalité due à la contraception orale par 100.000 années-femmes
TOTAL	+ 8
De nature circulatoire	+ 14*
Accidents & violence	- 3
Cancer	- 7
Autres	+ 4

* Probablement significatif statistiquement (P<0,05).

Le taux de mortalité *total* parmi les femmes utilisant d'abord la contraception orale (50 par 100.000 années-femmes) ou un diaphragme ou DIU (42 par 100.000 années-femmes), était bien inférieur au taux de mortalité normalisé par âge en Angleterre et au Pays de Galles en 1973 (92 par 100.000 années-femmes). Cette découverte s'accorde bien au fait que les participantes de l'étude de la APF/Oxford étaient en meilleure santé que la moyenne (p. ex. moins de femmes pesaient trop lourd ou fumaient beaucoup) et gravitaient plus vers les classes sociales supérieures.

Vessey *et coll.* (8) en conclurent que la mortalité de nature *circulatoire*, attribuable à la contraception orale, avait une ampleur appréciable au Royaume-Uni. On nota aussi, dans l'Etude de la Contraception Orale du RCGP (7), que l'excès du taux de mortalité *total* parmi les femmes ayant un jour ou l'autre utilisé la pilule, et résultant surtout de causes circulatoires, est notablement plus élevé que dans les estimations antérieures, lesquelles ne se basaient que sur la thrombo-embolie et l'infarctus du myocarde.

En fait, la mortalité de nature *circulatoire* due à la contraception orale (14-20 par 100.000 années-femmes), estimée en 1977 sur la base de deux études prospectives indépendantes, était de *cinq à sept fois supérieure* à la mortalité par thrombo-embolie (3 par 100.000 années-femmes, estimée en 1968 sur la base d'une étude de cas-témoins rétrospective, à l'échelon national (1). En 1968, on prescrivait toujours largement des contraceptifs oraux contenant plus de 0,05 mg d'oestrogène par jour.

L'éditorial du *Lancet* (9) conclut: "Dans le *Lancet* de cette semaine, il n'y a pas grande-chose susceptible d'effrayer les nombreuses femmes pour qui les contraceptifs oraux sont une bénédiction entraînant un risque minime de mort prématuré". Dans une lettre envoyée à tous les médecins du Royaume-Uni, le 6 octobre 1977 (10), le Comité chargé de l'Innocuité des Médicaments exprimait l'opinion suivante: "les études actuelles n'indiquent pas qu'il soit nécessaire de modifier les avertissements et les précautions relatives aux contraceptifs oraux; il faut seulement insister sur l'importance du risque accru dans le cas de femmes appartenant au groupe plus

âgé, surtout si elles fument des cigarettes”.

On ne sait trop si l'excès de poids est un facteur de risque, mais on croit que l'hypertension en est un (8) tout en ne sachant toujours pas si une hypertension antérieure (ou produite par la contraception orale) augmente le risque de mortalité due à la contraception orale. Aucune des études prospectives au Royaume-Uni n'a déterminé le groupe sanguin des utilisatrices. Jick et coll. (11) ont montré que les utilisatrices du groupe O étaient moins susceptibles de développer une thrombo-embolie veineuse (non-fatale) que celles des groupes A, B ou AB (par un facteur 1:3).

Le Tableau 6 compare certains risques de mortalité des femmes d'entre 15 et 49 ans, par âge et par cause, en Angleterre et au Pays de Galles en 1974 (12). Le taux de mortalité total, de nature circulatoire (24 par 100.000), s'accorde aux estimations du RCGP dans le cas des utilisatrices de la contraception orale (26 par 100.000) et des femmes ne l'ayant jamais utilisée (6 par 100.000), s'appliquant à des femmes d'entre 15 et 49 ans dont la moitié environ ont été sous pilule un jour ou l'autre. (Un quart des femmes d'entre 15 et 49 ans environ utilisent actuellement les contraceptifs oraux au Royaume-Uni.)

TABLEAU 6: Mortalité féminine par âge (années) et cause : Angleterre et Pays de Galles, 1974

Cause du mort	Taux de mortalité par 100.000 femmes		
	15-49	15-34	35-49
TOTAL	113	46	218
Cancer	45	11	98
Troubles circulatoires (UTILISATRICES DE CONTRACEPTIFS ORAUX)	24 (14*)	5 (10)	54 (30)
Accidents de voiture	6	7	4
Suicide	6	4	8
Autres accidents/violence	6	5	9
Grossesse	1	1	0
Autres	25	13	45

(* Fumeuses: ajouter 27 par 100.000 années-femmes.)

Je remercie avec plaisir les personnes suivantes de l'aide qu'elles m'ont apportée pour la rédaction de cet article: Dr. Valerie Beral (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Department of Medical Statistics and Epidemiology) et Professeur Martin Vessey (Department of Social and Community Medicine, Université d'Oxford).

REFERENCES

1. Inman W. H. W. & Vessey M. P. (1968): "Investigation of Deaths from Pulmonary, Coronary, and Cerebral Thrombosis and Embolism in Women of Child-bearing Age": *British Medical Journal* 2, 193.
2. Royal College of General Practitioners (1974): *Oral Contraceptives and Health*: Pitman Medical, London.
3. Beral V. (1974): "Oral contraceptives and health": *Lancet* 2, 1280.
4. Mann J. I. & Inman W. H. W. (1975): "Oral Contraceptives and Death from Myocardial Infarction": *British Medical Journal* 2, 245.
5. Mann J. I. et al (1976): "Oral Contraceptive use in older women and fatal myocardial infarction": *British Medical Journal* 2, 445.
6. Beral V. (1976): "Cardiovascular-disease mortality trends and oral-contraceptive use in young women": *Lancet* 2, 1047.
7. Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study (1977): "Mortality among oral-contraceptive users": *Lancet* 2, 727.
8. Vessey M. P. et al (1977): "Mortality among women participating in the Oxford/Family Planning Association Contraceptive Study": *Lancet* 2, 731.
9. Editorial (1977): "Mortality Associated with the Pill": *Lancet* 2, 747.
10. Committee on Safety of Medicines (1977): Letter to physicians in UK: *Lancet* 2, 758.
11. Jick H. et al (1969): "Venous thromboembolic disease and ABO blood type": *Lancet* 1, 539.
12. Office of Population Censuses and Surveys (1977): *Mortality statistics - cause: England and Wales 1974 (Series DH2 no. 1)*.

Philip Kestelman,
Bureau régional de l'Europe

La contraception au Danemark vers la fin de la période féconde

Il y eut, en 1955, 77.000 naissances réelles et 5400 avortements légaux au Danemark et, dans le cas des femmes de plus de 40 ans, les chiffres furent 2400 et 530 respectivement. En 1974 suite à la législation permettant l'avortement sur demande lors du premier trimestre de la grossesse, et lorsque la connaissance d'une contraception efficace était largement répandue, les naissances étaient tombées à 71.000 et, par contre, les avortements légaux atteignaient 21.000. Pour les femmes de plus de 40 ans les chiffres furent 550 et 1650 respectivement. En 1975, le nombre des avortements était de 1730 pour les femmes de plus de 40 ans. Le chiffre élevé d'avortements, par rapport au nombre d'accouchements, indique que, dans ce groupe d'âge, la grossesse est indésirée pour la plupart. La grossesse à plus de 40 ans présente plus de complications que dans le cas des jeunes femmes. Le taux de mortalité périnatale est trois fois supérieur parmi les femmes de plus de 40 à celui parmi les femmes plus jeunes, autour de 20 ans. Malgré cela, environ la moitié des femmes de ce groupe d'âge emploie une méthode de contraception féminine au Danemark et, parmi celles-ci, la majorité utilise la méthode rythmique.

Une méthode de contraception destinée à ce groupe d'âge doit obéir à des exigences spéciales et je ne mentionnerai ici que les méthodes qui conviennent, à mon avis.

On peut recommander un diaphragme et un spermicide aux femmes pendant les dernières années de la vie féconde. Plusieurs études montrent que l'efficacité à l'usage de cette méthode est élevée pour ce groupe d'âge, avec des taux de grossesse de 1 à 2 par 100 années-femmes et des taux de continuation d'environ 85 après 1 an. La méthode convient particulièrement aux femmes de plus de 40 ans et peut se réduire à un spermicide seulement, après la 45ème année lorsque la fécondité est très faible.

La contraception intra-utérine, un DIU en cuivre surtout, peut être tout aussi bien le premier choix dans ce group d'âge. Plusieurs études indiquent que le taux

Nomination du nouveau Secrétaire Général de l'IPPF

Carl Wahren (Suède) a été nommé Secrétaire Général de l'IPPF. Il assumera son poste en avril 1978 lorsque Mlle Julia Henderson, Secrétaire Générale depuis 1970, se démettra de ses fonctions.

A 44 ans, Carl Wahren est actuellement Directeur de la Population, la Santé et la Nutrition auprès de l'Office Suédois pour le Développement International (SIDA). Il entra au SIDA en 1962, devint Chef de la Section de la Recherche et du Planning familial en 1965 puis Chef de la Division de Population en 1970.

En 1968, Carl Wahren devint Conseiller principal du Programme de Population du Centre de Développement de l'OCDE à Paris. Il a été associé étroitement aux activités de l'ONU (surtout OMS et UNICEF) en matière de planning familial, santé, population et développement et est devenu aussi conseiller auprès du Fonds des Nations unies consacré aux Activités démographiques.

Carl Wahren a un doctorat en Sciences politiques de l'université d'Uppsala; il a étudié les relations internationales à Los Angeles et les sciences sociales à Paris. Il a enseigné la politique internationale pendant six ans aux universités d'Uppsala et de Stockholm et a écrit et radiodiffusé très largement au sujet de la politique démographique et de l'assistance au développement. Carl Wahren a représenté son gouvernement à l'examen annuel des activités de l'IPPF entrepris par les pays offrants (le gouvernement suédois fut le premier à subventionner l'IPPF, en 1965). Il a aussi été évaluateur extérieur d'une étude sur le rôle de l'IPPF pendant les 10 à 15 prochaines années.

Carl Wahren est marié et a deux enfants.

de continuation est plus élevé parmi les femmes plus âgées que parmi les plus jeunes, car le taux d'expulsion et le taux de retrait du DIU, à la suite de douleurs et de saignements, sont plus faibles parmi les femmes de plus de 40 ans. Le risque d'infection et de grossesse avec port d'un DIU est moindre également parmi ce groupe d'âge, ce qui engendre un taux de morbidité plus faible parmi les femmes plus âgées par rapport aux femmes plus jeunes.

A première vue, le contraceptif oral semble idéal pour les femmes ayant atteint la fin de la période féconde. Il est presque 100 % efficace et devrait régulariser, en préparation séquentielle, les saignements et remédier aux ennuis causés par la ménopause. Toutefois, le taux de continuation dans le cas des contraceptifs oraux a tendance à tomber lorsque l'âge avance. De plus, un certain nombre d'études indiquent que le risque de maladie thrombo-embolique et le décès augmentent sensiblement chez les femmes plus âgées sous pilule de sorte que la mortalité est bien plus élevée parmi les femmes prenant la pilule après 40 ans que parmi celles employant d'autres contraceptifs, dépassant même la mortalité associée à la grossesse et à l'accouchement. C'est pourquoi la contraception orale est contre-indiquée de façon générale pour les femmes atteignant la fin de leur vie féconde.

La stérilisation de l'homme ou de la femme est une alternative à l'usage du diaphragme et du DIU et convient bien à ce groupe d'âge. Très peu de complications sont associées à cette opération qui est irréversible.

On peut conclure que le diaphragme + un spermicide ou le DIU, avec la stérilisation en méthode alternative, doivent être recommandés aux femmes de 40 à 45 ans. Après 45^e année, un spermicide seul est suffisant. De façon générale, la femme doit continuer à utiliser un contraceptif jusqu'à six mois après la ménopause, laquelle se produit à environ 52 ans au Danemark.

Jørgen Wiese
Randers

20^e Anniversaire de l'Association polonaise pour le Planning familial

A l'occasion de son 20^e anniversaire, en novembre 1977, la *Towarzystwo Planowania Rodziny* reçut la Médaille de l'Education Nationale, décernée par le gouvernement. Le Comité Exécutif Régional, s'étant rassemblé à Varsovie, assista aux réunions de la TPR et félicita cette association des réalisations achevées au nom de la Famille polonaise. A cette occasion, les membres du Comité reçurent des exemplaires des débats* d'un séminaire qu'avait organisé la TPR en décembre 1976 sur le sujet suivant, à savoir *le Planning familial et l'Education sexuelle dans les Pays socialistes* (voir *Bulletin d'Information Régional*, Janvier 1977).

*Des exemplaires peuvent être obtenus sur demande, en polonais et en anglais, en écrivant à l'adresse suivante: *Towarzystwo Planowania Rodziny*, Ul. Karowa 31, Varsovie

ISSN 0303-2703

Fédération Internationale pour le
Planning Familial
Région de l'Europe
64 Sloane Street
London SW1X 9SJ.

IPPF EUROPE

Bulletin d'Information Régional Supplément

Vol 7 No 1 Janvier 1978

L'Avortement Légal en Europe

AUTRICHE

En janvier 1976 est devenu légal en Autriche l'avortement au cours du premier trimestre de la grossesse pratiqué par un médecin, à la suite de services consultatifs obligatoires. L'avortement est aussi légal pour des raisons médicales et eugéniques et lorsque la femme avait moins de 14 ans au moment de la conception. Les médecins peuvent s'abstenir de pratiquer l'avortement, pour des raisons de conscience.

En Autriche occidentale surtout (Salzburg, Tyrol et Vorarlberg) où prédominent les Chrétiens démocrates (le Osterreichische Volkspartei) et dans les hôpitaux religieux, les avortements ne sont pas pratiqués s'il n'existe pas de raisons médicales pour ce faire. Dans d'autres régions et notamment en Kärnten et Niederösterreich, quelques médecins d'hôpitaux pratiquent l'avortement aux tous débuts de la grossesse, en se basant sur les conditions sociales de la femme mais refusent des demandes d'avortement ultérieures.

A Vienne où l'avortement se pratique le plus facilement, les médecins privés et des centres consultatifs se chargent des avortements légaux. Toutefois, les médecins ne sont pas obligés de communiquer les avortements qu'ils pratiquent et on ne dispose donc pas de données statistiques.

Le coût d'un avortement légal pratiqué pour des raisons autres que médicales n'est pas remboursé par la sécurité sociale, et les prix diffèrent grandement entre les hôpitaux et entre les médecins privés; le coût dépend en partie du type d'anesthésie pratiquée.

Correspondante: Elisabeth Jager, Vienne

DANEMARK

L'avortement était légal au Danemark avant 1970 pour des raisons spécifiques,

comme par exemple médicales, foetales et judiciaires. En 1970, l'avortement devint accessible aux femmes de plus de 37 ans ou ayant plus de trois enfants. En 1973 les résidents danois de plus de 17 ans eurent droit à l'avortement sur demande lors du premier trimestre de la grossesse, gratuitement dans les hôpitaux publics. (Pour de plus amples détails, voir l'article dans le numéro d'octobre 1976 du *Bulletin d'Information Régional*.)

Les taux des avortements légaux au Danemark a régulièrement augmenté entre 1968 et 1972 (une moyenne de +21% p.a.). Entre 1972 et 1974, il augmenta plus vite (de +37% p.a.) mais ralentit ensuite entre 1974 et 1976 (+3% p.a.), comme l'indique le tableau suivant:

Taux d'avortement légaux par 1000 femmes de 15 à 44 ans (rapport pour 100 naissances réelles: Danemark, 1966-1976

Année	Taux d'avortement	(rapport)
1966	5,9	(7)
1967	6,4	(8)
1968	6,1	(8)
1969	7,3	(10)
1970	9,4	(13)
1971	11,1	(15)
1972	12,8	(17)
1973	16,2	(23)
1974	24,1	(35)
1975	26,9	(39)
1976	25,8	(41)

Correspondant: Jørgen Hornemann, Copenhague

FINLANDE

En 1950, l'avortement fut légalisé pour des raisons médicales en Finlande (en tenant compte des conditions sociales) et pour des raisons eugéniques

et judiciaires. Deux médecins doivent certifier leur accord et l'un d'eux pratiquer l'avortement. En cas de refus, le cas pouvait être porté devant le Ministère National de la Santé.

Au milieu des années 60, les avortements légaux se montaient à 6000 p.a. (7 par 100 naissances), avec de grandes variations selon les régions du pays. Des études indiquèrent que les avortements s'associaient à la vie urbaine, les revenus élevés, l'éducation et l'accès à des services médicaux, une forte incidence de divorce une faible incidence de stérilisation et une faible fertilité. Les attitudes publiques et médicales favorisaient l'idée de libéraliser la disponibilité des avortements.

Un comité du gouvernement fut créé pour considérer la possibilité de modifier la loi sur l'avortement. Les complications de l'avortement illégal restaient toujours problématiques et l'on estimait ces opérations illégales à un total de 18.000 à 19.000 p.a. (24 par 100 naissances). En 1969, le parlement révisa la loi (en vigueur à partir de 1970) pour permettre l'avortement légal pour des raisons sociales, dans le cas des femmes de moins de 17 ans et de plus de 40 ans, des femmes ayant quatre enfants ou plus ou dans les cas où l'aptitude des parents à s'occuper de l'enfant était limitée.

Deux médecins peuvent certifier un avortement s'il a lieu pendant les 16 semaines suivant les dernières règles; l'autorisation du Ministère National de la Santé est nécessaire entre 17 et 20 semaines après les dernières règles et, après cette période, l'avortement n'est légal que pour des raisons médicales et eugéniques. Le Ministère National de la Santé doit s'assurer qu'il existe suffisamment de médecins agréés, de facilités hospitalières et une application uniforme de la loi, dans tout le pays.

Les médecins ne peuvent rejeter les demandes d'avortement sans raison valide. En fait, presque toutes les demandes sont acceptées et l'avortement illégal est rare. Après l'opération, la femme doit recevoir des conseils contraceptifs.

Un nouvel Acte sur l'Hygiène Publique, en 1972, exigeait que le personnel sanitaire fournisse des conseils contraceptifs dans des centres sanitaires. L'insertion de DIU et la première fourniture de contraceptifs oraux sont gratuites. Toutefois, en pratique, les centres sanitaires ne sont pas en mesure de donner des conseils contraceptifs à toutes les personnes en ayant besoin. Certaines femmes doivent s'en remettre à leur médecin et payer pour leurs contraceptifs, sans être remboursées par la sécurité sociale.

Le tableau ci-dessous indique l'incidence de l'avortement légal en Finlande:

Taux d'avortement légal pour 1000 femmes de 15 à 44 ans (rapport pour 100 naissances réelles): Finlande, 1966-1976

Année	Taux d'avortement (rapport)	
1966	5,1	(7)
1967	5,4	(7)
1968	6,0	(9)
1969	7,8	(12)
1970	14,6	(23)
1971	20,2	(34)
1972	21,4	(38)
1973	22,4	(41)
1974	21,7	(37)
1975	20,5	(32)
1976	18,7	(30)

On peut voir que le sommet fut atteint en 1973 après une hausse abrupte des avortements légaux entre 1970 et 1972. L'incidence en a régulièrement diminué depuis. D'autre part, le taux de natalité minimal (12,2 pour 1000) s'est produit en 1973 puis a augmenté jusqu'à atteindre 14,2 pour 1000 en 1976. (La hausse des naissances entre 1973 et 1976 était 2,8 fois supérieure à la baisse des avortements.) Le faible taux de natalité est considéré un problème en Finlande.

Une motion parlementaire propose

actuellement de libéraliser la loi pour permettre l'avortement sur demande lors du premier trimestre de la grossesse (sans subir les frustrations relatives à l'acquit d'une attestation médicale) et, à une date plus tardive, pour des raisons médicales ou eugéniques uniquement.

Bien que l'éducation sexuelle ne soit pas enseignée systématiquement dans les écoles finlandaises, les attitudes du public envers la sexualité sont suffisamment libérales à présent pour assurer la vaste disponibilité des informations relatives à toutes les méthodes de régulation de la fécondité. Un comité du Ministère de l'Éducation, auprès duquel était représentée Väestöliitto, a recommandé l'éducation systématique des relations humaines dans les écoles. Entre-temps, les jeunes gens peuvent obtenir conseils et assistance auprès des infirmières de la santé publique, détachées dans les écoles.

Correspondants: Tynne Martikainen et Juhani Toivonen, Helsinki.

FRANCE

L'avortement sur demande, avant dix semaines de grossesse, a été légalisé en Janvier 1975 pour les résidentes françaises. La femme désirant subir un avortement doit d'abord se rendre chez un médecin qui lui fait part des risques encourus pour elle-même et lors de grossesses ultérieures puis lui donne des informations écrites sur les bénéfices garantis aux mères et aux enfants, les possibilités d'adoption et les adresses de centres-conseil agréés. Elle doit ensuite se rendre dans un de ces centres pour y recevoir de l'aide et des conseils convenant à son cas et y obtenir une attestation à cet effet. Si elle désire toujours subir l'opération, elle doit alors en informer son médecin par écrit, lequel ne peut accepter sa demande qu'une semaine au moins après les premières démarches.

Le médecin peut alors soit pratiquer l'avortement lui-même dans un hôpital public ou une clinique privée ou renvoyer le dossier de la demande à sa cliente pour qu'elle le remette au médecin de son choix; il y joint aussi

un certificat attestant qu'il a rempli ses obligations légales. La femme présente ensuite le certificat du médecin, celui du centre-conseil et son autorisation écrite à l'établissement dans lequel elle désire se faire avorter.

Des feuilles de déclarations ont été distribuées pour la première fois en Août 1975 aux établissements pratiquant des avortements en vue de faire analyser et publier par l'Institut National d'Études Démographiques des statistiques sur l'avortement légal. La première année complète sous le régime de la nouvelle loi a été 1976 pendant laquelle ont été déclarés 133.926 avortements légaux, soit 12,5 par 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans (19 par 100 naissances réelles). Le rapport avortements-naissances a beaucoup varié entre les régions: de 10 par 100 naissances réelles en Lorraine et dans le Nord à 43 par 100 naissances réelles à Paris, selon le tableau suivant:

Rapports des avortements légaux (par 100 naissances réelles) par région: France 1976

Région	Rapport des avortements
FRANCE	19
Paris (Ville)	43
Languedoc Roussillon	27
Limousin	24
Poitou Charentes	} 21
Provence Côte d'Azur	
Alsace	
Centre	} 20
Rhône Alpes	
Basse Normandie	
Haute Normandie	} 19
Aquitaine	
Bretagne	
Franche Comté	
Auvergne	} 18
Bourgogne	
Paris (Région sans la ville)	
Corse	} 16
Midi Pyrénées	
Pays de Loire	
Champagne Ardennes	} 12
Picardie	
Nord	} 10
Lorraine	

Mais il ne faut pas oublier qu'une des dispositions de la loi restreint le nombre des interruptions volontaires de grossesses à 25% des interventions chirurgicales totales pratiquées dans les établissements; lorsqu'il y a dépassement de ce quota, et il y en a dans les établissements privés, le surplus n'est pas déclaré. Par conséquent, les 133.926 avortements de 1976 sont largement sous-estimés et on doit multiplier ce nombre par 4 pour cerner de plus près la réalité.

On peut penser que ce nombre est à peu près constant en France depuis plusieurs années. Les chiffres avancés avant la loi variaient de 180.000 à 2.000.000 suivant l'effet de pression recherché pour faire passer la loi ou en empêcher le vote.

La seule différence maintenant est que, de clandestins et non médicalisés qu'ils étaient avant la loi de 1975, les avortements sont devenus médicalisés dans leur grande majorité mais pas tous déclarés selon la loi. Et que les cas d'hospitalisation à la suite d'avortements mal pratiqués ont presque totalement disparu.

On peut alors se poser la question de cette constante et se demander quelle est la mise en application réelle d'une loi sur la contraception datant de 1967 et mesurer l'importance des facteurs sociaux économiques dans le choix des couples d'avoir ou de ne pas avoir d'enfant.

Le nombre des femmes domiciliées en France qui se firent avorter au Royaume-Uni entre 1969-1976, atteignit les proportions suivantes, à savoir:

Avortements légaux pratiqués au Royaume-Uni sur les femmes domiciliées en France 1969-1976

Année	Nombre
1969	471
1970	2.267
1971	11.986
1972	25.189
1973	35.293
1974	36.443
1975	14.809
1976	4.459

On estime en outre que 9.000 françaises se sont fait avorter proprement aux Pays Bas en 1975.

Le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) a étudié pendant quatre semaines, du 10 Janvier au 10 Février 1977, 4000 femmes demandant un avortement dans 47 départements, avec les résultats suivants: un peu plus de la moitié des femmes (52%) avaient 25 ans ou plus, 53% étaient mariées et les deux-tiers avaient des enfants. Pour plus des deux tiers (71%), moins de 9 semaines s'étaient écoulées depuis les dernières règles, pour un quart de plus (25%) de 9 à 12 semaines, et pour les autres, soit quatre pour cent, 13 semaines ou plus s'étaient écoulées depuis les dernières règles (y compris un pour cent au-delà des 16 semaines).

Moins de la moitié (42%) des femmes se sont fait avorter dans les hôpitaux d'état dont un tiers (35%) localement. Moins de la moitié (45%) se sont rendues dans des cliniques privées agréées, dont un tiers (33%) localement. Dans l'ensemble, deux tiers (68%) des femmes ont subi l'opération localement tandis que 19% se sont rendu dans un autre endroit. Par ailleurs, il y a eu 5% d'avortements pratiqués correctement mais illégalement et 7% des femmes sont allés aux Pays Bas.

Après l'opération, des contraceptifs ont été donnés aux femmes de la manière suivante: contraception orale pour les trois quarts (75%), DIU pour 17% et ligature des trompes pour 2%. Des antibiotiques ont été administrés dans les deux-tiers (64%) de la totalité des cas. Lors de visites ultérieures, 80% des femmes ont déclaré prendre la pilule.

Le MFPF n'envoie ses clientes que dans des services relativement bon marché où un avortement coûte environ 500 à 700F. Certains endroits dépassent les tarifs légaux et demandent même des prix vraiment exorbitants (telle clinique du sud de la France où un avortement est pratiqué selon la méthode saline demande 4000F!)

Les frais d'avortement ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale.

Le MFPF préconise pendant les trois premiers mois de la grossesse de pratiquer des avortements par aspiration à moindres frais, en offrant des services-conseil et sans hospitalisation. Le choix ou le refus

de l'anesthésie, devrait appartenir aux femmes elles-mêmes (et non pas d'abord au médecin). La femme désirant un avortement légal en France a encore à faire face à de nombreuses difficultés; les exigences légales ont, à elles seules, une ampleur décourageante, sans parler des attitudes humiliantes adoptées par certain membres du personnel sanitaire et les incertitudes pénibles des délais nécessaires à l'acheminement des demandes.

Tout en étant maintenant légal en France, pendant les trois premiers mois de la grossesse, l'avortement est loin d'être garanti sur demande. Le MFPF revendique le droit des femmes à choisir tant l'avortement que la contraception (une loi de 1920 interdit toujours la publicité de la contraception, et la simple information n'est pas encore généralisée).

Le changement des mentalités face à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse ne se fera qu'avec la déculpabilisation d'agir à l'encontre des lois biologiques, lorsque la fonction sociale de mère, survalorisée dans notre société, fera place à la notion de fonction parentale et donnera à la personnalité de la Femme une place égale à celle de l'Homme dans tous les rapports sociaux.

Correspondants: Daniel Comte, Grenoble, et Colette Mamy, Paris.

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE ALLEMANDE

La loi sur l'avortement en RDA a été libéralisée pour la première fois en 1950, en donnant des indications socio-médicales relativement restrictives. L'incidence de l'avortement légal (non publiée pour la totalité du pays) est restée, le croit-on, relativement faible, soit inférieure à 1 par 1000 femmes d'entre 15 et 44 ans et 3 par 100 naissances réelles. Vers la fin des années 60, les avortements légaux commencèrent à augmenter pour atteindre environ 7 par 1000 femmes d'entre 15 à 44 ans (10 par 100 naissances réelles), après l'extension des raisons nécessaires à un avortement, en 1965.

Vers la fin de 1972 fut légalisé sur demande l'avortement lors du premier

trimestre de la grossesse. L'incidence des avortements légaux augmenta alors sensiblement mais tomba ensuite à partir de 1973, comme l'indique le tableau suivant :

Taux d'avortement légal par 1000 femmes de 15 à 44 ans (rapport pour 100 naissances réelles): RDA 1972-76

Année	Taux d'avortement	(rapport)
1971	6,0	(9)
1972	33,1	(57)
1973	32,2	(62)
1974	28,8	(55)
1975	25,2	(49)
1976	22,0	(41)

Correspondant: Karl-Heinz Mehlan, Rostock

REPUBLIQUE FEDERALE ALLEMANDE

En juin 1974, le Bundestag de la RFA a légalisé l'avortement sur demande lors du premier trimestre de la grossesse (*Fristenlösung*). Toutefois, le sujet a été immédiatement porté devant le Tribunal Constitutionnel Fédéral qui annonça son verdict en février 1975, à savoir le *Fristenlösung* était inconstitutionnel. C'est pourquoi, en mai 1976, le Bundestag légalisa l'avortement lors du premier trimestre pour des raisons judiciaires et sociales sérieuses ainsi que pour des raisons médicales et eugéniques.

Outre les avortements pratiqués pour des raisons médicales, la femme peut obtenir des services-conseil tant médicaux que sociaux auprès d'un médecin ou d'une agence agréée. Le médecin doit certifier la raison de l'avortement et cette opération peut être pratiquée alors par un autre médecin, dans un établissement agréé, après un délai de trois jours. Des Länder différents appliquent des réglementations différentes en matière de procédures. Au sein des Länder, certaines régions interdisent les avortements en hôpital avec des indications sociales sérieuses, apparemment pour des raisons d'objection de conscience. (Les hôpitaux religieux ne pratiquent pour ainsi dire jamais d'avortements dans ces cas-là.) Il

peut être plus facile de produire une 'indication' plutôt qu'un avortement en hôpital.

Selon le Ministère Fédéral de la Jeunesse, la Famille et la Santé, 13.044 avortements ont été rapportés lors du second semestre de 1976 et environ 30.000 avortements légaux pendant la première moitié de 1977. (Ces chiffres ne comprennent pas les avortements pratiqués avant 9 semaines depuis les dernières règles, sur consultation de médecins). Donc, le taux de l'avortement légal était d'environ 7 par 100 naissances, entre juillet 1976 et juin 1977. En outre, pendant le premier semestre de 1977, 30.000 femmes environ se firent avorter à l'étranger, surtout aux Pays-Bas (contre 1033 au Royaume-Uni). Entre 1969 et 1976, les chiffres d'avortements suivants, pratiqués au Royaume-Uni, ont été communiqués comme s'appliquant à des femmes résidentes en RFA:

Avortements légaux pour des résidents de RFA: Royaume-Uni 1969-1976

Année	Nombre
1969	1.559
1970	3.621
1971	13.560
1972	17.531
1973	11.326
1974	5.991
1975	3.417
1976	2.376

Pendant le deuxième trimestre de 1976, plus de la moitié (57%) des avortements légaux de la RFA ont été pratiqués par curetage, un tiers (33%) par aspiration et le reste 10% selon d'autres techniques. Plus des trois-quarts (79%) des avortements étaient demandés pour de sérieuses raisons sociales mais la moitié seulement de ces demandes furent acceptées par des médecins: moins par des médecins de clinique et des gynécologues mais plutôt par des médecins de famille. En conséquence, 45% seulement des avortements furent pratiqués pour de sérieuses raisons sociales (51% en 1977), 38% pour des raisons médicales (33% en 1977) et

17% pour d'autres raisons (16% en 1977).

En mai 1977, le Conseil National de la Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung (*Pro Familia*) remarqua le lourd fardeau (en hausse) que portaient les bureaux de *Pro Familia*, en matière de conseils sur l'avortement, sans jouir d'un appui public suffisant; elle déplora le fait d'être éloignée en conséquence de sa tâche principale, à savoir éviter les grossesses indésirées, lesquelles étaient néanmoins inévitables; elle croyait que des conseils destinés exclusivement à poursuivre la grossesse renforçaient le sentiment de culpabilité des femmes, surtout du fait de l'attitude généralement anti-enfant de la société moderne. *Pro Familia* insista pour que la société supporte le fardeau de sa propre loi qui a créé une situation intolérable tant pour *Pro Familia* que pour les femmes cherchant à se faire avorter dans leur propre pays.

Le Ministère Fédéral de la Jeunesse, la Famille et la Santé a nommé un Comité qui prendra conseil sur de nombreux aspects du problème et fera son rapport vers la fin de 1978.

Correspondante: Margarete von Seckendorff, Francfort.

HONGRIE

L'article "Développements du Planning familial en Hongrie" (*Bulletin d'Information Régional*, octobre 1977) décrivait la situation générale qui existe actuellement en Hongrie et en voici maintenant des détails plus spécifiques. En 1956, l'avortement devint légal sur demande, pendant le premier trimestre de la grossesse. En janvier 1974, entra en vigueur une nouvelle politique démographique (Annexe 2 de *L'avortement provoqué et la santé familiale: Point de vue européen*: IPPF Europe, 1974).

Des indications socio-médicales furent instaurées pour l'avortement: sur demande lors du premier trimestre de la grossesse pour les femmes célibataires et aux femmes mariées ayant au moins deux enfants. En conséquence,

l'incidence de l'avortement légal diminua de moitié. Cependant, les demandes d'avortement sont rarement refusées, moins de 3% en 1976. Le tableau ci-dessous montre la tendance de l'incidence des avortements légaux pendant dix ans:

Taux d'avortement légal par 1000 femmes de 15 à 44 ans (Rapport pour 100 naissances réelles): Hongrie, 1966-1976

Année	Taux d'avortement	(rapport)
1966	82,8	(134)
1967	83,1	(126)
1968	88,8	(130)
1969	90,6	(134)
1970	83,5	(126)
1971	81,1	(122)
1972	77,5	(117)
1973	73,4	(108)
1974	44,1	(55)
1975	41,4	(49)
1976	40,9	(51)

Entre 1971 et 1976, le taux de natalité augmenta de 21% (de 14,5 à 17,5 pour 1000 personnes). L'usage de la contraception efficace a sans nul doute augmenté au cours des dernières années.

Correspondant: Péter Jozán, Budapest

NORVEGE

L'avortement fut légalisé pour la première fois en 1961 en Norvège mais la loi n'entra pas en vigueur avant 1964. L'opération est légale pour des raisons médicales, y compris la santé mentale de la femme, mais sa pratique diffère grandement selon les divers contés. En 1974, la proposition du gouvernement visant à légaliser l'avortement sur demande lors du premier trimestre fut rejetée.

En 1975, on élargit explicitement les indications à l'avortement légal pour y inclure des raisons socio-médicales, judiciaires et eugéniques. On insiste maintenant sur la manière dont la femme demandant un avortement voit sa situation totale. Depuis les élections générales de septembre 1977, l'avortement sur demande est l'objet d'une majorité parlementaire et on

espère qu'il sera légalisé dans un avenir proche.

Entre 1965 et 1975 en Norvège, la proportion des demandes acceptées et l'incidence de l'avortement légal (pratiqué dans les hôpitaux publics seulement) ont augmenté régulièrement toutes les deux, comme l'indique le tableau suivant:

Proportion des avortements acceptés et taux par 1000 femmes de 15 à 44 ans (rapport pour 100 naissances réelles): Norvège, 1965-1975

Année	Demandes acceptées (%)	Taux de l'avortement	(rapport)
1965	73	4,8	(5)
1966	78	6,3	(7)
1967	81	7,1	(8)
1968	81	7,3	(8)
1969	84	8,9	(10)
1970	86	10,8	(12)
1971	89	14,1	(16)
1972	91	16,3	(19)
1973	93	18,2	(22)
1974	94	19,8	(25)
1975	95	19,7	(27)

(Le nombre des avortements demandés et acceptés est égal environ au nombre des avortements pratiqués.) Il semble qu'en Norvège, l'incidence de l'avortement légal se soit stabilisée à moins de 20 pour 1000 femmes de 15 à 44 ans (30 pour 100 naissances). Il reste à voir si toute législation future pourra modifier la situation.

Correspondante: Kari Kromann, Oslo.

POLOGNE

En 1956, l'avortement fut légalisé en Pologne, pour des raisons médicales, judiciaires et sociales (à part les contre-indications médicales). Le Ministère de la Santé publia des régulations qui interdisaient l'avortement après les trois premiers mois de la grossesse. L'avortement peut être pratiqué dans des services de santé publique ou en privé, par des médecins agréés (gynécologues, obstétriciens, chirurgiens et autres médecins avec formation spéciale). Le Code Pénal de 1969 punit de six mois à huit ans de

prison l'avortement involontaire et d'un maximum de trois ans de prison l'avortement volontaire mais illégal.

En pratique domine l'avortement sur demande lors du premier trimestre. Presque tous les avortements (97-98%) pratiqués dans les hôpitaux publics le sont des raisons sociales. De plus, l'opération a lieu aussi dans des services publics et privés, sans hospitalisation. On croit que les avortements privés ne sont pas tous communiqués au gouvernement. Au cours des dernières années, la proportion d'avortements déclarés pratiqués sans hospitalisation, a augmenté de la manière indiquée par le tableau suivant:

Proportion d'avortement légal sans hospitalisation et taux par 1000 femmes de 15 à 44 ans (rapport pour 100 naissances réelles): Pologne, 1964-1974

Années	Sans hospitalisation (%)	Taux de l'avortement	(rapport)
1964	19	26,2	(32)
1965	20	24,2	(31)
1966	19	22,3	(30)
1967	21	21,6	(30)
1968	21	21,0	(29)
1969	24	20,0	(28)
1970	26	19,9	(27)
1971	28	17,7	(24)
1972	35	17,8	(24)
1973	37	17,9	(23)
1974	39	18,3	(23)

Une enquête entreprise en Pologne en 1973 a montré une incidence de 2% de complications à une date proche et 29 à une date éloignée après un avortement légal. Après une interruption des premières grossesses, le taux d'avortement spontané est de 10-30% mais après des premières grossesses menées à terme, ce taux est notablement plus faible. L'Eglise Catholique Romaine a proposé de ne plus interrompre sur demande les premières grossesses.

Correspondant: Mikołaj Kozakiewicz Varsovie.

SUEDE

L'avortement fut légalisé pour la première fois en 1938 en Suède et a été légèrement libéralisé en 1946 et 1963, pour des raisons médicales, eugéniques, socio-médicales et judiciaires, avec l'approbation du Ministère National de la Santé et de la Protection. En 1965, le gouvernement nomma un Comité sur l'Avortement lequel recommanda, en 1971 le droit que possède la femme d'obtenir un avortement sur demande. A la suite de discussions publiques, le parlement approuva la nouvelle législation en 1974.

En janvier 1975, l'avortement devint un droit de la femme pendant le premier trimestre de la grossesse. Pendant 13 à 18 semaines après les dernières règles, la demande de la femme est soumise à des conseils, l'absence de contre-indications médicales et un examen par le Ministère National de la Santé et de la Protection en cas de refus. L'avortement est pratiqué dans les hôpitaux publics seulement, sur des résidentes suédoises.

Dans les années 50, le taux d'avortement légal resta faible (moins de 5 pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans) et diminua même régulièrement (jusqu'à moins de 2 pour 1000 en 1960-61). Ce taux augmenta lentement au début des années 60 et il s'éleva bien plus rapidement vers la fin des années 60 et le début des années 70 sans être affecté par la modification légale de 1975:

Taux d'avortements légaux par 1000 femmes de 15 à 44 ans (rapport par 100 naissances réelles): Suède, 1966-76

Année	Taux	(rapport)
1966	4,7	(6)
1967	6,2	(8)
1968	7,0	(10)
1969	8,7	(13)
1970	10,0	(15)
1971	12,1	(17)
1972	14,5	(22)
1973	16,0	(24)
1974	18,5	(28)
1975	20,1	(31)
1976	20,1	(33)

La proportion d'avortements lors du premier trimestre augmenta de 43% à 87% entre 1968 et 1975 et la proportion d'avortements sans stérilisation diminua de 9% à 1% pendant la même période. En 1975, 91% de tous les avortements étaient pratiqués par aspiration ou curetage. L'avortement pendant le premier trimestre de grossesse peut être pratiqué dans des services sans hospitalisation et la proportion de ceux-ci passa de 16% à 69% entre 1971 et 1976.

Les conseils et la pose de contraceptifs sont gratuits et les contraceptifs eux-mêmes sont partiellement gratuits. Les capes, DIUs et des condoms et spermicides en quantités limitées sont fournis gratuitement. Les contraceptifs oraux s'obtiennent au même prix que les autres médicaments soit un maximum de Skr. 20 (environ 21F) par prescription.

Le gouvernement subventionne les services de contraception par une allocation de Skr. 85 par consultation de médecin, ou Skr. 42 par consultation de sage-femme (ou autre). Les sages-femmes sont spécialement formées pour donner des conseils contraceptifs, pour insérer des DIUs et pour prescrire des contraceptifs oraux (sous surveillance médicale). Dès le 1er janvier 1978 ces sages-femmes ainsi formées aurait la compétence légale à prescrire des contraceptifs oraux.

Jusqu'à récemment, la stérilisation de l'homme était illégale et celle de la femme n'était autorisée que pour des raisons médicales, eugéniques et socio-médicales. En janvier 1976 et à des fins contraceptives, la stérilisation de l'homme et de la femme a été légalisée sur demande, pour les résidents suédois de 25 ans ou plus, pour des raisons eugéniques pour les résidents de 18 à 24 ans (et pour des raisons médicales dans le cas des femmes seulement), avec l'approbation du Ministère National de la Santé et de la Protection; l'opération n'est toujours pas légale pour les personnes de moins de 18 ans. Les services-conseil sont obligatoires avant une stérilisation.

Correspondante: Kajsa Sundström, Stockholm.

ROYAUME-UNI

Au Royaume-Uni (à l'exception de l'Irlande du Nord), l'Acte sur l'Avortement de 1967 légalisa cette opération en avril 1968. Deux médecins doivent certifier que la poursuite d'une grossesse entraînerait des risques pour la vie de la femme, sa santé ou celle d'un enfant (en tenant compte de son environnement) *plus grands* que les risques attachés à l'interruption de la grossesse; ou encore qu'il existe un risque marqué d'avoir un enfant gravement handicapé. Puisque le risque de mortalité de l'avortement, en cours du premier trimestre du moins, est moindre que celui attaché à une grossesse menée à terme, on peut interpréter cette loi de manière libérale. En pratique, l'avortement se limite par les attitudes restrictives de certains médecins appartenant au Service National de Santé (NHS).

Les taux d'avortement pratiqués par le NHS varient beaucoup selon l'endroit. En conséquence, la moitié environ des avortements sont pratiqués dans des cliniques privés (non affiliées au NHS), y compris celles du Service-conseil Britannique sur la Grossesse (British Pregnancy Advisory Service) à Londres, organismes sans but lucratif. En outre, presque tous les avortements pratiqués sur des personnes ne résidant pas au Royaume-Uni le sont dans des établissements non affiliés au NHS (à but lucratif pour la plupart).

Le taux des avortements, dans le cas des résidentes, a augmenté régulièrement entre 1968 et 1972, puis est resté constant entre 1972 et 1974 (à 110.000-120.000 p.a.). Il est ensuite légèrement tombé. Avant l'Acte sur l'Avortement de 1967, on estimait fréquemment à 100.000 p.a. le nombre des avortements illégaux. Les poursuites judiciaires résultant d'avortement, d'admissions en hôpital en cas d'avortement septique et de mortalité due à un avortement illégal, ont enregistré une forte baisse entre 1968 et 1975. L'incidence d'avortement mal pratiqué a diminué encore plus fortement, présume-t-on.

Proportion d'avortements légaux pour les non résidentes, proportion pour les résidentes par le NHS, taux d'avortements par 1000 femmes de 15 à 44 ans (rapport pour 100 naissances réelles) et décès totaux dus à l'avortement: Grande-Bretagne, 1968-76.

Année	Non-résidentes (%)	Résidentes NHS (%)	Taux d'avortement pour résidentes (rapport)	Décès par avortement (% maternel)
1968	5	67	3,4 (4)	51 (24)
1969	8	69	5,2 (6)	38 (23)
1970	11	64	7,9 (9)	32 (20)
1971	24	59	9,8 (12)	29 (20)
1972	30	55	11,3 (15)	29 (23)
1973	32	53	11,4 (16)	14 (13)
1974	31	53	11,2 (17)	13 (13)
1975	22	51	10,9 (17)	8 (10)
1976	19	52	10,2 (17)	7 (8)

En 1971, le gouvernement nomma le Comité Lane pour examiner la pratique de l'Acte sur l'Avortement. Ce comité publia les conclusions suivantes en 1974, à l'unanimité: "l'Acte a révélé une vaste quantité de souffrances individuelles... les bénéfiques facilités par l'Acte dépassent de beaucoup tout désavantage dont on fit la critique." Le comité appuya l'Acte et recommanda des solutions administratives, professionnelles et éducatives aux problèmes attachés à sa pratique. Une législation restrictive "augmenterait la souffrance humaine et la mauvaise santé et entraînerait probablement plus de femmes à rechercher l'aide sordide et dangereuse de l'avorteur des ruelles". Le Rapport Lane recommanda aussi que l'avortement eut lieu pendant le premier trimestre de la grossesse, par l'intermédiaire du NHS, tout en évitant les longs délais attachés au traitement par le NHS dans une grande part du pays. (Voir aussi le *Bulletin d'Information Régional*, Avril 1974.)

En 1974 également les conseils et fournitures de contraceptifs, sous couvert du NHS, sont devenus gratuits. La pratique contraceptive par les méthodes plus efficaces a augmenté

entre 1968 et 1975, comme l'indique le tableau suivant:

Estimation en gros de l'usage actuel de la contraception (% de femmes de 15 à 44 ans, par méthode: R-U, 1968 et 1975)

Méthode	Année (%)	
	1968	1975
TOUTES (± méthode)	100	100
Toutes (+ méthode)	71	82
Aucune (- méthode)	29	18
Contraception orale	10	26
Condom	25	23
Retrait	20	13
Rythmique	7	4
DIU	2	3
Cape	3	2
Spermicide	3	1
Stérilisation	1	10

L'avortement provoqué n'est assurément pas utilisé comme méthode routinière de régulation de fécondité en Grande-Bretagne. Entre 1969 et 1976, le taux de natalité est tombé de 16,4 à 11,9 par 1000 personnes (le plus faible jamais enregistré et inférieur au taux de mortalité ces derniers temps). Toutefois, la baisse des naissances réelles a été égale à 3½ fois la hausse des avortements légaux, parmi les résidentes.

L'avortement pratiqué sous couvert du NHS s'associe fréquemment à la stérilisation de la femme. La proportion de femmes mariées qui se firent avorter et stériliser en même temps dans le cadre du NHS a lentement diminué: de 55% en 1968 à 34% en 1974.

La proportion des avortements sur les résidentes, pendant le premier trimestre (moins de 13 semaines depuis les dernières règles) a augmenté de 62% en 1968 à 83% en 1974. Entre ces deux dates, les avortements sur résidentes, pratiqués par aspiration, sont passés de 24% à 79%, ceux par curetage sont tombés de 42% à 11% et par hystérectomie de 27% à 3%.

Il existe toujours une opposition minoritaire à l'avortement. En 1974 et 1976, il y eut des efforts majeurs pour tenter de restreindre l'Acte sur l'Avortement, et, à chaque fois, l'échec fut attribué à un manque de temps parlementaire. En mai 1976, un sondage d'opinion publique indiqua que 55% étaient en faveur de "l'avortement pour tous ceux qui le désirent" et 31% étaient contre l'avortement.

Note: La mortalité due à l'avortement légal, en Grande-Bretagne (1968-73) sera analysée dans le prochain numéro du *Bulletin d'Information Régional*.

Correspondants: Maggie Jones et Philip Kestelmann, Londres.

YOUGOSLAVIE

D'après la Constitution yougoslave, mise en vigueur en 1974, la libre décision concernant les naissances est un droit de l'homme susceptible d'être limité par des raisons de santé uniquement. La mise en pratique de ce droit est une tâche qui ressort de la compétence de chaque république et province socialistes. Ces règlements doivent régler les aspects médicaux de la régulation de la fécondité comme un ensemble: avortement, contraception et stérilisation ainsi que traitement d'une faible fécondité et surtout l'insémination artificielle.

Jusqu'à présent, seule la République Socialiste de Slovénie a légalisé l'ensemble de la régulation de fécondité (mise en vigueur le 1er juillet 1977). La République Socialiste de Croatie a examiné aussi en détail le sujet mais la loi n'a pas encore été passée par l'Assemblée Républicaine. Les autres républiques et provinces socialistes ont régularisé (ou régulariseront prochainement) l'avortement seulement. Néanmoins, elles envisagent aussi de prendre d'autres mesures légales relatives aux autres méthodes de régulation de la fécondité.

Puisque l'avortement est un droit constitutionnel de chaque femme, les règlements de toutes les républiques et provinces déclarent que la femme enceinte décide elle-même de demander un avortement. Si la grossesse a moins de 10 semaines, l'avortement doit être pratiqué à la demande de la femme enceinte, sans approbation du comité.

Le droit d'interrompre une grossesse de plus de 10 semaines est limité légalement par des raisons de santé. Selon la loi slovénique, l'interruption de la grossesse ne peut se faire qu'avec l'accord du comité, basé sur les risques attachés à la vie et la santé de la mère, son avenir de mère par rapport à la continuation ou l'interruption de sa grossesse. Selon les règlements des autres républiques et provinces, la décision de pratiquer un avortement après 10 semaines incombe au comité lequel se base sur une vaste gamme d'indications (médicales, eugéniques, judiciaires et socio-économiques).

En Slovénie, toute femme enceinte capable de prendre des décisions raisonnables en matière d'avortement (soit avec l'aptitude de discerner) peut demander à subir l'opération, quelle que soit la période de gestation. C'est pourquoi même les mineures, ayant cette aptitude, n'ont pas besoin de l'autorisation de leurs parents. L'avortement (demandé ou pratiqué) n'est communiqué aux parents que si cela sert les intérêts de la personne mineure. D'après la loi croatienne, l'autorisation des parents n'est pas nécessaire si la femme enceinte a plus de

16 ans. La loi de la république socialiste de Bosnie et d'Herzégovine exige en plus que la femme mineure ait un emploi qui la fasse vivre.

Les lois des autres républiques et provinces socialistes stipulent que les mineures ne peuvent subir un avortement sans l'autorisation des parents. Puisqu'il s'agit là d'un droit individuel et non pas d'un droit du couple, l'avortement n'est pas soumis à l'accord du partenaire.

Le comité décidant de l'avortement après 10 semaines de grossesse doit prendre sa décision dans un court laps de temps (3 à 7 jours selon l'endroit). La femme enceinte peut faire appel à un comité plus puissant en cas de refus et ce dernier doit aussi prendre une décision rapidement (7 à 8 jours selon l'endroit). Dans toutes les provinces et républiques, le comité doit comprendre des médecins et une assistante sociale devant indiquer à la femme enceinte les méthodes alternatives à l'avortement et les services prénatals et de protection sociale.

La femme enceinte de moins de 10 semaines peut s'adresser directement à un établissement médical pour subir un avortement et celles enceintes de plus de 10 semaines doivent passer par le comité.

Les établissements médicaux doivent pratiquer l'opération par une technique optimale, en accordant l'hospitalisation convenable. Après l'avortement, la femme doit recevoir des soins et un congé de maladie raisonnables. Tout le personnel engagé dans la procédure doit communiquer à la femme la technique et les conséquences de l'avortement, ses droits légaux et surtout la mettre au courant des méthodes contraceptives. A part la loi slovénique, les règlements de certaines autres républiques contiennent aussi des stipulations fondamentales sur les droits des hommes et des femmes à savoir le droit à l'enseignement, les conseils et l'information en matière d'autres méthodes de régulations de fécondité, ainsi que du droit d'en faire usage.

Correspondant: Karel Zupančič, Ljubljana.

Pour de plus amples informations nos lecteurs sont priés de se mettre en contact avec les Associations Membres de l'IPPF aux addresses suivantes:

Autriche

Österreichische Gesellschaft für Familienplanung, Universitäts Frauenklinik 11, Spitalgasse 23, A-1090, Wien.

Danemark

Foreningen for Familienplanlaegning, Aurehøjvej 2, 2900 Hellerup,

Finlande

Vaestöliitto, Kalevankatu 16, 00100 Helsinki 10.

France

Mouvement Français pour le Planning Familial, 2 rue des Colonnes, 75002 Paris.

République Démocratique Allemande

Ehe und Familie, Sektion der Gesellschaft für Sozialhygiene der DDR, Leninallee 70, 25 Rostock.

République Fédérale Allemande

Pro Familia: Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung e.V., Cronstettenstrasse 30, 6 Frankfurt am Main 1.

Hongrie

The Scientific Society for Family and Women's Welfare, Buday László ul. 3, 1024 Budapest.

Norvège

Norsk Forening for Familienplanlaegging, Rådnyvn. 2, 1400 Ski.

Pologne

Towarzystwo Planowania Rodziny, U1. Karowa 31, Warsaw.

Suède

Riksförbundet för Sexuell Upplysning, Box 17006, Rosenlungsgatan 13, 104-62 Stockholm.

Royaume-Uni

Family Planning Association, Margaret Pyke House, London W1N 7RJ.

Yugoslavie

Family Planning Council of Yugoslavia, Bulevar Lenjina 6, 11070 Belgrade.