

# IPPF EUROPE

## Bulletin d'Information Régional

Vol 8 No 2 Avril 1979

### Prix des contraceptifs en Europe

En juin 1978, le Conseil Régional de l'IPPF Europe décida qu'il fallait rassembler des informations sur le prix des contraceptifs dans les pays européens. Dès le début de 1979, la plupart des associations membres européennes avaient renvoyé leurs réponses à une circulaire du Bureau régional concernant les prix de vente des principaux contraceptifs en vente dans leurs pays. Cinq pays membres ont renvoyé des données insuffisantes et l'Irlande aucune puisque la vente des contraceptifs y est illégale.

Pour interpréter ces données, il importe de tenir compte des frais supplémentaires imposés dans certains pays pour la consultation, la pose et/ou l'ordonnance par exemple. En Belgique, chaque consultation médicale coûte environ £1,70 (après remboursement par la Sécurité Sociale) tandis qu'un gynécologue privé demande £17 pour l'insertion d'un DIU. En Tchécoslovaquie, une ordonnance pour des contraceptifs oraux coûte normalement £9,40 par an.

En supposant 100 relations sexuelles avec contraceptifs par an, le coût annuel moyen pour l'utilisateur en Europe atteint environ 0,5% du Produit National Brut par personne, variant de 0,3-0,7% entre le R-U et l'Espagne: en termes absolus, entre £5 environ au Portugal et £17 en Autriche. Le prix des différents contraceptifs varie dans l'ensemble entre 0,1% du PNB (pour les DIU) et 0,7% du PNB (pour les condoms, spermicides et contraceptifs oraux), un diaphragme et son spermicide se montant à environ 0,25% du PNB en moyenne. Des condoms, spermicides et contraceptifs oraux en quantité suffisante pour un an coûtent environ £15 à £20 en Europe et les variations de prix entre des marques et des pays différents sont considérables.

En supposant qu'un diaphragme avec de la crème ou gelée spermicide a une vie utile de deux ans, il ne coûte que £1,20 par an en Tchécoslovaquie mais £11 par an environ en Autriche. La marque la plus courante, *Ortho* (Ortho Pharmaceutical Corporation, USA), coûte le moins cher au Portugal (£1,30

### Dans ce numéro

- Le prix des contraceptifs: analyse sur la base d'une étude régionale
- Point de vue personnel de l'évolution pendant mes années de service, par *Joan Rettie*
- L'histoire de la mise à essai des spermicides est résumée par *Philip Kestelman*
- Obstacles à la contraception: rapport sommaire de la réunion d'un groupe de travail (Mars 1979)

p.a.) et le plus cher, de loin, en Italie (environ £6 p.a.), soit le double du prix en Autriche ou au Royaume-Uni (£2,60 p.a.).

Les condoms coûtent en moyenne £17 p.a. en Europe, allant de £8,60 au Portugal à £23 p.a. en Autriche: entre 0,4% du PNB en Suède et 1% du PNB au Portugal. Le prix annuel de Durex Gossamer (London Rubber Company, R-U) par exemple varie de £7 au Portugal à £22 en Autriche, le prix au R-U se trouvant entre les deux (£10 p.a.).

Le vagitoire spermicide le moins cher (£6,10 p.a. en moyenne), le suppositoire *Rendells* (Rendell, R-U), est le meilleur marché en Italie (£3,30 p.a.), le plus coûteux en Finlande (£11,40 p.a.) et d'un prix intermédiaire encore au Royaume-Uni (£6,30 p.a.). Le vagitoire le plus cher (£29 p.a. en moyenne), *Patentex oval*, suppositoire moussant (Patentex GmbH, RFA), est meilleur marché en Italie (£22 p.a.) et plus cher en Autriche (£35 p.a.): le prix en RFA est intermédiaire aussi (£26 p.a.). Il semble très peu probable que le prix de fabrication de *Patentex oval* est cinq fois plus élevé que celui de *Rendells* bien que, selon les rapports, *Patentex oval* soit l'objet d'une publicité intensive dans plusieurs pays européens. En Italie, *Patentex oval* coûte 1,5% du PNB contre 0,2% dans le cas du *Rendells*.

Rien n'indique que *Patentex oval*, utilisé seul, est plus efficace que tout autre spermicide, du point de vue contraception. On considère depuis longtemps que les aérosols (mousses) sont les plus efficaces, utilisés seuls, mais cela repose sur des preuves peu solides. L'aérosol le plus distribué en Europe, *Delfen Foam* (Ortho Pharmaceutical Corporation, USA), coûte en moyenne £12,60 p.a. allant de

£8,20 p.a. au Portugal à £18-£19 p.a. au Danemark et en RFA.

En moyenne, les contraceptifs oraux totalisent £17 p.a. en Europe, de £8,70 en France et au Portugal à £28 en RFA, 0,3% du PNB en France à 1% du PNB en Autriche, Grèce et au Portugal. La différence la plus importante pour une marque spécifique concerne *Lyndiol* (Organon International BV, Pays-Bas) qui coûte £7,90 en Espagne et £28 en RFA. Les variations de prix entre différentes marques de contraceptifs oraux dans un même pays sont relativement faibles. Le prix annuel de l'acétate de médroxyprogestérone injectable tous les trois mois (Upjohn International Inc, USA) va aussi du simple au triple entre le Portugal (*Depo-Provera* £6,90 p.a.) et la RFA (*Depo-Clinovir*, £21 p.a.). Toutefois, le PNB varie encore plus (quatre fois) entre le Portugal et la RFA.

Le prix unitaire des DIU est relativement faible si l'on assume qu'ils restent en place pendant plusieurs années, bien que le prix annuel moyen soit quatre fois plus élevé aux Pays-Bas (environ £3 p.a.) qu'au Portugal (£0,75 p.a.). La différence est encore plus grande entre les prix de vente de marques particulières: le dispositif *Cuivre T 200* (Schering AG, RFA) coûte de £0,53 p.a. au Portugal à £2,90 p.a. en Italie. La variation la plus forte dans un même pays est observée en RFA où la boucle de Lippes (Cilag-Chemie, RFA/Ortho, USA) coûte £0,67 p.a. (pour une durée de cinq ans) et *Biograviplan* (Grunenthal, RFA)/*Progestasert* (Alza Corporation, USA) coûte £13 p.a. (pour une durée de deux ans).

Les contraceptifs obtenus sans ordonnance (les condoms et spermicides surtout) dans des points de vente 'normaux' ne sont toujours pas subventionnés dans plusieurs pays européens (RDA, Suède et R-U p.ex.), là où les contraceptifs et les services nécessaires sont tous deux gratuits dans le cadre du service de santé national. Du point de vue du consommateur, c'est peut-être là la discrimination principale contre l'usage de la contraception mécanique car elle favorise l'emploi de contraceptifs hormonaux ou intra-utérins prescrits par un médecin ou même le retrait (coitus interruptus) prescrit par soi, gratuit lui aussi!

*Philip Kestelman*  
Secrétaire Médical

# Le Planning Familial en Europe: Point de Vue Personnel

## Origines

En 1946, Elise Ottesen-Jensen, norvégienne de naissance et fondatrice de l'association suédoise, Riksförbund for Sexuell Upplysning (RFSU), invita à assister à la conférence annuelle de la RFSU des délégués d'autres pays qu'elle avait rencontrés avant la Deuxième Guerre Mondiale ainsi que d'autres personnes intéressées par l'éducation sexuelle et le planning familial. C'était là un premier pas vers la création de l'IPPF. Parmi les participants à la conférence se trouvaient Conrad Van Emde Boas de la Nederlandse Vereniging voor Sexuele Hervorming (NVSH), Leo Kaprio de l'organisation finlandaise Vaestoliitto (il devint ensuite Directeur de la Région Européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé), Chris Brusgaard (Norvège), Edward Griffiths (R-U), Abraham Stone, Lena Levine et Margaret Sanger (USA). Avec d'autres, ces personnes ont constitué le Premier Comité International de Planning Familial, établi lors de la conférence. Elise Ottesen-Jensen en était coordinatrice et Einar Tegen (Suède) président. Le comité fut créé lorsque l'entière conférence adopta l'objectif suivant:

"Promouvoir la santé physique et spirituelle, le bien-être et le bonheur de l'individu, de la famille et de la société dans un nouveau monde, libre et uni." Pour appuyer cet objectif, la conférence établit les résolutions suivantes:

1. Chaque enfant a le droit d'être voulu par ses deux parents et tous les parents doivent avoir le droit de décider du nombre d'enfants qu'ils vont mettre au monde.
2. Le droit d'obtenir des informations scientifiques sur le contrôle de la conception et la traitement de l'infertilité, sous surveillance professionnelle, est un droit qui appartient à tous.
3. C'est le droit de tous les enfants de recevoir des informations sexuelles scientifiques dans le cadre de leur éducation générale, et celui de tous les jeunes de recevoir une bonne préparation au mariage.
4. Les collèges et universités doivent offrir des services pour la formation des médecins, infirmières, sages-femmes et autres éducateurs dans le domaine de l'orientation sexuelle et conjugale.
5. Il existe un besoin très urgent de poursuivre des recherches scientifiques en matière de sexualité et de fertilité humaine et de développer des mesures

de contraception sûres, que l'on peut appliquer à l'échelon universel.'

Ces déclarations sont très similaires aux objectifs adoptés par la Région de l'IPPF Europe lorsqu'elle s'est séparée du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord en 1971, ainsi qu'aux directives et objectifs présentés dans le plan de trois ans 1979/81 de l'IPPF Europe.

Les directives et objectifs de la Région, acceptés par le Conseil régional, sont les suivants:

- promouvoir la reconnaissance de l'importance des relations humaines, surtout la partie sexuelle de ces relations, et le rôle de l'IPPF dans ce domaine et promouvoir de plus des considérations humanitaires, y compris encourager la réforme sociale en laissant aux organisations gouvernementales les implications politiques de la population;
- s'assurer que l'orientation de l'IPPF réfléchit les lignes de conduite des différentes APF, en tenant compte des réalités spécifiques d'ordre économique, social et culturel, et que l'information publiée par l'IPPF permet d'exprimer des points de vue différents;
- souligner que la contraception et l'avortement sont des moyens de régulariser la fertilité et qu'ils ne sont pas, eux-mêmes, des facteurs déterminant l'ampleur préférée pour la famille ou les tendances de la fertilité;
- insister sur le fait que la promotion ou la restriction des services de régulation de fertilité, pour des raisons anti ou pronatalistes, sont des actes politiques qui non seulement reposent sur des hypothèses fausses mais qui sont aussi contradictoires aux droits égaux que possèdent les gens du monde entier, à savoir régulariser leur propre fertilité;
- encourager une coopération plus étroite entre les gouvernements et les APF, pas seulement en matière d'affaires nationales par l'intermédiaire des ministères de la santé et de la protection sociale par exemple, mais aussi sur le plan international, en s'efforçant d'empêcher associations et gouvernements d'adopter une certaine ligne de conduite au niveau national et une autre au niveau international;
- s'assurer que l'on accorde toute l'importance nécessaire aux aspects éthiques des activités entreprises par

des organisations et des individus s'occupant de planning familial;

- attirer l'attention sur les intérêts commerciaux en ce qui concerne la promotion de la régulation de fertilité.

Edward Griffiths accepta d'organiser une deuxième conférence en Angleterre. Un comité fut donc établi en Grande-Bretagne, sous la direction de Helena Wright, pour organiser une conférence internationale sur le Sexe et la Vie Familiale. On demanda à un certain nombre de gens du pays d'appuyer la réunion, y compris ceux intéressés principalement par le néo-malthusianisme. C'est ainsi que la conférence devint une conférence sur la Population et les Ressources mondiales et elle eut lieu à Cheltenham en 1948. Bien qu'on y discutât aussi des sujets proposés pour la conférence à l'origine, les propositions de 1946 concernant l'information sexuelle, la liberté de choix en matière d'espacement des naissances, le traitement de l'infertilité et l'orientation conjugale tombèrent quelque peu dans l'arrière-plan.

Le sexe n'était pas un sujet dont on pouvait parler facilement à l'époque, en Grande-Bretagne. Il y existait et y existe toujours, parmi ceux qui désiraient vivement surmonter leurs inhibitions, et celles des autres, une tendance à accepter le planning familial en termes de population, comme sujet convenable pour des discussions publiques et il était alors quasi possible d'oublier que les naissances résultaient de rapports sexuels.

Il faut dire en toute justice que certains des premiers pionniers, sincèrement engagés à offrir des services de planning familial dans leurs propres pays, ne se rendirent absolument pas compte qu'en invitant des théoristes néo-malthusiens, qui n'avaient jusqu'alors aucun lien avec les associations de planning familial, ils allaient ouvrir la voie aux politiques néo-malthusianistes et changer toute la base des buts décidés lors de la réunion de 1946 et sur laquelle aurait pu s'établir l'IPPF en 1952.

Cependant un élément important de la constitution de l'IPPF adoptée en 1952 et proposé, il me semble, par un britannique, fut la création des Régions, ce qui a heureusement permis à la Région de l'Europe, du Proche-Orient et de l'Afrique de se développer selon les principes énoncés en 1946.

Europe, Proche-Orient et Afrique  
Elise Ottesen-Jensen a été élue première

Présidente de l'IPPF pour la Région de l'Europe, le Proche-Orient et l'Afrique. La Région a eu aussi une secrétaire honoraire pendant les premières années. De 1955-6, Rotha Peers a assumé le rôle de Secrétaire Régionale à temps partiel puis est devenue secrétaire au Comité médical central, en train d'être formé par Helena Wright, sa première présidente. J'ai été nommée à la fin de 1956, à temps partiel aussi, la seule membre salariée de la Région.

En 1959, Nina McKenzie s'est jointe à moi pour rassembler des informations sur des activités qui augmentaient rapidement en Afrique. Elle avait passé la plus grande partie de sa vie en Afrique. Ses efforts visaient pour la plupart à entrer en contact avec des médecins, des sages-femmes et des infirmières originaires de l'Afrique et travaillant en Grande-Bretagne et à les présenter les uns aux autres afin qu'ils puissent travailler en collaboration une fois de retour dans leurs pays respectifs. Elle se rendit en Afrique une fois pour le compte de l'IPPF, à ses propres frais.

Les premières associations africaines se trouvaient au Kenya, à l'Île Maurice et en Afrique du Sud. L'Afrique quitta ensuite la triple Région en 1964, au moment de la troisième Conférence régionale qui eut lieu à Londres, avec la participation de plusieurs délégués africains. Quoiqu'un Bureau Régional fut créé à Nairobi, sous la direction de James McAllan et que des africains participèrent à la Conférence Régionale pour l'Europe et le Proche-Orient en 1966, les pays africains au sud du Sahara n'eurent pas de région établie par constitution de 1964 à 1971, au sein de l'IPPF. Depuis 1971, des résolutions adoptées par le Conseil de la Région de l'Afrique et des publications de celui-ci indiquent un retour vers les directives et les idées auxquelles l'Afrique s'associait lorsqu'elle faisait partie de la triple Région. Les délégués africains avaient participé activement à l'amendement à la constitution de l'IPPF proposée par la triple Région et acceptée par le Conseil d'Administration en 1963, et de laquelle je parlerai plus loin.

#### L'Europe et le Proche-Orient

La Région est restée double et s'est occupée des pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord jusqu'en 1971, date à laquelle s'est déroulée à Beyrouth la dernière réunion mixte du Conseil des associations de la double Région. A l'époque, les deux Conseils régionaux de la Région de l'Europe et de la Région

du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (MENA), récemment dédoublés, se sont réunis indépendamment l'un de l'autre.

Avant 1967, les efforts de la Région étaient limités en matière d'aide aux associations établies et à celles en formation au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, bien que des relations eussent été établies avec l'Algérie, l'Égypte, la Jordanie, le Liban, le Maroc et la Tunisie. Ces relations se faisaient avec des gouvernements, des membres de la profession médicale et d'associations féminines, dans les pays nord-africains surtout. Le personnel sanitaire des pays nord-africains participait d'ailleurs aux activités de formation organisées par la Région pendant les années 60.

Pourtant la création de la Région MENA ne commença à progresser réellement que lorsque Isam Nazer, fondateur de l'association jordanienne qui avait contacté le Bureau Régional pendant qu'il faisait des études post universitaires en Grande-Bretagne en 1961, quitta Jérusalem après la guerre de 1976 et entra au Bureau Régional pour y prendre la responsabilité des pays de MENA. En recommençant avec Isam Nazer la visite des pays de l'Afrique du Nord que j'avais déjà visités seule avant son arrivée, j'ai été absolument convaincue que des personnes ayant des cultures entièrement différentes n'étaient pas les plus aptes à promouvoir le planning familial dans des pays qui n'étaient pas les leurs. Non seulement à la suite de ma propre expérience mais aussi en observant des européens et des américains basés ou envoyés comme 'experts' étrangers dans les pays de l'Afrique du Nord, me suis-je rendue compte que, pour être acceptables, les mouvements de planning familial devaient évoluer dans le pays même, bien que l'échange d'expériences et d'observation des activités dans des pays avoisinants, au passé culturel similaire, représentât un stimulant pour les idées. Il y aurait beaucoup à dire sur les développements de la Région MENA après 1967 mais cette tâche conviendrait mieux à la Région elle-même. Disons seulement que la Région MENA a suivi des directives mieux alignées avec les principes de 1946 qu'avec la Constitution de 1952 de l'IPPF.

#### L'Europe

Pour élaborer un peu plus les développements qui se sont produits en

Europe entre 1956 et 1978, en tenant compte de la participation africaine jusqu'en 1964 et celle de la MENA jusqu'en 1971, il faut décrire certaines tendances générales et mentionner spécifiquement des associations et des individus qui ont influencé cette évolution, tant sur le plan national que régional.

L'objectif de la Région de l'Europe a été depuis le début de rechercher une compréhension mutuelle, entre tous les pays européens, du droit à la liberté de choix que possèdent tous les individus en matière de naissances tout en admettant qu'il existe, au sein de l'Europe, de grosses différences entre les systèmes politiques, les conditions socio-économiques, les passés culturels, les langues, les religions et les lois. Il fallait s'attacher surtout à démontrer aux gouvernements que les gens avaient besoin de services de planning familial et que ceux-ci devaient être une partie intégrante des services de santé, sans être ni promus, ni interdits pour des raisons pro- ou anti-natalistes. Bien entendu, les gouvernements devaient s'efforcer de bien connaître les courants démographiques de leurs pays afin de satisfaire aux besoins d'une manière efficace en matière d'éducation, de logement et d'emploi; mais toute coercition, contrainte ou toute restriction de l'information et des services de planning familial, pour des raisons de politique démographique, sont inacceptables.

Dans le contexte d'une compréhension réciproque de ce genre, chaque association possède et a toujours possédé ses propres caractéristiques spéciales. Les autres Régions ne se rendent peut-être pas aussi bien compte de l'individualité dont fait preuve chaque pays européen. On a observé avec intérêt les différences entre les caractéristiques nationales, l'allure variée suivant laquelle ont évolué les associations et la manière dont beaucoup d'entre elles ont profité de l'expérience que les succès et les échecs ont donnée à leurs voisines.

Une des tâches principales de la Région a été d'être consciente des courants et des développements du planning familial et de reconnaître les principaux sujets d'intérêt commun dans la majorité des pays, pour en discuter lors des conférences régionales, de petits séminaires et groupes de travail et lors des réunions du Conseil Régional. Juger la mesure dans laquelle ces discussions aident à résoudre des problèmes, à

comprendre les attitudes ou à changer la direction des activités est bien difficile mais je pense qu'elles ont eu une certaine influence puisque des changements se sont indubitablement produits.

Pour décrire comment s'est développé le sujet de toutes les conférences et tous les séminaires, comment on l'a abordé et pour deviner ce qui en a résulté, il faudrait écrire autant d'articles qu'il y a eu de sujets. Il va falloir se contenter du titre de chaque réunion pour montrer le chemin qu'a suivi l'évolution, sur la base constante de l'intérêt de l'individu.

#### Conférences, séminaires et groupes de travail

La première Conférence régionale qui eut lieu à Berlin Ouest en 1957 avait pour titre *La Famille Saine: Aspects éthiques, sexologiques et psychologiques*. S'adressant aux participants à l'ouverture de la séance, Hans Harmsen leur rappela les faits suivants: les théoristes néo-malthusiens étaient surtout des anglo-saxons entre les deux guerres; l'Union internationale pour l'Etude scientifique de la Population, créée dans les années 20, étudiait scientifiquement les questions démographiques; un Comité international de Vie familiale ayant pour but de résister contre les taux de natalité en baisse en Europe et de lutter contre la contraception avait été créé en France pour réagir contre les discussions néo-malthusiennes. (La loi française de 1921 contre la contraception et l'avortement a été promulguée pour tenter de relever les taux de natalité.)

Kemal Abdel Razzak, Directeur des Services sociaux, de santé et d'éducation au Ministère de la Santé publique, membre de la Commission nationale égyptienne chargée des problèmes de population, fit aussi un discours au début de la conférence. Il souligna le point suivant: il était possible de dire qu'une croissance rapide de la population représentait en elle-même un obstacle au développement économique et à l'élargissement des services publics en Egypte mais on pouvait débattre aussi que la situation dans le pays provenait de l'absence d'une bonne politique d'investissements et que le gouvernement pouvait peut-être découvrir des moyens susceptibles d'élever le niveau de vie, par l'expansion des régions cultivables et de la production agricole, à la suite du développement du Haut Barrage de Aswan et par l'exploitation de la richesse minérale et

une industrialisation rapide.

La Conférence était consacrée à des sujets tels que la psychologie du planning familial, l'acceptation de la sexualité au sein du mariage, l'éducation sexuelle dans les écoles, l'éducation aux relations familiales, les foyers désunis comme cause des enfants négligés et de la délinquance juvénile, l'infertilité et la stérilité, l'avortement, les facteurs bouleversant la vie familiale; Thorsten Sjövall (Suède), qui devint Président de la Région par la suite, y présenta un article sur le Facteur Humain dans le Planning Familial.

Cette conférence de 1957 a été un événement marquant dans le développement de la Région. Elle a rassemblé des délégués de toutes les régions de l'Europe, y compris de Belgique, France, Italie et Pologne où des associations s'étaient récemment établies, d'Autriche, de la République Démocratique Allemande et de Yougoslavie où il n'en existait pas encore. Depuis 1946, Elise Ottesen-Jensen avait visité bon nombre de ces pays et Conrad Van Emde Boas (Pays-Bas) avait établi des relations en Pologne où s'est rendue Helena Wright après la conférence, en compagnie des délégués polonais.

Ces relations furent renouvelées en 1958 lorsque Elise Ottesen-Jensen invita des représentants de nombreux pays européens à assister aux cérémonies marquant le 25<sup>e</sup> anniversaire de la RFSU, à Stockholm.

La deuxième Conférence Régionale sur les *Aspects psychologiques et sociaux du Planning familial* a eu lieu à l'Institut Social de La Haye, en 1960. Elle avait été précédée d'une conférence importante sur l'avortement, organisée par le Professeur Karl-Heinz Mehlan à Rostock en République Démocratique Allemande. On y avait mis l'accent sur la promotion des services contraceptifs pour tenter de réduire le recours aux avortements. C'est à Rostock qu'ont été établis les premiers contacts régionaux avec des représentants de la Bulgarie, la Tchécoslovaquie et la Hongrie.

La troisième Conférence Régionale, organisée à Varsovie en 1962, s'est occupée de la situation démographique sous le titre *Tendances de l'Evolution de la Famille en Europe*; ceci montrait bien que la Région ne désirait pas ignorer les questions démographiques mais qu'elle préférait les voir sous leur vrai jour, en insistant sur le droit

primordial de l'individu.

A la quatrième Conférence sur les *Relations sexuelles et humaines* qui a eu lieu à Londres en 1964, se trouvaient de nombreux délégués venus d'Afrique.

Le Moyen-Orient était représenté avec plus de force à la cinquième Conférence sur le *Planning familial et la Médecine Préventive* qui s'est déroulée à Copenhague en 1966. On s'y attacha beaucoup au rôle que jouait le personnel de santé dans la fourniture des services de planning familial.

La sixième Conférence Régionale s'est tenue à Budapest en 1969 et s'intitulait *La Démographie sociale et la Responsabilité Médicale*. Certains des articles de fond avaient été rédigés en collaboration avec le Comité Régional chargé des Tendances du Planning Familial, créé en juin 1965.

Ce Comité, établi à la suite de propositions faites par Egon Szabady et ses collègues du Bureau Central de Statistiques à Budapest, a rassemblé des démographes des pays suivants, entre autres: Belgique (Jean Morsa), Danemark (Poul Matthiesen), Grèce (Vasilas Valaoras) et Hongrie. En janvier 1967, lors d'une réunion entre Halvor Gille, alors Directeur de la Division des Affaires sociales de l'ONU à Genève, Agnete Braestrup, Présidente Régionale, et des membres du Comité exécutif régional, on décida que ce comité de démographes fut pris en charge par la Division des Nations unies. C'est lors de cette réunion aussi qu'est né le terme "démographie sociale". Le Comité a poursuivi sa tâche comme groupe de travail sur la démographie sociale au sein de la Division des Affaires sociales de l'ONU à Genève et il s'est agrandi pour incorporer davantage de pays européens. Ce groupe, où la Région était toujours représentée, décida que des services de planning familial devaient être disponibles quelles qu'étaient les circonstances démographiques.

Après la Conférence de 1969 on décida qu'il n'était plus nécessaire d'organiser des conférences aussi importantes; le sujet du planning familial en tant que tel avait été largement aéré en Europe. La Région s'est donc attachée, pendant les années 70, à organiser des séminaires pour le Conseil Régional et des séminaires et groupes de travail constitués non seulement de représentants des associations mais aussi d'autres personnes intéressées.

La réunion du Conseil Régional de Beyrouth en 1971, dernière réunion avec les pays de la MENA, s'est occupée de quatre sujets, à savoir l'émancipation des femmes, la jeunesse et la parenté, la stérilisation de l'homme et de la femme et les aspects psychologiques de la stérilisation; chaque sujet a été traité à la fois par un représentant de l'Europe et par un représentant de la MENA. Le thème des aspects psychologiques du planning familial a été poursuivi ensuite lors du séminaire de 1972 du Conseil, en Italie.

En Finlande en 1973, le Conseil discuta du futur rôle de l'IPPF sur le plan national, régional et central en ayant obtenu préalablement des associations une courte déclaration sur la manière dont elles envisageaient leurs rôles dans l'avenir. Au cours des discussions, le Conseil a réaffirmé que les associations devaient pouvoir évoluer en toute liberté suivant ce qu'elles jugeaient convenir à leurs pays, tout comme les Régions de l'IPPF devaient pouvoir se développer librement dans le cadre de la Région en question; il a déclaré aussi qu'au niveau central, l'IPPF devait être un moyen de rassembler les idées et les diverses activités des différentes régions plutôt qu'une organisation de contrôle.

A cette occasion, en 1973, quatorze délégués gouvernementaux ont participé à un séminaire avec des membres du Conseil pour y discuter des attitudes des gouvernements européens envers le planning familial. On a fait remarquer l'indésirabilité des lignes de conduite des gouvernements européens qui acceptaient les services de planning familial dans le cadre de leurs politiques nationales de santé et de protection sociale mais qui contribuaient aux fonds destinés au contrôle démographique dans les pays en voie de développement, par l'intermédiaire d'organismes des Nations unies et de l'IPPF. Cette différence entre les politiques démographiques nationales et étrangères ne pouvait être tolérée.

Au cours d'une réunion en Belgique en 1974, le Conseil discuta de l'éducation à la population et du planning familial. Ayant consacré plusieurs années de sa vie à l'éducation des jeunes, Norman Rea, de Grande-Bretagne, déclara que le sujet du planning familial ne devait pas être abordé d'un point de vue démographique dans les écoles et autres groupements de jeunes mais dans le contexte de l'éducation sexuelle et à la vie familiale.

En 1975 au Portugal, le Conseil parla de l'IPPF et de ses relations avec les gens, la société et le gouvernement. Avant cette réunion avait eu lieu un groupe de travail francophone sur la Sexualité et l'Éducation sexuelle dans les pays à culture latine.

Lors des réunions de 1976 en République Démocratique Allemande, de 1977 en Irlande et de 1978 en Turquie, le Conseil Régional a discuté les principaux sujets suivants, respectivement: Jeunesse et Sexualité: les problèmes de compréhension et de coopération; Transition: les étapes du développement des associations — les réussites et les échecs; l'Éthique et le Planning familial.

Au cours des années 70 ont été organisés plusieurs groupes de travail sous-régionaux, en anglais, français et allemand, à l'intention des journalistes et éducateurs des jeunes. Trois groupes de travail ont examiné divers aspects de l'avortement en 1974, 1975 et 1976, sous les titres respectifs suivants: *L'avortement provoqué et la santé de la famille: un aperçu européen; Conseils sur l'avortement: un aperçu européen; et Les aspects éthiques de l'avortement: certains points de vue européens.* Des rapports ont été publiés sur chacun de ces groupes et le Conseil a décidé de faire une déclaration de ligne de conduite en matière d'avortement, en 1975. Un groupe de travail qui s'est déroulé en 1976 sur la *Sexualité et les Personnes handicapées* a fait naître, dans un certain nombre de pays, une prise de conscience des difficultés qui font face aux handicapés, du point de vue de la sexualité. *Les Problèmes émotifs du planning familial* et la *Législation et le Planning familial* ont été traités aussi par des groupes de travail.

La Région a entrepris de plus deux enquêtes, l'une sur *le statut légal de la contraception, la stérilisation et l'avortement dans les pays européens*, en 1973 (un avoué bénévole de chaque pays a fourni les informations nécessaires sans aucun frais pour la Région), et l'autre sur *le statut de l'éducation sexuelle dans les pays européens membres*, préparée aussi volontairement par Mikolaj Kozakiewicz de Pologne et Norman Rea de Grande-Bretagne.

**L'évolution des associations: les activités régionales**

Il y a eu trois types d'associations en Europe: celles qui, comme en Grande-Bretagne, se basaient à l'origine sur des centres-conseils et dont les comités étaient formés de personnes travaillant

dans ces centres; celles qui se basaient surtout sur une corporation d'autres organismes, comme en Suède, et celles qui représentaient une fédération nationale de groupes régionaux pour combiner ces deux structures.

Parallèle au besoin qu'avait la Région d'être consciente des courants et sujets à discuter pendant les conférences ou les séminaires, se faisait sentir celui de fournir aux associations les facilités nécessaires lorsqu'elles traversaient diverses phases de leur évolution. La plupart des lecteurs du BIR se souviendront de l'article de Jürgen Heinrichs (Avril 1976), dans lequel il esquissait, en termes généraux, les phases qu'une association était susceptible de rencontrer au cours de son développement. A l'époque où les chances d'incorporer les services de planning familial au service de santé du pays étaient très faibles, la première préoccupation d'une association était, bien naturellement, la fourniture de services et c'est pourquoi la Région encourageait alors les associations à créer des centres-conseils. Plus tard c'est devenu tout aussi évident que la principale tâche était éducatrice. Il y a eu une période pendant laquelle les activités de certaines associations semblaient s'attacher trop étroitement aux simples considérations d'ordre technique du sexe; toutefois, cette tendance s'est transformée graduellement en une approche plus étendue dans des pays comme la Pologne par exemple, où l'on insiste sur l'éducation à la vie familiale et la compréhension des relations sexuelles, prises comme un tout dans la vie de l'individu.

Au temps où les associations étaient en train d'établir leurs propres centres de conseil et que les contraceptifs ne pouvaient être obtenus dans leurs pays pour des raisons légales, la Région se chargeait d'envoyer des contraceptifs par la poste, soit à des particuliers, soit à des associations, en grosses quantités. La Région a aidé les associations à fabriquer leurs propres spermicides avec l'assistance de Margaret Jackson, contributrice importante à la création de l'essai IPPF pour les spermicides. En 1958, Bohdan Bednarski, Vice-Ministre de la Santé en Pologne et Vice-Président de l'Association polonaise Towarzystwo Świadomego Macierzyństwa (renommée ensuite Towarzystwo Planowania Rodziny — TPR), pria la Région de s'occuper des mises à essai de tous les produits soit-

disant spermicides qui existaient en Pologne. Ayant ainsi prouvé l'efficacité spermicide absolument nulle de ces produits, la TPR commença à fabriquer son propre spermicide, lequel existe encore toujours. En France, après l'ouverture du premier centre à Grenoble, en 1962, et l'expansion rapide ensuite des centres-conseils dans tout le pays, la Région fournissait deux mille diaphragmes par semaine au moment de la plus forte demande et ces dispositifs étaient tous envoyés individuellement à des femmes conseillées par les centres du MFPP. La Région aida aussi l'association française à établir une manufacture de spermicides en France (où cela n'était pas illégal).

Plus tard, la Région acheta directement et à bon marché des boucles de Lippes auprès des fabricants américains puis les revendit aux associations en faisant un bénéfice. Les associations faisaient un bénéfice en les revendant à leur tour à leurs clientes. Toutefois, la Région ne put plus s'approvisionner directement auprès du fabricant lorsqu'une compagnie multi-nationale des Etats-Unis imposa une restriction brevetaire sur le plan mondial. Elle ne pouvait même plus les acheter à prix de gros, ou en grosses quantités au prix de détail, car cela risquait de déséquilibrer le marché du commerce de détail qui existait en puissance dans toute l'Europe, lui expliquait-on. C'est ainsi que pendant une courte période, des DIUs étaient faits à la main au Bureau Régional, en coopération avec Ferenc Szontágh de Hongrie et Ismail Ragab d'Egypte.

A un certain moment, la Région fournissait des contraceptifs de tous genres aux militaires britanniques et à leurs familles, stationnés à l'étranger. Encore en vigueur à l'époque était un ancien règlement qui permettait la distribution de condoms uniquement aux célibataires des forces britanniques, pour les protéger contre les maladies transmises par voie sexuelle.

A mesure que les contraceptifs pouvaient s'obtenir légalement dans davantage de pays, le volume des activités du centre d'expédition diminuait. Dès qu'une association était capable de faire ses propres arrangements dans son pays ou que les contraceptifs pouvaient y être obtenus par les voies ordinaires, l'envoi de contraceptifs dans ce pays cessait. On a continué à approvisionner l'Irlande, jusqu'à ce que l'association irlandaise trouve une solution alternative

seulement. A l'heure actuelle, seules l'Italie et l'Espagne reçoivent encore des diaphragmes et des spermicides. Les italiennes et les espagnoles qui ne pouvaient obtenir de diaphragmes lorsque ces derniers étaient d'usage commun en Europe du Nord, demandent maintenant des diaphragmes qui ne sont plus généralement distribués.

Pendant la période de transition entre la fourniture de services par les associations et la prise en charge de leurs responsabilités par les gouvernements, la nécessité de former le personnel sanitaire dans les universités et les services de santé s'est manifestée. C'est pourquoi la Région installa des services de formation dans des hôpitaux universitaires en Belgique, en Grande-Bretagne et en Yougoslavie. Ces activités de formation avaient un double but: elles permettaient la formation à court terme du personnel de santé se rendant dans les trois pays et elles stimulaient l'intégration d'une formation pour le personnel même du pays, dans le système d'enseignement universitaire, ce qui n'existait pas auparavant à part en Yougoslavie et dans un seul hôpital du Royaume-Uni.

Des gynécologues, des sages-femmes, infirmières et assistantes sociales de différentes villes des pays européens participèrent au projet de formation. Les visites ne duraient jamais plus d'une semaine ou dix jours et elles visaient à former suffisamment de personnel pour que ces personnes fussent ensuite à même de créer un système de formation dans les hôpitaux de leurs villes. Les facilités créées dans les hôpitaux universitaires britanniques ont été mises à la disposition de participants d'autres régions aussi, surtout à du personnel détaché temporairement dans un hôpital britannique. Plus tard, les services cliniques des hôpitaux britanniques ont été incorporés dans les services normaux des hôpitaux.

Pendant toute cette période, la Région a coopéré avec la Région de l'OMS pour l'Europe à Copenhague, la Division des Affaires Sociales de l'ONU à Genève et le Conseil de l'Europe, aux réunions desquelles elle a toujours été représentée.

#### Influences des associations

Chaque association a sa propre histoire et ses développements annuels sont réfléchis dans les rapports qu'elle présente au Conseil Régional bien que, comme on l'a souvent fait remarquer pendant les réunions du Conseil, on n'ait jamais le temps d'en discuter suffisamment. Je ne peux que

mentionner certains des premiers contacts établis par la Région et citer, pour chaque pays, quelques développements qui ont été d'assistance particulière aux autres pays, à mon avis.

#### Autriche

Les premiers contacts se sont faits avec Helmut Traun de Vienne qui a participé à la Conférence Régionale de 1957 à Berlin. Plus tard un dentiste, Horst Leonhardt, prit quelques mesures initiales pour former une association. Finalement, la *Österreichische Gesellschaft für Familienplanung* fut créée en 1970 par Hugo Husslein, Professeur d'Obstétrique et de Gynécologie à Vienne, qui, par une démarche unique en Europe, décida avec les trois autres professeurs d'obstétrique et de gynécologie de deux autres hôpitaux majeurs, d'ouvrir des services de planning familial dans les six hôpitaux, le même jour. L'association fit pression sur le gouvernement pour qu'il incorpore des services de planning familial dans le système de santé publique. Le principal problème de cette association a été d'assurer que ces services étaient suffisants; elle a dû faire face récemment à une opposition faite par certaines sections du public contre les services de planning familial et découlant d'une baisse du taux de natalité et elle a demandé l'aide de la Région par le truchement d'un groupe de travail consacré au planning familial dans les pays à faible taux de natalité (voir BIR Janvier 1979 'Les tendances de la fertilité et le planning familial').

#### Belgique

La Belgique était représentée aussi à la Conférence de 1957. Erna Vercautère, qui avec ses collègues avait coopéré étroitement avec la NVSH hollandaise, a ouvert le premier centre offrant des services pratiques à Gant, en 1961. La partie francophone de la Belgique penchait naturellement vers une coopération avec la Maternité Heureuse en France et le premier centre s'est ouvert à Bruxelles en 1963. Pierre Hubinont, Chef du Service d'Obstétrique et de Gynécologie à l'Hôpital de l'Université Libre de Bruxelles (service qui a pris part au projet de formation régional), a collaboré avec ce centre et il a aidé au développement d'une formule par laquelle les groupes néerlandophone et francophone ont pu fusionner pour créer une fédération nationale; celle-ci est ensuite devenue membre de l'IPPF

en incorporant l'association néerlandophone qui était membre à l'origine (*Fédération Belge pour le Planning Familial et l'Éducation Sexuelle*).

#### *Bulgarie*

Les premiers contacts avec la Bulgarie se sont formés au moment de la Conférence de Rostock, en 1960, à laquelle assistaient Elia Starkalev, Branimir Papisov et Georgy Stoimenov. Ces liens ont été renforcés lorsque ces trois personnes, Dimiter Vassilev et d'autres gynécologues bulgares sont venus à Londres pour y observer des cours de formation et des services pratiques dans les hôpitaux universitaires, dans le cadre du projet de formation régional. A un certain moment, le groupe bulgare apporta un film sur l'avortement pour en faire une démonstration dans les hôpitaux universitaires britanniques, ce qui était alors un nouveau sujet pour ces derniers, la loi interdisant l'avortement venant à peine d'être modifiée.

#### *Danemark*

Agnete Braestrup, pédiatre qui a été amenée bien malgré elle à donner une éducation sexuelle dans les écoles où elle était responsable des services médicaux, a fondé l'association en collaboration avec l'Association danoise des Femmes appartenant à la profession médicale. La *Foreningen for Familieplanlægning* n'avait jamais envisagé d'être responsable de services cliniques indépendants et elle agissait comme un groupe de pression surtout, bien qu'elle établît quelques services cliniques éventuellement, avec la coopération des autorités sanitaires locales. Il existait déjà dans le pays un réseau national de cliniques privées où se pratiquait l'avortement. L'association prêchait une répartition plus grande des services contraceptifs et la participation des sages-femmes. Elle a conçu un modèle en tissu de la reproduction humaine que la Région a ensuite distribué dans de nombreuses parties du monde.

#### *Finlande*

Les premiers liens avec la Finlande remontent au premier Comité international de planning familial, créé en 1946 et auquel appartenait Leo Kaprio de la Vaestoliitto (Directeur de l'OMS Europe actuellement). Le but de Vaestoliitto était, à l'origine, de s'occuper des faibles taux de natalité en Finlande. Cette association a toujours

insisté sur les droits aux services de planning familial que possèdent les individus tout en collaborant, avec le gouvernement, à des mesures politiques qui visaient à hausser le taux de natalité, telles que la formation d'aides familiales et des projets de logement. Plus récemment, l'association a fondé une compagnie commerciale chargée de la vente des contraceptifs et autres produits, en suivant dans une certaine mesure l'exemple de la Suède. L'association est la seule à posséder un centre de recherche démographique en Europe. Kauko Sipponen, sociologue, a largement contribué aux discussions sur la politique de l'IPPF lorsqu'il était Président de la Vaestoliitto et membre du Comité Exécutif régional.

#### *France*

La Maternité Heureuse qui devint ensuite le *Mouvement Français pour le Planning Familial* a été fondé à Paris à la suite d'une visite que firent Lagroua Weill Hallé et son mari au Bureau Margaret Sanger, à New York. Les premiers services cliniques ont été ouverts à Grenoble en 1962 par Henri Fabre et ses collègues, en dépit des lois qui interdisaient encore la contraception. Des centres s'ouvrirent ensuite dans toute la France et un système fut élaboré pour donner des conseils aux membres, d'après le modèle utilisé pendant de nombreuses années aux Pays-Bas. Ce système, qui était inévitable étant donné les circonstances légales, a été modifié à la suite d'une révolution intérieure dans l'association en 1974, lorsque l'association a cessé d'être fondée principalement sur des conseils médicaux mais est devenue une fédération de groupes régionaux reliés, à l'échelon national, par leur croyance en les mêmes principes de droits individuels. L'association française est probablement celle qui, en Europe, a la base la plus 'populaire' de nos jours.

#### *République Démocratique Allemande*

La Conférence de 1960 à Rostock, mentionnée auparavant, s'est avérée donner l'élan à la formation de *Ehe und Familie*. L'association est parvenue à convaincre le gouvernement que la fourniture de services contraceptifs et la légalisation de l'avortement n'étaient pas des mesures qui, par elles-mêmes, allaient faire tomber les taux de natalité mais qu'elles allaient améliorer la protection maternelle et infantile et le bien-être de la famille. Les vingt années suivantes ont prouvé la justesse des idées de l'association. L'énergie et

l'enthousiasme inépuisables de Karl-Heinz Mehlan ont attiré vers lui des supporters de nombreuses professions, y compris Lykke Aresin, psychiatre et membre actuel du Comité Exécutif régional.

#### *République Fédérale Allemande*

Anne-Marie Durand-Wever, un des premiers pionniers en Europe et qui s'efforçait de donner des conseils de planning familial pendant la période où cela était un délit puni par la loi, était parmi ceux dont les efforts pratiques inestimables avaient permis d'organiser la première Conférence régionale en 1957. *Pro Familia* a fait preuve d'une coopération étendue et croissante avec d'autres groupes de protection sociale, dans le but de créer des services. C'est une fédération d'associations des états autonomes et elle a entrepris récemment une majeure révision de ses directives et objectifs généraux (voir BIR Janvier 1979).

#### *Hongrie*

Les premières relations avec la Hongrie ont été nouées à la conférence de Rostock en 1960, à laquelle des gynécologues avaient apporté un film sur l'avortement dont s'est servie ensuite la Région. Plus tard, Egon Szabady et ses collègues, András Klinger et Karoli Miltenyi ont proposé à la Région de collaborer à des études socio-démographiques. C'est ainsi qu'est né le Comité régional chargé des Tendances du planning familial, mentionné plus haut. La dernière Conférence régionale s'est déroulée à Budapest en 1969, sur invitation de Egon Szabady et de ses collègues. C'est après cette date seulement que l'association hongroise a été fondée, comme groupe à orientation scientifique comprenant surtout des démographes et des gynécologues; elle compte aussi le Conseil Hongrois des Femmes comme membre associé (Société scientifique hongroise pour la Protection féminine et familiale).

#### *Irlande*

Michael Solomons a été le premier contact de la région; gynécologue à l'hôpital de Dublin, il a accepté que la Région lui envoie des femmes cherchant désespérément de l'aide à l'époque où elles ne pouvaient obtenir de contraceptifs. James Loughran, pratiquant la médecine générale à Dublin, décida avec Michael Solomons et d'autres de créer une association ayant des services cliniques (Association irlandaise pour le Planning familial),

en dépit des problèmes d'ordre légal. La Région a pu les aider par la fourniture de contraceptifs. L'association a installé peu à peu un service clinique florissant bien que, techniquement, un tel service soit toujours illégal. Elle s'efforce maintenant de faire naître des modifications raisonnables de la loi, avec l'aide d'autres groupes.

#### Italie

Vittoria Olivetti, qui a participé à la conférence de 1957, établit une association au milieu des années 50, avec la coopération d'autres volontaires y compris Giulia Gentili Filippetti. Cette association modifia ses activités quelques années plus tard et cessa d'être membre de l'IPPF. Mais Giulia Filippetti rassembla en une fédération plusieurs groupes indépendants établis dans différentes régions du pays, à savoir *Unione Italiana per l'Educazione Matrimoniale e Prematrimoniale*, qui devint membre de l'IPPF. Maintenant que la loi interdisant la contraception et l'avortement a été changée et que les autorités sanitaires régionales sont responsables de la création de services de planning familial, la Fédération est en train de réviser son rôle et s'efforce surtout de contrôler que les services fournis par le gouvernement sont suffisants. Diplomatie, courage et une conscience précoce de l'importance des sages-femmes et des assistantes sociales, ce sont les attributs qui ont aidé à promouvoir la Fédération, ce qu'une approche plus agressive aurait peut-être gâché.

#### Luxembourg

Au Luxembourg, les relations se sont d'abord établies avec Henri Clees, gynécologue dans la capitale où a été créé le *Mouvement Luxembourgeois pour le Planning Familial et l'Education Sexuelle*. Cette organisation s'est élargie ensuite pour inclure des enseignants, des assistantes sociales et autres personnes concernées. A part le fonctionnement d'un centre dans la capitale, elle s'est surtout consacrée à faire incorporer l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires. Kina Fayot, membre principal de l'association a été Vice-Présidente régionale pendant un certain temps et a contribué à des réunions de l'IPPF, au niveau régional et au niveau central.

#### Pays-Bas

C'est aux Pays-Bas que s'est établi le premier centre de planning familial du monde à la fin du dix-neuvième siècle,

grâce aux efforts de Aletta Jacobs, la première femme médecin du pays. Lorsqu'une association a été formée de nouveau après 1945 (NVSH), elle s'attacha à fournir des services contraceptifs à ses membres et à promouvoir l'éducation sexuelle. Elle se dirigea de plus en plus vers une politique d'éducation et de liberté sexuelles, ce qui amena une scission avec la fondation s'occupant des cliniques, la *Rutgers Stichting*, qui devint alors membre de l'IPPF. Le fait que des représentants de la NVSH font partie du conseil de la Rutgers Stichting assure la liaison des deux associations. L'expérience acquise par l'association néerlandaise lorsque la contraception et l'avortement étaient illégaux a bien servi à d'autres associations qui ont imité ses stratégies.

#### Norvège

Bien que la Norvège ait été représentée à la conférence de 1957, la création de la *Norsk Forening for Familieplanlaegging* n'a eu lieu qu'à une date relativement récente. On prétendait toujours que le service national de la santé offrait des services suffisants. On a finalement reconnu que tel n'était pas le cas et l'association a alors joué un rôle important comme groupe faisant pression dans ce domaine. Elle a utilisé un certain nombre de moyens peu ordinaires tels que l'emploi d'étudiants en médecine pour donner l'éducation sexuelle dans les écoles et elle s'est tenue à l'avant-garde des discussions relatives à la sexualité des personnes handicapées.

#### Pologne

La Pologne a joué un rôle actif dans la Région. Jadwiga Beaupré de Cracovie et Tadeusz Bulski de Varsovie ont participé à la réunion de 1958, à Stockholm. Beaupré avait déjà contacté la Région lorsqu'il se trouvait à Londres grâce à une bourse de l'OMS. Jan Lesinski, Directeur de l'Institut pour la Protection maternelle et infantile de Varsovie à l'époque, assista à la Conférence de 1957. Grâce à leur soutien et leur initiative inépuisables, Bohdan Bednarski, Vice-Ministère de la Santé, et Eugenia Pomerska, Chef du Service de la Protection maternelle et infantile au ministère de la Santé, étaient considérés comme le père et la mère de la *Towarzystwo Planowania Rodziny*, bien que Marcin Kacprzak eut guidé l'association pendant de nombreuses années. Kacprzak, Małgorzata Bulska et Mikołaj

Kozakiewicz, membres successifs du Comité Exécutif régional, ont maintenu la connexion polonaise. La nature variée et vivante de la TPR et l'enthousiasme de ses membres continuent à donner l'exemple de l'indépendance, la vitalité et la fonction essentielle d'une association dans un pays où le planning familial fait partie du service national de santé depuis 25 ans.

#### Portugal

La *Associação para o Planeamento da Família* a été fondée avant la révolution grâce aux efforts de Manuel Neves e Castro surtout et elle est parvenue à survivre dans des circonstances difficiles. Les progrès se sont accélérés après la révolution et ont été facilités tout particulièrement lorsque Albino Aroso, Président actuel de l'association et membre du Comité Exécutif régional, était Ministre de la Santé; c'est à cette époque qu'a été prise la décision d'incorporer le planning familial dans le service de santé. La tâche principale à l'heure actuelle est de mettre en pratique cette décision.

#### Suède

Elise Ottesen-Jensen a été la fondatrice de la RFSU suédoise (1933) ainsi que de l'IPPF. L'association a débuté comme un mouvement populaire s'appuyant sur l'éducation sexuelle. Elle a été l'association principale impliquée dans des ventes commerciales et a subi une perte de contrôle sur sa filiale au cours des dernières années, ce qui a quelque peu terni son image auprès de ses membres et du grand public. Cette association a subi des changements mais elle en est sortie avec des principes de base inchangés; de plus, ses branches régionales ont récemment montré une ardeur renouvelée.

#### Turquie

Les développements ont été différents de ceux du reste de l'Europe en Turquie car le pays a été soumis à des pressions extérieures telles que les autres pays européens n'ont pas connues. Une organisation étrangère de financement a tenté en 1962 d'y introduire un planning/contrôle de la population par l'intermédiaire d'un système qui préconisait la création d'un service distinct du service de protection maternelle et infantile, au ministère de Santé, des salaires spéciaux plus élevés que la normale pour le personnel dans tout le pays et des programmes intensifs d'insertion de DIU. Il y avait peu de

chances que des plans de ce genre fussent fructueux dans un pays qui se souvenait de la décimation de la population par la guerre et qui se trouvait alors sous l'influence de deux grandes puissances et ils ne réussirent pas en effet. La *Türkiye Aile Plânlaması Derneği* avait des liens étroits avec le gouvernement lors de sa création mais elle a réussi, au cours des ans, a modifié ses tactiques pour observer une approche reliée de plus près au planning familial dans le contexte européen.

#### Royaume-Uni

Bien qu'il n'y eût jamais de loi contre la contraception en Grande-Bretagne, les services n'y existaient tout simplement pas. La *Family Planning Association* a formé des centres de services mais elle n'a pas su reconnaître que le bon moment était venu pour encourager l'intégration des services au Service de Santé national (NHS), ce qui peut se comprendre peut-être. C'est pourquoi les services de planning familial ont été traités séparément dans le contexte du NHS. Pourtant, la FPA a finalement subi un changement majeur en 1974/5 lorsque le nombre des cliniques est tombé de mille à neuf. Elle s'occupe surtout d'éducation à l'heure actuelle, avec la coopération du Conseil d'Education sanitaire. L'une de ses principales réussites a été les activités de formation qu'elle a organisées pendant plus de 25 ans et sur lesquelles reposent la formation incorporée maintenant dans le NHS; elles ont aussi profité à du personnel de santé dans le monde entier.

La FPA a adopté une attitude quelque peu différente de celle des autres pays européens envers l'IPPF et le planning familial, ce qui est vrai dans de nombreux autres domaines aussi. Elle a été la seule association européenne à prendre une position néo-malthusienne ouverte, à cause de contacts minimaux avec le reste de l'Europe sans doute. Certains britanniques ont eu une influence sur l'IPPF au niveau international sans même être reliés directement à la FPA dans certains cas. Parmi les personnes rattachées à la FPA qui ont joué et jouent toujours un rôle actif sur le plan régional se trouvent Helena Wright, Margaret Pyke, Margaret Jackson et Denys Fairweather, déjà mentionné, ainsi que Betty Tewson qui, à titre de Trésorière régionale, a non seulement soutenu les intérêts de la Région mais s'est efforcée aussi d'en éclaircir les lignes de conduite au sein même de la FPA et de rapprocher

cette dernière des autres pays européens – politique que poursuit maintenant Alastair Service.

#### Yougoslavie

Ce sont les voyages effectués en Europe par Abraham Stone, américain mais russe de naissance, pour y nouer des contacts dans un certain nombre de pays au milieu des années 50 qui entraînent la présence de plusieurs délégués yougoslaves à la Conférence de 1957. Le Conseil Yougoslave de Planning familial est une fédération des organisations des six républiques et deux provinces autonomes du pays et c'est largement grâce aux efforts du Conseil que le droit de l'individu à la liberté de choix en ce qui concerne l'ampleur de sa famille fait maintenant partie de la constitution yougoslave. Fran Novak et Lidija Andolsek de Ljubljana ont participé activement aux travaux de la Région, y compris le projet de formation. Par l'intermédiaire de son ancienne présidente Vida Tomsic, de sa présidente actuelle, Nevenka Petric, et d'autres délégués au Conseil régional, le Conseil Yougoslave a observé d'un oeil vigilant les développements de l'IPPF et il a adopté une attitude responsable vis-à-vis de ses engagements à titre de membre de la Région.

#### Les pays non membres

On est entré en relation aussi avec des groupes de la plupart des neuf pays non membres, à l'exception de l'Albanie.

Les contacts avec la *Tchécoslovaquie* existent depuis longtemps mais la création d'un comité de planning familial n'a eu lieu que récemment grâce à la participation active de Jiri Srácek et Vladimir Wynnyczuk, amis de la Région depuis les années 60. La Tchécoslovaquie a prouvé que la disponibilité des services de planning familial peut marcher de pair avec des mesures de politique démographique qui encouragent la hausse du taux de natalité.

En *Grèce*, la Région est d'abord entrée en contact avec Maro Kanavarioti et John Danezis en 1963, date à laquelle on espérait voir s'établir une association. Mais diverses personnes influentes craignaient que la contraception entraîne une baisse encore plus forte du taux de natalité. Il y existe maintenant deux associations qui ont déclaré leur intention de travailler en collaboration. Un comité formé par l'état pour étudier les questions démographiques a recommandé la création de services de

planning familial tout en reconnaissant le faible taux de natalité du pays.

A un moment donné, la Région fournissait des contraceptifs à l'Institut Social d'Islande et elle avait noué certains liens avec le ministère de la Santé et des professeurs d'obstétrique et de gynécologie successifs à Reykjavik bien qu'il n'y existât toujours pas d'association.

Des visites à *Malte* et de la correspondance échangée avec ce pays ainsi que la participation de ses délégués aux réunions du Conseil régional semblaient indiquer la création prochaine d'une association mais les plans dans ce sens ont malheureusement été abandonnés pour le moment.

On espérait que des visites en *Roumanie*, sa participation au projet de formation régional et ses contacts avec l'association polonaise allait mener à une coopération plus étroite avec ce pays mais l'attitude du gouvernement, contraire à celle de tous les autres pays européens de nos jours, a penché vers une restriction de l'emploi de la contraception et de l'avortement pour tenter d'élever le taux de natalité.

La Région a beaucoup de contacts avec l'Espagne depuis le milieu des années 60, parce que du personnel de santé espagnol participe au projet de formation régional. Depuis la fin du régime de Franco, des groupes de tout le pays se sont joints à ceux qui avaient poursuivi des activités en dépit des restrictions. Ils ont organisé des réunions pour rechercher une coopération plus poussée afin de créer, éventuellement, une fédération d'associations régionales susceptible d'entrer dans l'IPPF.

Le service de santé du Canton de Vaud, en Suisse, a été membre affilié de l'IPPF pendant un certain temps, à la suite de la collaboration de René Burnet, chef du Service de Santé du Canton de Vaud. On a ensuite espéré qu'une fédération nationale des groupes des différents cantons devienne membre de l'IPPF; malheureusement les divers groupes n'ont pu se mettre d'accord et la Suisse, gardant sa position traditionnelle à l'égard des organisations internationales, n'est pas devenue membre. Le Canton de Vaud a été le premier à créer de tels services à l'hôpital universitaire de Lausanne et ailleurs dans le Canton mais ces services existent maintenant dans d'autres hôpitaux universitaires et, de façon plus générale, dans tout le pays.

Des délégués de l'URSS ont participé à la conférence de 1962, à Varsovie. Des

contacts plus récents avec les associations de la RDA, la Pologne et la Yougoslavie ont entraîné une opinion plus favorable des bénéficiaires apportés par le planning familial et des rencontres ont eu lieu à certaines occasions au cours des ans, lors des réunions de l'OMS Europe par exemple.

#### Influences personnelles

La Constitution de l'IPPF Europe a toujours déclaré que les représentants des associations au Conseil Régional devaient être élus parmi les membres du Conseil de l'association. Ainsi, les personnalités les plus importantes de Conseil Régional et du Comité Exécutif Régional ont pu faire profiter la Région de leurs expériences professionnelles, leur connaissance des problèmes de planning familial et les idées de leurs associations. Les autres pays de la Région en ont profité aussi. Quant à moi, j'ai trouvé que l'expérience gagnée en travaillant comme volontaire dans un centre de la FPA pendant quelques années a été inestimable.

Chaque Président régional a joué un rôle bien particulier dans l'évolution de la Région. Elise Ottesen-Jensen en a été Présidente depuis sa création jusqu'en 1957 mais elle a participé à des réunions et influencé d'autres personnes bien longtemps après. Ses idées et ses principes ont été conservés dans la Région et sont réfléchis le mieux dans les objectifs décidés lors de la Conférence de 1946.

Conrad Vand Emde Boas (Pays-Bas) (psychiatre concerné par la réforme sexuelle et les relations humaines) est devenu Président régional de 1957 à 1964. L'expérience qu'il avait gagnée avec la NVSH a aidé à la création des associations française et belge. Il a poussé à l'élimination du néo-malthusianisme de l'IPPF, surtout lorsque furent proposés des changements de la constitution de l'IPPF en 1963. Pendant les premiers stades de la formation de l'association française, il s'est entretenu avec des médecins français qui avaient exprimé leur intérêt envers le mouvement et il a suggéré qu'en se regroupant, ils pouvaient influencer le reste de la profession médicale vers une attitude plus ouverte en matière de questions sexuelles. Il a décrit une étude entreprise aux Pays-Bas et concernant des couples prêts à combiner la période inféconde à l'usage d'un diaphragme ou d'un condom pendant les jours féconds — expérience que l'on pourrait très bien

reproduire à l'heure actuelle où la promotion de la pilule est en baisse.

Agnete Braestrup (Danemark), Présidente régionale de 1964 à 69, a partagé son expérience de pédiatre chargée de l'éducation sexuelle, et de médecin scolaire avec d'autres pays. Elle a pris part à la première visite régionale au Liban en 1969 et s'est adressée à un groupe d'élèves rassemblés par Tewfik Osseiran, l'un des fondateurs de l'association libanaise. Elle a participé aussi à la première visite régionale en Turquie en 1963 où elle a rencontré ceux qui allaient fonder plus tard l'association turque. Elle a joué un rôle actif dans le développement des relations avec l'Autriche, la République Fédérale d'Allemagne et la Norvège. Tout en adoptant une attitude libérale envers l'avortement, elle a néanmoins insisté sur le fait que des services de contraception corrects et suffisants devaient être fournis pour réduire le recours aux avortements. Agnete Braestrup a poussé à une distribution géographique plus équitable des principaux membres honoraires de l'IPPF, au niveau central, et elle s'est efforcée de résister à la diminution de l'influence des volontaires.

Thorsten Sjövall, psychiatre et ami de longue date de Elise Ottesen-Jensen, a été Président régional de 1969 à 1974. Il a toujours insisté surtout sur le droit à la liberté de choix des individus et sur les aspects psychologiques du planning familial — sur ce que voulaient les gens et non pas l'état. Thorsten Sjövall a répandu ses idées dans le Conseil régional et au niveau central de l'IPPF et lors de ses voyages dans toute l'Europe. Il a préconisé l'autonomie des associations et des régions, en insistant de façon répétée pour que les opinions européennes soient mieux prises en compte et discutées plus ouvertement au niveau central de l'IPPF.

Denys Fairweather (Grande-Bretagne), Président régional depuis 1974, occupe une position unique, en sa qualité de professeur d'obstétrique et de gynécologie, pour appuyer l'idée que le personnel de santé travaille en équipe, afin d'incorporer le planning familial dans leurs activités. Il a insisté sur le fait que les comités "médicaux" ne devaient pas se limiter étroitement à des membres de la profession médicale. Il a cherché à réaffirmer, tant au niveau régional que global, l'influence du volontaire dans l'IPPF. Lorsqu'il était président du Comité central de Direction et d'Administration, il a cherché à

démontrer que le fait de disposer de fonds de plus en plus importants n'était pas nécessairement une bonne chose pour la Fédération dans son ensemble, ni même pour les associations membres. L'indépendance, affirme-t-il, est plus susceptible d'encourager l'initiative.

Outre les Présidents régionaux, d'autres membres du Comité Exécutif Régional et du Conseil Régional ont mis leur temps et leur savoir au service de la Région et, en fait, à celui de l'IPPF centralement. Helena Wright (Grande-Bretagne) a apporté une contribution inestimable à la Région et à de nombreux pays à l'extérieur de celle-ci, par son instruction du personnel de santé. Jürgen Heinrichs (République Fédérale d'Allemagne), Vice-Président régional actuel, s'est efforcé d'exercer sa responsabilité au Comité Central chargé des Finances tout en encourageant ses collègues membres à faire de même, il a remis en cause des théories apparemment acceptées et il a résisté aux pressions exercées par les gouvernements donneurs, tout cela en dépit d'obstacles bureaucratiques. Il a finalement réussi à faire discuter une proposition selon laquelle l'IPPF devait avoir une Assemblée des Membres et une réunion annuelle du Conseil Central, bien que ses propositions originales eussent été amendées avant d'être passées. Cette proposition concernant une Assemblée des Membres avait été suggéré à diverses occasions déjà, par Thorsten Sjövall notamment.

Mikołaj Kozakiewicz, sociologue de l'Académie des Sciences de Varsovie, a joué un rôle très important aussi dans la Région, en promouvant une conscience plus large de l'éducation sexuelle en termes d'éducation à la vie de famille. A titre de Président du Groupe de Travail chargé des Sciences sociales de l'IPPF, il a cherché à faire accepter que le planning familial fut traité dans le contexte socio-culturel de chaque pays.

Jørgen Hornemans, prêtre et journaliste danois, a contribué largement à la distribution des informations en Europe et au *Bulletin d'Information Régional*. Il a tenté de mettre de l'ordre dans le système des communications et publications de l'IPPF central, pour y éliminer la bureaucratie et la propagande et les remplacer par des informations plus étendues; tout en réaffirmant le rôle des volontaires dans ce domaine d'activités.

D'autres encore ont joué des rôles

importants et certains sont mentionnés ailleurs dans cet article.

#### Personnel régional

A l'origine, le personnel du Bureau régional comprenait une personne à temps partiel mais il allait compter quelque 25 personnes dont 6 s'occupaient de l'envoi des contraceptifs, et 2 de l'administration du projet de formation régional. A mesure que ces activités ont disparu, le personnel est tombé jusqu'au niveau actuel de 8 personnes dont 4 travaillent à temps partiel.

Au cours des 10 premières années, on était surtout en contact avec des individus de divers pays, par correspondance, grâce à des visites dans les pays en question et celles des personnes intéressées au Bureau régional. A mesure que les associations étaient mieux établies, on correspondait avec le bureau national de chaque association et on élargissait les relations avec le Comité Exécutif régional et le Conseil régional (au début, on se concentrait sur le Président régional seulement). Ceci n'était pas uniquement une évolution naturelle mais aussi le résultat d'une tentative délibérée, faite par le personnel régional, pour que davantage de volontaires assument des responsabilités au niveau régional.

#### Quel est l'avenir?

J'ai commencé par décrire les changements qui se sont produits entre 1946 et 1952, date de la création officielle de l'IPPF. On ne peut évaluer la position actuelle de l'Europe dans l'IPPF que dans le contexte d'un bref résumé des développements qui ont eu lieu après 1952.

En 1957, le Conseil d'Administration de l'IPPF s'est rassemblé à Berlin Ouest, à l'époque de la première Conférence Régionale. A cette occasion, Abraham Stone a lu au Conseil une lettre envoyée par Vida Tomsic, expliquant que les pays socialistes d'Europe ne pouvaient entrer dans l'IPPF tant que la Constitution de celle-ci se fondait sur une théorie néo-malthusienne. Le Conseil n'a pas donné suite à cette lettre.

Lorsque je me suis rendue à Ljubljana pour la première fois en 1962, Vida Tomsic m'a remis une copie de la lettre en question que j'ai alors portée à l'attention du Comité Exécutif pour la Région de l'Europe, du Proche-Orient et de l'Afrique. A la suite de cette démarche, les représentants de la Région

ont proposé un amendement à la Constitution de l'IPPF, lors de la réunion de 1963 du Conseil d'Administration. Ce dernier a accepté de mettre le planning familial en tant que droit de l'homme en première position au lieu de troisième, d'éliminer la déclaration néo-malthusienne et de corriger une déclaration relative à l'équilibre entre les ressources mondiales et la population. Toutefois, ces changements n'ont pas été réfléchis ensuite par les activités ou les publications centrales de l'IPPF, ce qui a entraîné de nombreux malentendus sur le sens du planning familial, qui ne se seraient peut-être pas produits sans cela.

C'est ainsi qu'à Genève, lors de l'Assemblée de l'OMS en 1966, une résolution visant à inclure le planning familial dans les activités de l'OMS et proposée par la Norvège et la Suède avec le soutien de la délégation britannique, entre autres, s'appuyait sur une base de contrôle démographique. Frances Dennis (Directrice du Service d'Information du Bureau Central de l'IPPF) et moi-même nous sommes entretenues avec Karl Evang, le délégué norvégien, et Malcolm Tottie, le délégué suédois, et les délégués britanniques. Nous avons signalé qu'en éliminant de la résolution la phrase concernant le contrôle démographique par l'intermédiaire du planning familial dans les pays 'en voie de développement' et en appuyant alors la résolution sur la protection maternelle et infantile et la nécessité de promouvoir la contraception pour réduire l'incidence des avortements illégaux, on pouvait supprimer l'opposition évidente parmi les délégués des pays 'en voie de développement' et d'ailleurs, tout en servant davantage les objectifs de l'OMS. La résolution a donc été amendée dans ce sens et a été acceptée par l'Assemblée.

Pourquoi l'IPPF a-t-elle continué à intensifier sa propagande de contrôle démographique au niveau central? La raison doit être que cela permettait d'obtenir de l'argent tant des individus et grosses compagnies que des gouvernements et que les personnes ayant de l'influence dans l'IPPF étaient persuadés qu'en donnant de fortes sommes d'argent aux associations des pays 'en voie de développement', on pouvait ainsi réduire les taux de natalité. A l'instar de ceux qui avaient influencé les développements de 1946 et 1952, ces gens-là n'étaient pas venus à l'IPPF par l'intermédiaire de leurs associations nationales.

L'argent et les contraceptifs que l'IPPF reçoit des gouvernements d'Europe, d'Amérique du Nord et d'ailleurs sont donnés par les ministères des Affaires Etrangères de ces pays et sont bien entendu une illustration des politiques étrangères des gouvernements donateurs. Les politiciens élaborent leurs politiques étrangères en cherchant à ce qu'elles avantagent leurs propres pays. Les gouvernements des pays receveurs ne sont pas naïfs au point de ne pas s'en rendre compte. Ils soupçonnent donc les motifs des donateurs et, par là même, ceux du planning familial, ou bien ils acceptent l'argent offert car ils ont besoin de devises étrangères sans faciliter nécessairement le planning familial. Ces faits ont été énoncés clairement lors de la Conférence Mondiale de la Population en 1974, à la suite de quoi certains donateurs ont, à mon avis, décidé de "se faire oublier" à cet égard.

Quelques individus et associations des pays 'en voie de développement' croient que les associations européennes sont égoïstes et font preuve d'un manque d'intérêt envers les problèmes des autres pays, en critiquant le fait que l'IPPF s'est transformée en une agence chargée de distribuer des fonds. Il s'agit d'un malentendu. Je suis sûre que les associations européennes désirent que toutes les mesures possibles sont prises pour améliorer les niveaux de vie dans les pays 'en voie de développement' mais je doute fort qu'on y parvienne en forçant l'IPPF à promouvoir le contrôle de la population. Les questions démographiques soulèvent des réactions politiques à l'échelon national et international, susceptibles d'avoir priorité sur les libertés individuelles.

A mon avis, les deux attitudes que peut prendre l'IPPF sont contradictoires: elle ne peut être une fédération d'associations nationales autonomes groupées par régions, se préoccupant du droit individuel à l'information sexuelle, à l'éducation aux relations humaines et au planning familial et, en même temps, une agence distributrice de fonds au nom de gouvernements donateurs des pays plus riches, soucieuse de contrôler la population dans les pays 'en voie de développement'. Le souci des droits individuels doit signifier le regroupement au sein d'une association, des personnes et groupes déterminés à sauvegarder et à promouvoir les intérêts des gens, en donnant contrôle à des personnes élues.

Joan Rettie, Londres

## L'IPPF ne fait plus d'essais

L'Essai Agréé par l'IPPF sur le Pouvoir Spermicide Total (1965) évalue l'efficacité *spermicide* des produits spermicides dans des conditions de laboratoire: et non pas leur efficacité *contraceptive* en pratique. L'Essai Agréé par l'IPPF déclare essentiellement que 1 gramme du produit dilué douze fois dans une solution saline physiologique (0,9% NaCl) à la température du corps environ (35-37°C) va détruire tous les spermatozoïdes qui se trouvent dans 2½ ml de sperme humain fécond (volume typique d'une éjaculation), en 40 secondes. (En laissant un diaphragme recouvert de spermicide dans le vagin pendant six heures après la dernière éjaculation, on a alors une marge de sécurité multipliée par 500!)

L'Essai Agréé par l'IPPF a remplacé l'Essai Baker, décrit à l'origine dans le manuel classique de John Baker (1935): *The Chemical Control of Contraception*, et la méthode Sander-Cramer, préférée aux Etats-Unis. Dans le *Journal of Reproduction and Fertility* (1962), W N Harris a décrit ce qu'il appelle "le nouvel essai IPPF, qui est devenu l'Essai Agréé par l'IPPF sur le Pouvoir Spermicide Total (1965), à la suite de discussions prolongées parmi les membres du sous-comité chargé de l'évaluation du Comité Médical de l'IPPF (et plus tard son sous-comité chargé des Spermicides Chimiques).

Malgré son titre, cet Essai agréé par l'IPPF n'a jamais été officiellement reconnu par le Comité Médical de l'IPPF (qui est devenu par la suite le Comité Médical Central), ni par aucun autre organisme de l'IPPF à représentation régionale. L'Essai de l'IPPF n'a pas été réimprimé depuis 1967, date à laquelle il est apparu dans le *Manuel Médical* de l'IPPF.

Depuis 1960 environ, l'IPPF a maintenu une unité d'essais spermicides qui, à la demande des fabricants (européens surtout), a soumis des produits à l'Essai Agréé de l'IPPF. Le nombre annuel des rapports d'essai a atteint une apogée de 117 en 1972 et a beaucoup baissé depuis. En Janvier 1975, le Bureau Régional de l'Europe s'est chargé de l'entière responsabilité administrative relative aux essais de spermicides effectués par l'IPPF. On a nettement indiqué que ces rapports d'essais

spermicides n'étaient *pas* des certificats d'approbation et ne devaient *pas* être employés pour faire la promotion de produits commerciaux.

Cependant, certains fabricants ont mentionné les résultats satisfaisants de ces essais sur leurs paquets et/ou dans leur publicité, en suggérant que l'IPPF les avait approuvés. Dès mars 1976, le Comité Exécutif Médical de la Région se rendait compte que l'IPPF devait soit interdire toute mention commerciale de son nom ou établir une phrase normalisée comme, par exemple, "a réussi l'essai de l'IPPF sur l'efficacité des spermicides".

En juin 1976, le Comité Médical de la Région de l'Europe a accepté de recommander cette phrase afin d'éclaircir le fait que ces spermicides n'étaient *pas* approuvés par l'IPPF et que cette dernière n'avait éprouvé que leur efficacité *spermicide*. (En juin 1976 également, le *Répertoire des Contraceptifs*, révisé, publiait une liste des résultats des essais spermicides de l'IPPF, de 1971 à 1975.)

En mars 1977, le Comité Médical Central a remarqué que la seule solution alternative à la phrase normalisée consistait à interdire toute mention de l'IPPF dans un contexte commercial et à renvoyer la question au Comité de Gestion et d'Administration (remplacé depuis par le Comité Exécutif Central). Ce dernier a *passé la résolution* suivant laquelle "il fallait demander l'opinion d'un avoué du Royaume-Uni pour savoir si l'emploi des mots 'Ce produit réussit l'essai de l'IPPF sur l'efficacité des spermicides', par les fabricants, pouvaient avoir des conséquences légales pour l'IPPF".

Suite aux conseils donnés par un avoué de l'IPPF, le Comité de Gestion et d'Administration (novembre 1977) a *passé la résolution* suivante: "l'IPPF ne permettra pas que son nom soit utilisé en aucune façon comme recommandation ou endossement d'un produit contraceptif quelconque ou n'apparaisse dans la publicité de produits contraceptifs et elle éliminera son nom du soit-disant 'Essai Agréé par l'IPPF sur le Pouvoir Spermicide Total (1965)"; le Comité a déclaré *de plus* "que le Comité Médical Central doit étudier la question de savoir si l'IPPF

devait continuer à éprouver les produits spermicides et en faire un rapport au Comité Exécutif".

En février 1978, le Comité Exécutif Médical de la Région a proposé que le Comité Médical Central *appuie* l'interdiction d'emploi du nom de l'IPPF dans la promotion de contraceptifs, *étudie à nouveau* l'élimination du nom de l'IPPF de l'Essai Agréé par l'IPPF et *recommande* de poursuivre les essais spermicides de l'IPPF, à condition que les fabricants s'engagent à ne pas mentionner l'IPPF dans la promotion de leurs spermicides. Depuis novembre 1977, le Bureau régional a déjà imposé comme condition des essais spermicides de l'IPPF que les fabricants s'engagent par écrit à ne pas se servir des résultats pour lancer leurs produits, tant sur le paquet que dans la publicité, et de ne même pas mentionner l'IPPF dans les deux cas.

En avril 1978, le Comité Médical Central a décidé que les essais spermicides par l'IPPF devaient être poursuivis et qu'ils ne comportaient pas de risques de litige importants mais que la Commission de l'IPPF traitant de la Loi et le Planning Familial devait en discuter les implications légales, sur le plan mondial. Il a recommandé aussi d'améliorer l'Essai Agréé par l'IPPF et de demander à l'Organisation internationale de Normalisation de créer une norme internationale pour les spermicides. (On a critiqué le fait que l'Essai de l'IPPF concerne un poids fixe, soit 1 gramme de spermicide, alors qu'une dose vaginale peut aller de 0,2 à 2 grammes.) La Commission traitant de la Loi et le Planning Familial et le Comité Médical Central ont recommandé ensemble de demander l'opinion de la profession légale en Angleterre en matière de responsabilité.

Les avoués ont suggéré que les essais spermicides de l'IPPF ne comportaient pas de risques sur le plan légal. Toutefois, comme l'indique le procès-verbal de la réunion du Comité Exécutif Central en novembre 1978, "on ne peut éviter entièrement des revendications soit des fabricants soit des consommateurs qui ont fait confiance à un spermicide ayant passé l'essai de l'IPPF" et "le consommateur peut interpréter, de façon erronée, que ces

# Obstacles à la Contraception

essais représentent une approbation donnée par l'IPPF". C'est pourquoi le Comité Exécutif Central a recommandé que "les essais se servant de 'l'Essai Agréé par l'IPPF sur le Pouvoir Spermicide Total (1965)', entrepris par la Région de l'Europe au nom de l'IPPF, soient abandonnés", ce que le Conseil Central a décidé par la suite.

C'est ainsi qu'en Décembre 1978, l'Unité de l'IPPF chargé des Essais spermicides a fait subir l'Essai Agréé par l'IPPF sur le Pouvoir Spermicide Total (1965) à son dernier produit et a rédigé son dernier rapport à ce sujet (numéro S 78/32). Depuis, aucun produit n'a été accepté par l'IPPF pour subir ces essais et nul ne le sera plus.

## Commentaires

Lors de l'étude des arguments présentés pour arrêter les essais spermicides effectués par l'IPPF on peut noter qu'en dépit du fait que les revendications légales à la suite d'avoir fait confiance à un spermicide ayant réussi le test de l'IPPF sont prétendues inévitables, il semble remarquable qu'aucune revendication de ce genre n'ait jamais été faite, après plus de 15 ans d'essais et 1200 rapports! De plus, on n'a pu obtenir des fabricants que depuis un an à peu près l'engagement de ne pas mentionner l'IPPF dans leur promotion, en condition des essais spermicides de l'IPPF.

Le fait que l'IPPF ne fait plus d'essais n'empêche pas bien entendu qu'un spermicide remplisse les conditions — tant réelles qu'en puissance — de l'Essai Agréé par l'IPPF sur le Pouvoir Spermicide Total (1965), procédure et titre établis depuis plus de 15 ans (sans enregistrement des droits d'auteur toutefois). N'importe quel laboratoire peut effectuer cet Essai. D'ailleurs, puisque l'IPPF n'éprouve plus les spermicides, elle ne pourra plus insister sur un engagement écrit de ne pas mentionner son nom dans un contexte commercial. Le protocole d'essai avait été conçu sous les auspices de l'IPPF et n'a pas d'autre nom. Ainsi, la seule chose possible maintenant est peut-être de l'appeler l'ancien Essai Agréé par l'IPPF sur le Pouvoir Spermicide Total (1965).

Philip Kestelman  
Secrétaire Médical

Lykke Aresin (RDA) a présidé la réunion d'un groupe de travail sous-régional, en langue anglaise, qui va discuter des 'Obstacles à la contraception', dans le Bureau régional les 6 et 7 mars 1979. (Albino Aroso va présider un groupe de travail sous-régional, en langue française, qui va discuter des 'Obstacles aux activités des APF' à Lisbonne, du 20 au 22 avril 1979). En contemplant l'étendue immense du sujet à l'étude, le groupe de travail anglophone a éprouvé certaines difficultés à se concentrer sur un aspect particulier.

Finalement, on a décidé de traiter les méthodes d'approche des adolescents en faisant référence surtout à la brochure récente de l'IPPF intitulée *Adolescent Sex*. Les adolescents ne forment pas un groupe homogène même au sein de chaque gamme d'âge selon laquelle l'éducation sexuelle dans les écoles est répartie inévitablement. Les attitudes des parents, la maturité émotive et l'expérience sexuelle varient énormément entre des individus du même âge.

Le groupe de travail a remarqué que l'on acceptait à l'échelon universel l'enseignement de l'éducation sexuelle par les parents. De plus, les parents forment un groupe plus homogène que leurs enfants adolescents. On a donc suggéré de donner aux parents des informations relativement non différenciées, lesquels les transmettraient ensuite à leurs enfants de manière individualisée, en tenant compte des sensibilités différentes. On ne peut approcher tous les parents de cette façon mais leurs enfants pourraient très bien absorber des informations sûres à partir de quelques membres bien informés de leurs semblables.

Un problème fondamental est l'hypothèse que font les parents, à savoir qu'il faut décourager entièrement les adolescents d'avoir des relations sexuelles ou bien s'assurer qu'ils sont bien protégés contre une grossesse s'ils en ont. Il existe une attitude sous-jacente selon laquelle la seule sexualité valable, vraiment 'mûre', comprend inévitablement des actes sexuels alors que les techniques de jouissance sexuelle sans rapport (toucher très intime p. ex.) peuvent être obtenues de manière très satisfaisante une fois que la question (p. ex. tabou sur la masturbation) est posée. Un

problème purement sémantique est l'emploi familier du terme 'sexe' pour indiquer non pas la sexualité en général mais les rapports sexuels en particulier; un peu comme si les autres modes d'expression sexuelle n'avaient qu'une importance secondaire.

On a prévenu aussi le groupe de travail de ne pas s'opposer à tous les obstacles à la contraception, sans discrimination. Il existe en effet des obstacles rationnels (des contre-indications médicales à certaines méthodes p. ex. ou leurs réactions secondaires sérieuses); on peut aussi promouvoir la contraception sans réserve pour des raisons ultérieures (néo-malthusianisme p. ex.). Mais il faut s'opposer sans compromis aux obstacles répréhensibles (trompeurs p. ex.) à la contraception *volontaire*.

Il faut dénoncer les attitudes industrielles profiteuses dans l'intérêt des consommateurs, que ce soit en matière de prix ou de qualité des contraceptifs ou encore de revendications non justifiées concernant leur efficacité ou innocuité. D'un autre côté, la relation symbiotique entre les agences cherchant des bénéficiaires (les fabricants et leurs actionnaires p. ex.) et les institutions sans but lucratif (comme l'IPPF et ses associations membres) empêche à l'occasion les critiques mutuelles. Les personnels sanitaires sont surtout vulnérables aux flatteries des entreprises commerciales.

Finalement, on a attiré l'attention sur le Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en matière de Reproduction humaine de l'Organisation Mondiale de la Santé et surtout à son groupe spécial sur la Recherche Psychosociale dans le Planning Familial qui avait insisté à l'origine sur l'acceptabilité de méthodes spécifiques pour la régulation de la fécondité. On envisage de présenter le rapport entier du groupe de travail sous-régional au Conseil Régional, lors de la réunion de Mai 1979 à Cavtat/Dubrovnik, en Yougoslavie.

ISSN 0303-2703

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

