

● Vol 10 No 1 Avril 1981

Dans ce numéro

LA SEXUALITE ET LES HANDICAPES

- o En Norvège, en Suède et au Royaume-Uni

- o Belgique : L'avortement
- o Islande : Régulation de la fécondité
- o Irlande : Le planning familial et la loi
- o Pays-Bas : Un siècle de planning familial organisé
- o Pologne : Un pas en arrière
- o Royaume-Uni : Séminaire d'information sur le planning familial
- o Yougoslavie : Collaboration entre l'APF et le FNUAP

- o Les migrants et le planning familial
- o Publications

Publié deux fois par an par la Région de l'Europe de l'IPPF, ce bulletin peut être obtenu gratuitement sur demande à l'IPPF Europe Region, 18-20 Lower Regent Street, London SW1Y 4PW.

EN NORVEGE

Au cours des 4-5 dernières années, la Norsk Forening for Familienplanlegging (NFF), association norvégienne pour le planning familial, a organisé des cours sur la vie des personnes handicapées. L'idée en avait été élaborée lors d'un séminaire organisé par la Région de l'Europe de l'IPPF, en mars 1976. L'Association Norvégienne pour les Personnes Handicapées participe à l'organisation de ces cours qui sont financés par les autorités gouvernementales.

Parler franchement des questions sexuelles n'a jamais été une pratique bien acceptée en Norvège. Quand bien même on puisse maintenant y obtenir des contraceptifs sans difficulté, peu de temps auparavant on ne pouvait s'en procurer que par correspondance ou dans des distributeurs automatiques. Maintenant, on en trouve dans les supermarchés et dans les stations d'essence mais pas encore dans toutes les pharmacies.

L'éducation sexuelle et à la vie de famille fait partie des programmes scolaires mais, en pratique, c'est à l'enseignant de décider s'il va s'en charger ou non. Cette décision dépend aussi des connaissances en la matière que possède l'enseignant et de son attitude envers la sexualité. Il arrive très fréquemment que les enseignants laissent tomber le sujet, persuadés que les parents s'en occuperont, tandis que les parents espèrent que leurs enfants apprendront le nécessaire à l'école. Néanmoins, des débats récents ont créé une attitude plus ouverte envers les connaissances de contraception.

Bien qu'il soit beaucoup plus facile actuellement de parler de la sexualité et de la contraception, l'idée générale est encore que les handicapés ne peuvent avoir de vie sexuelle. Cette idée est particulièrement répandue dans les institutions pour les personnes handicapées, où l'on ne parle tout simplement pas des sentiments sexuels.

Cette ignorance est confirmée par des préjugés renforcés, à leur tour, par l'idéal moderne du 'corps parfait'. Beaucoup de gens refusent d'accepter que les handicapés, tant physiquement que mentalement, puissent avoir les mêmes exigences sexuelles que les gens 'ordinaires', et c'est là une attitude que l'on rencontre dans les institutions et ailleurs et qu'assume aussi le personnel sanitaire.

Quelques jeunes handicapés qui avaient passé de nombreuses années dans une institution de la banlieue d'Oslo ont formé une branche locale de l'Association pour les Personnes Handicapées et on collaboré à l'organisation du premier cours sur la Sexualité et les Handicapés, en janvier 1977.

Des invitations ont été envoyées à toutes les personnes physiquement handicapées - celles des institutions et les autres - et au personnel sanitaire des institutions et des bureaux-conseils. Les participants, consistant surtout en personnes handicapées qui ne vivaient pas en institutions, y sont venus en grand nombre. Le Bureau national de la

Santé s'est chargé des frais de la réunion et y a envoyé deux représentants. Le cours a duré deux jours et a couvert certains aspects de la sociologie sexuelle, de la reproduction biologique et de la contraception; des sessions spéciales ont été consacrées aux problèmes spéciaux des handicapés, comme par exemple comment se libérer des modèles de moralité bien ancrés, ainsi que les attitudes du personnel des institutions envers la sexualité.

Lors des discussions qui ont eu lieu à la fin de la réunion, les handicapés ont nettement indiqué d'une part avoir trouvé le cours très utile et d'autre part, y souhaiter à l'avenir la participation de parents d'enfants handicapés, de personnes mentalement handicapées et de personnel sanitaire et social. Les mass media se sont beaucoup intéressés à cet événement et la radio a diffusé une entrevue avec l'un des animateurs et une conversation avec l'un des participants, entre autres.

La NFF a décidé de poursuivre cette activité et a nommé trois membres de son Conseil pour s'y consacrer. Depuis 1978, deux d'entre eux font partie d'un groupe comprenant sept personnes responsables d'élaborer, d'organiser et d'évaluer ces cours. 7 à 9 cours ont eu lieu chaque année et 12 sont prévus en 1981 dont six, d'une journée seulement, vont se dérouler dans des institutions mêmes. On prévoit en plus des cours plus poussés pour ceux qui ont déjà assisté à un cours préliminaire et qui ont besoin de discuter de certains problèmes en petits groupes. Finalement, des séminaires sont envisagés dans différentes régions, dans le but de former des animateurs et autres personnes-clés à organiser eux-mêmes ces sessions, dans leurs districts.

Les programmes ont été modifiés depuis 1977, d'une part pour adapter à chaque situation locale la mesure dans laquelle il fallait traiter les questions à controverse, d'autre part parce que les programmes dépendent du genre des participants. Par exemple en 1980, de nombreuses réunions ont couvert les questions éthiques et les attitudes envers la sexualité ainsi que les remèdes techniques. D'autres ont parlé des préjugés envers les handicapés et la sexualité, de la base de ces mythes et de la manière dont on pouvait les modifier, positivement. Il y a toujours eu trois catégories de participants, à savoir des handicapés, du personnel sanitaire/social et des parents d'enfants handicapés. Les proportions ont varié selon les besoins et les conditions régionales mais, en général, les trois catégories y étaient représentées. Certaines sessions ont concerné exclusivement les parents et d'autres le personnel sanitaire.

Les parents ont nettement exprimé leur intérêt; en effet, ils ont grand besoin de comprendre leurs enfants et d'obtenir des connaissances concrètes dans le domaine de la sexualité. Le personnel sanitaire a montré moins d'enthousiasme, donnant comme excuse la difficulté de participer aux sessions de weekend (à cause de leurs familles par exemple).

Nous avons découvert que les participants ont bien souvent des difficultés à parler de la sexualité en public et pensent par conséquent que c'est un sujet difficile à traiter dans les institutions. A la fin des réunions, certains ont spontanément reconnu qu'elles avaient été très utiles, pour modifier leurs attitudes en particulier, et ont souhaité que des activités plus nombreuses et plus poussées aient lieu en groupes. Les sujets relatifs à la sexualité sont inclus dans les programmes de formation du personnel médical et sanitaire depuis les dernières années mais pas dans tous les collèges de formation, systématiquement.

Nous avons été très impressionnés, par ailleurs, par les personnes handicapées, surtout les jeunes qui vivent indépendamment. Ils ont poursuivi de nombreuses façons les activités des réunions, en devenant conférenciers ou animateurs de groupes ou encore 'thérapeutes' pendant des discussions. Nous sommes persuadés que ces cours sont très utiles, aussi bien pour les individus que les institutions, et qu'ils servent aussi à modifier les attitudes générales envers la sexualité et les personnes handicapées.

*Kari Kromann
Service de Médecine Sociale,
Rikshospitalet, Oslo*

EN SUEDE

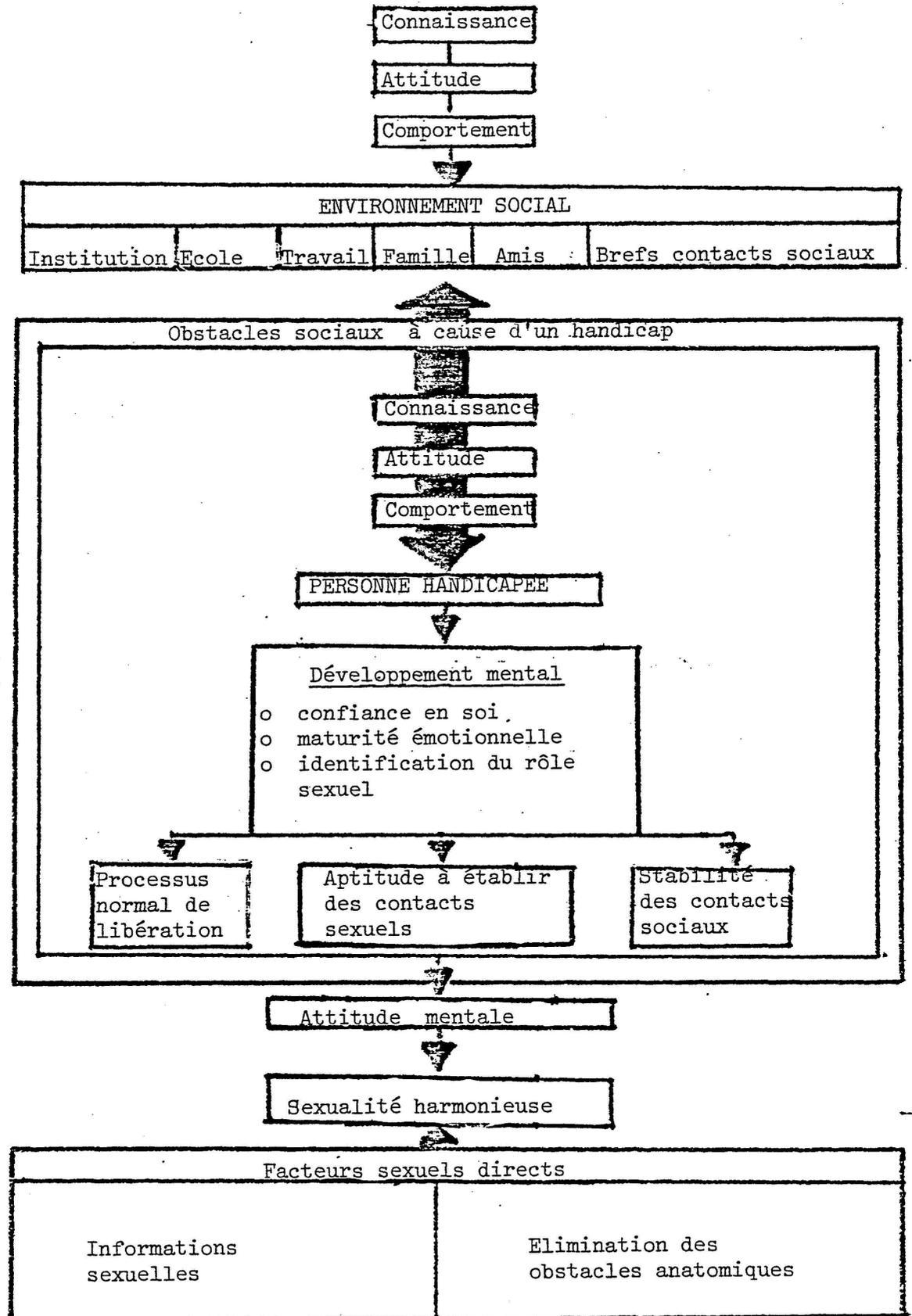
Tout être humain a des droits sexuels, est un être sexuel et peut mener une vie sexuelle. Le fait d'insister sur les droits sexuels des handicapés implique que ces droits ne sont pas aussi évidents que ceux des autres. Les personnes incapables de se considérer comme des êtres sexuels sont privées de leurs droits à cause de leur manque de connaissances, des mythes auxquels ils croient, de leurs attitudes et valeurs et celles de la société. Seules les personnes souffrant d'un développement hormonal insuffisant sont vraiment incapables d'avoir une vie sexuelle mais il existe un traitement pour cette maladie.

La sexualité englobe bien plus de choses que de simples rapports sexuels. Elle comprend gestes et contacts, affection et estime. Plusieurs possibilités, y compris l'usage d'aides techniques, permettent aux personnes handicapées de mener une vie sexuelle.

On a bien longtemps négligé la sexualité des handicapés et il existe un besoin désespéré de diffuser des connaissances et de modifier les attitudes en la matière, tant du point de vue de la société que de celui des handicapés eux-mêmes.

La schéma suivant tente d'analyser les facteurs en jeu. Quelles conditions facilitent le développement d'une sexualité harmonieuse dans le cas des handicapés? La personne handicapée est entourée d'obstacles sociaux soulevés par des attitudes (p.ex. absence de contacts sociaux avec les handicapés), des problèmes financiers (p.ex. frais de transport), des communications insuffisantes, de mauvaises conditions de travail et de logement.

VIE SEXUELLE HARMONIEUSE - PERSONNES HANDICAPEES



Confiance en soi, maturité émotionnelle et identification du rôle sexuel sont toutes des conditions essentielles au développement mental et sont fortement influencés par les relations entre les gens et leur environnement. La confiance en soi résulte de la prise de conscience, dès l'enfance, d'être une personne précieuse, aimée et respectée, processus que neutralisent les sentiments de culpabilité des parents d'enfants handicapés et les attitudes sociales. La tendance que nous avons à encourager chez l'enfant handicapé, des objectifs fixés du point de vue d'une personne non handicapée, au lieu de féliciter et d'encourager ses efforts, ébranle cette confiance en soi.

Il faut laisser les jeunes handicapés traverser la même crise d'adolescence que les autres jeunes. On a souvent recours à des psychologues ou des tranquillisants pour traiter les adolescents souffrant de handicaps congénitaux : accusés de rébellion, ils se comportent tout simplement comme n'importe quels autres adolescents. D'ailleurs, ce sont les adolescents handicapés résignés à leur sort qui ont le plus besoin d'aide.

Pour atteindre la maturité émotionnelle, il faut remplir la tâche difficile de savoir exprimer ses sentiments et interpréter ceux des autres. Lorsque l'on est confronté par des concepts contradictoires, fondés sur l'idée répandue qu'il ne faut pas offenser les handicapés, réconcilier la personne que l'on est avec la personne que l'on veut être devient une tâche de plus en plus difficile. Ceci est vrai aussi dans le cas de l'identification du rôle sexuel, quoiqu'il faille tenir compte des idéals sociaux et du peu de temps que les handicapés passent seuls avec leurs semblables. De plus, puisque les parents ignorent tout de la manière dont les handicapés peuvent satisfaire leurs besoins sexuels, ils ont beaucoup de mal à éveiller chez leurs enfants le désir d'une certaine vie sexuelle et familiale, but auquel pratiquement tout le monde aspire.

Il faut accepter le fait que les handicapés peuvent se libérer de leurs parents et que, mentalement, ils sont capables de nouer des relations sexuelles durables. Ce processus de libération doit être envisagé tant du point de vue pratique que du point de vue émotif. Les parents doivent viser à ce que leurs enfants n'aient pas besoin d'eux, ce qu'ils acceptent difficilement (ainsi que le personnel des institutions). La faculté intellectuelle permettant d'établir des contacts sexuels dépend du développement préalable et de la stabilité des contacts sociaux, laquelle devient possible lorsque l'on est traité de manière honnête et franche. Ce processus de libération et ce développement mental sont à la base d'une vie sexuelle harmonieuse.

Dans le cas des personnes dont la sexualité est influencée par un handicap, il est important de donner les informations essentielles et d'éliminer les obstacles anatomiques. Il faut d'ailleurs donner ces informations aux deux partenaires, qu'ils soient handicapés tous les deux ou non.

Au sortir de l'école, les handicapés devraient être capables des actions suivantes :

- o assumer la responsabilité de leur vie sexuelle;
- o obtenir des informations sur la manière dont ils peuvent avoir des activités sexuelles;
- o chercher à augmenter leurs contacts sociaux, de façon à pouvoir choisir un partenaire;
- o avoir la possibilité de poursuivre la vie sexuelle qu'ils désirent.

Qu'attend-on des personnes non handicapées pour que les handicapés puissent atteindre ces objectifs ?

- o des connaissances sexuelles générales;
- o l'aptitude à permettre aux handicapés d'avoir une bonne vie sexuelle;
- o l'aptitude à accepter une sexualité sans rapports sexuels physiques, sans imposer aux handicapés les inhibitions répandues;
- o l'aptitude à pouvoir communiquer correctement avec autrui, sur ce sujet;
- o réussir à voir les choses du point de vue d'un handicapé, afin de se battre pour le droit qu'ont les personnes handicapées d'être traitées comme des êtres humains.

*Inger Nordqvist
Comité Central Suédois de Réhabilitation,
Stockholm*

AU ROYAUME-UNI

Le sujet de la Sexualité et les Handicapés est l'objet de publications de plus en plus nombreuses dans le monde entier. Mes propres dossiers contiennent maintenant des centaines de références et s'élargissent sans cesse, ce qui démontre un intérêt général certain envers le sujet, phénomène qui ne se limite d'ailleurs pas aux cultures occidentales. On s'intéresse aussi vivement à la question en Asie du Sud-Est, au Moyen-Orient, dans toute l'Amérique et dans des régions très différentes d'Europe. Particulièrement intéressant est le fait que cette évolution s'exprime non seulement dans les journaux professionnels (et il en existe maintenant qui se consacre exclusivement à la question), mais aussi dans les livres, les pièces de théâtre, au cinéma et à la télévision ce qui garantit sa grande diffusion. Il semblera donc étrange de suggérer que toute hypothèse admettant que ces deux termes, sexualité et handicapés, sont bien compris du grand public est mal fondée. Je suis pourtant convaincu que cette suggestion est valide et qu'il en existe des preuves solides et récentes. Si l'Année Internationale des Personnes Handicapées ne donne qu'un seul résultat (et beaucoup doutent en effet de la validité de ces campagnes qui durent un an puis tombent dans l'oubli), ce sera peut-être de répondre à la question suivante : qui est handicapé?

Pour marquer l'Année Internationale des Personnes Handicapées, le journal *New Society* a publié le 1er janvier les résultats d'une étude des attitudes envers les handicapés : "Quelle idée avons-nous des handicapés

et dans quelle mesure sommes-nous prêts à les aider", enquête effectuée par Stuart Weir. Le premier tableau donne les résultats d'une question à laquelle les possibilités de réponse sont illimitées, à savoir : Que signifient pour vous les mots "handicapés" et "infirmes" ? Une perte de mouvement, une paralysie, une amputation sont des infirmités pour 54% des gens et des handicaps pour 37%. 12% croient que le terme handicapé s'adresse aux retardés mentaux et 3% à des infirmes. Comme le signale Stuart Weir "les gens ont tendance à croire qu'un handicap est une condition mentale ou congénitale et qu'une infirmité est causée par un accident ou une maladie". L'analyse détaillée d'un échantillon des questionnaires montre qu'il y a une distinction explicite pour beaucoup de gens : "Quand on est handicapé, on n'a pas l'usage de toutes ses facultés. Quand on est infirme, on n'a pas l'usage de tous ses membres". "Un handicap, c'est quelque chose de mental, comme dans le cas d'un mongolien ou d'un arriéré, et une infirmité, c'est quelque chose de physique".

"La grande différence est qu'on n'est pas né infirme, on le devient". "Un handicapé est né handicapé; une infirmité résulte le plus souvent d'un accident ou d'une maladie paralysante".

"L'image dominante que se font les gens d'une infirmité ou, dans une moindre mesure, d'un handicap, c'est celle du fauteuil roulant", dit Stuart Weir. Heureusement que l'enquête ne contenait pas aussi le mot incapacité pour compliquer encore plus la question.

Pour éclaircir quelque peu le sujet, je vais donner les définitions citées dans une enquête de l'Office britannique des Recensements et Etudes de Population (British Office of Population Censuses and Surveys) datant de quelques années :

Infirmité : mutilation d'un ou d'une partie d'un membre, ou bien membre, organe, mécanisme corporel déficient.

Incapacité : perte ou diminution de l'aptitude fonctionnelle.

Handicap : désavantage, ou diminution des activités provenant d'une infirmité.

On peut bien se demander si de telles distinctions ont de l'importance. Je dirai seulement que, d'après mes dossiers sur la sexualité et le handicap portant sur un certain nombre de pays membres en Europe, il semble qu'elles en aient en effet. Les infirmes ne sont pas toujours handicapés et le degré d'infirmité ne correspond pas toujours au degré de handicap :

Handicap très grave : besoin de soins spéciaux

Handicap grave : besoin d'un support considérable

Handicap appréciable : besoin d'un certain support

Handicap inappréciable ou peu sérieux : incapacité mais besoin nul ou faible de support pendant les activités quotidiennes

Ces distinctions s'expliquent lorsque la sexualité est comprise dans les activités quotidiennes. Prenons un problème comme le psoriasis, maladie de la peau non contagieuse qui se manifeste par des plaques rouges squameuses. Imaginons le désespoir d'une jeune fille ou d'un jeune homme gravement atteint de cette maladie. Selon la définition

normale, ils ne sont pas infirmes ; en effet, ils ont tous leurs membres intacts et n'ont ni membre, ni organe, ni mécanisme corporel déficient. On ne peut également dire qu'ils sont incapables puisqu'il n'y a, à proprement parler, ni perte, ni diminution des fonctions. Et pourtant ces jeunes gens peuvent très bien être handicapés par un désavantage ou une diminution de leurs activités. Si l'on considère leur désir d'être acceptés, de vouloir des contacts intimes et chaleureux avec un partenaire, ils sont alors handicapés sur le plan sexuel car ils doivent se replier sur eux-mêmes, se couvrir la peau et éviter tout contact physique. Du point de vue de l'intimité sexuelle ils sont vraiment handicapés par un handicap qui peut être destructif sur le plan psychologique. J'ai rencontré une femme atteinte de cette maladie qui était obsédée au point de refuser totalement les contacts physiques : elle portait des gants à tout moment et allait même jusqu'à désinfecter tous ses objets personnels de peur qu'une autre personne ne les touchât. Il va sans dire que ses contacts sociaux étaient des plus minimes et que ses seules relations avec autrui avaient lieu au niveau officiel ou professionnel. Par ailleurs, il est tout aussi clair que certaines personnes, gravement incapitées par un handicap physique et une sévère réduction de l'aptitude fonctionnelle, peuvent établir des relations sexuelles tendres et durables, lorsque les partenaires acceptent leur sexualité et leur incapacité mutuelle. Ceux qui doutent de cette possibilité feraient bien d'étudier attentivement le livre *Sexual options for Paraplegics and Quadriplegics* (Options sexuelles des paraplégiques et quadriplégiques) de T O Mooney, Theodore Cole et Richard Chilgren, publié par Little and Brown, Boston. Ce livre est une source d'informations sexuelles explicites, abondamment illustrées, qui donne aux paraplégiques et quadriplégiques des idées pratiques pour développer leur compétence sexuelle et exprimer leur sexualité. C'est un livre très recommandé à tous ceux qui s'intéressent sincèrement aux fonctions sexuelles des personnes handicapées.

L'enquête du *New Society* s'est penchée aussi sur le sujet très intéressant des attitudes envers le mariage des handicapés : imaginez que votre fils, votre fille ou un ami intime vous annoncent leur mariage avec une personne handicapée : pensez-vous que c'est une bonne idée ou une mauvaise idée, lorsque la personne en question est :

	<u>bonne idée</u>	<u>mauvaise idée</u>
handicapée physiquement, par la perte d'un membre	46%	19%
malade mentalement	8%	68%
aveugle	49%	20%
sourde	54%	15%
handicapée mentalement	8%	64%

On a posé la même question à ceux qui connaissaient une personne handicapée et bien que les pourcentages aient varié, ils ne l'ont pas fait dans un seul sens, c'est-à-dire vers la réponse "bonne idée" :

	<u>bonne idée</u>	<u>mauvaise idée</u>
handicapée physiquement	52%	16%
malade mentalement	8%	69%
aveugle	55%	16%
sourde	60%	12%
handicapée mentalement	10%	64%

Stuart Weir fait les commentaires suivants dans son analyse ; "Beaucoup de personnes n'ont pu se prononcer - en gros entre un quart et un tiers de l'ensemble des répondants aux cinq questions. Les femmes sont plus compatissantes que les hommes envers le mariage avec une personne sourde, aveugle ou infirme (dans cet ordre), et moins bien disposées envers les maladies ou les handicaps mentaux. De même, la classe moyenne est plus susceptible d'approuver un mariage avec une personne sourde, aveugle ou handicapée physiquement et moins disposée à l'idée d'épouser des handicapés mentalement (4% seulement ont trouvé l'idée bonne). Les ouvriers qualifiés sont plus tolérants de la cécité et la surdité, et les travailleurs non qualifiés des handicaps mentaux". On a observé aussi des différences régionales - en Ecosse par exemple, les gens sont plus compatissants que dans le reste du pays, surtout envers les personnes handicapées mentalement. Une analyse des réponses par groupes d'âge donne les résultats les plus uniformes. Entre 16 et 24 ans, les jeunes sont mieux disposés à accepter le mariage avec des malades ou handicapés mentaux et entre 25 et 34 avec des personnes sourdes, aveugles ou handicapés physiquement. "Au-delà de cet âge", commente Stuart Weir, "plus la personne est âgée, moins elle est tolérante".

A mon avis, les résultats de cette enquête sont importants. Il serait imprudent bien entendu de généraliser à partir de résultats britanniques mais on ne peut s'empêcher de se demander si ces résultats ne trouveraient pas des échos dans certains des pays membres d'Europe, avec des pourcentages particuliers différents bien sûr mais des tendances générales semblables. C'est bien mon impression après avoir vu les résultats d'études de cas entreprises pendant les quinze derniers mois. Ces études démontrent aussi le besoin d'information et d'éducation générales pour développer, parmi le grand public, une compréhension plus vive de ce qui est nécessaire dans ce domaine. Une autre exigence peut-être plus importante encore est de développer un programme d'éducation, de formation et de consultation en matière des besoins sexuels des personnes handicapées, pour les personnes handicapées et pour le personnel d'encadrement. Et c'est là précisément le but du projet de recherche financé par l'IPPF Europe, qui consiste en études de cas individuels portant sur la sexualité et les personnes handicapées.

Norman Rea
Université de York

L'avortement est illégal en Belgique. Une loi datant de 1923 interdit le fait d'avorter comme le fait d'être avortée et prévoit des peines de deux à cinq ans de réclusion pour ces "délits". Le seul fait d'indiquer à une femme où s'adresser pour un avortement peut être puni de six mois de prison.

Malgré la loi, l'Eglise et la puissance des forces conservatrices, quelques hôpitaux et des centres extra-hospitaliers issus du mouvement des femmes et du mouvement du planning familial pratiquent des avortements. Ce texte retrace l'histoire du développement de ces centres.

Les premiers pas : oser

Au départ, quelques médecins donnaient avec discrétion des adresses en Hollande, Angleterre ou Suisse.

En 1973, le Docteur Willy Peers fut arrêté, accusé d'avoir pratiqué des avortements à la maternité provinciale de Namur. Suite à un large mouvement de soutien, le Dr Peers fut relâché et reprit sa pratique en attendant toujours son procès. Cela déclencha de nombreuses prises de position.

D'autres hôpitaux prirent plus de risques et aidèrent plus de femmes. Et sous la pression, en juillet 1973, le gouvernement dépénalisait l'information sur la contraception et nommait une commission chargée d'étudier les questions en suspens : l'avortement, la contraception et la filiation. En 1975 un centre de planning créé par les services étudiants de l'Université Libre de Bruxelles inclut l'avortement à sa pratique.

En mars 1976, un groupe de femmes décide de passer à l'acte, au mépris de la loi : le "Collectif Contraception" de Bruxelles s'installe dans une maison privée et commence à pratiquer ouvertement des interruptions de grossesse. Il agit dans le but de provoquer une réaction des pouvoirs publics, du corps médical et de l'opinion publique, et ainsi de faire avancer les choses au niveau juridique et, d'autre part, d'aider le plus de femmes possible à avorter en Belgique dans de bonnes conditions. De plus, le Collectif entend pratiquer un type de médecine qui permet à la personne de mieux connaître et gérer son corps.

Les divers centres extra-hospitaliers agissent dans une optique féministe : ils interviennent à la demande de la femme seule, à la différence des hôpitaux où la décision d'intervenir appartient en dernier ressort au staff de la structure d'accueil ou au médecin.

En octobre 1976, conscients des risques de fermeture et d'inculpation qu'ils prenaient, Information et Orientation du Couple (IOC) et le Collectif Contraception de Bruxelles organisèrent une conférence de presse pour affirmer et expliquer leur pratique. Trois centres hospitaliers de Baudour, Bruxelles et Namur s'associèrent à la déclaration publique. Le parquet se contenta d'inculper les femmes ayant parlé à la télévision, et les centres poursuivirent leur pratique sans être autrement inquiétés.

Très rapidement, la demande dépassa la capacité des équipes existantes. Les femmes arrivaient via les hôpitaux, les médecins privés, ou par oui-dire. Les centres de la Fédération Belge pour le Planning Familial et l'Education Sexuelle (FBPFES) réfèrent généralement leurs clientes aux cliniques hollandaises et anglaises.

Une première vague de répression et les communiqués de presse qui s'ensuivirent furent pour beaucoup également dans la diffusion des adresses des centres. Des "Collectif Contraception" s'ouvrirent successivement à Liège, Charleroi, Verviers, nouvellement à Gand (le premier en Belgique néerlandophone).

En 1977 deux centres de planning familial se créent dans deux quartiers populaires de Bruxelles, et décident d'inclure l'avortement dans leurs services.

Par ailleurs, en 1977, pour marquer concrètement son engagement et afin d'aider les femmes à avorter en Belgique plutôt qu'à l'étranger, la FBPFES prend la décision de créer sa propre clinique d'avortement. Aujourd'hui, elle fonctionne comme un centre de planning autonome affilié à la Fédération. (Actuellement, la Fédération regroupe 39 centres dont 12 pratiquent des avortements.)

Deux types de centres ont vu le jour : d'une part, à l'instar du planning de l'université, certains centres de planning incluent la pratique de l'avortement dans leurs activités de planning des naissances. Ce sont des centres à vocation de quartier organisant de nombreuses activités éducatives et préventives; d'autre part, les "Collectif Contraception" axent leur travail sur l'avortement et la contraception.

Dès 1973, les cliniques hollandaises avortaient des milliers de femmes belges par an. A l'heure actuelle, ce chiffre est inférieur à 10 000, la plupart des femmes venant de la partie flamande du pays. En effet, s'il existe huit centres non-hospitaliers qui pratiquent des avortements à Bruxelles, dont un néerlandophone, et quatre centres en Wallonie, il n'en existe aucun en Flandre.

Un "Collectif Contraception" a commencé à Gand, mais il est d'autant plus difficile de recruter des médecins néerlandophones acceptant de prendre des risques importants pour leur carrière que la répression se fait plus durement sentir dans les Flandres, traditionnellement plus liées aux partis catholiques. (Notons que les premiers centres de planning familial furent créés dans la partie néerlandophone du pays : en 1960 à Gand et en 1961 à Anvers.)

En juillet 1978, le parquet fit successivement plusieurs descentes dans deux centres. Le pouvoir judiciaire venait saisir des dossiers médicaux et sociaux de femmes ayant avorté dans ces centres, et qui avaient été dénoncées. Ils inculpèrent certains médecins et non médecins. Surpris lors des premières visites, les centres s'organisèrent et se concertèrent pour cacher les dossiers constituant la preuve de l'avortement, et déclarèrent publiquement qu'ils ne remettraient plus au juge les dossiers réclamés.

De juillet 1977 à juin 1978, dix propositions de loi avaient été déposées au Parlement en vue de modifier la législation en matière d'avortement. Seule la proposition de dépénalisation totale correspondait à la lutte des centres non-hospitaliers. Mais elle fut repoussée, et il restait en discussion une proposition très restrictive lorsque le gouvernement tomba.

Afin de développer leur action, de mettre en commun leur réflexion sur leur pratique et de coordonner leur attitude face à la répression, les huit centres (fonctionnant ou en création) s'unirent en "Groupe d'Action des Centres Extra-Hospitaliers Pratiquant l'Avortement" (GACEHPA).

Les centres extra-hospitaliers ont pour objectifs :

- o de donner aux femmes toutes les informations pratiques concernant la contraception et les problèmes de la vie sexuelle,
- o de lutter contre les avortements clandestins en pratiquant des avortements dans de bonnes conditions médicales et psychologiques,
- o d'obtenir la dépénalisation totale de l'avortement.

Les principes suivants sont appliqués par tous les centres du GACEHPA :

- o Libre décision de la femme : la décision d'interrompre sa grossesse est prise par la femme.
- o Accueil non-directif et déculpabilisant : un accueil individuel et/ou collectif permet à la femme qui le désire de prendre, après discussion, sa décision en dehors de toute pression morale. L'échec de la contraception est analysé et une méthode contraceptive envisagée pour l'avenir.
- o Bonnes conditions médicales et psychologiques : les avortements sont pratiqués par des médecins spécialement formés. L'ensemble de l'équipe offre à la femme qui le souhaite un accompagnement psychologique, avant, pendant et après l'interruption.
- o Continuité de soins : une visite médicale de contrôle a nécessairement lieu après l'intervention. Une information et une discussion approfondies à propos de la contraception sont considérées comme indispensables dans chaque cas.
- o Fonctionnement des centres : chaque centre est géré collectivement par les travailleurs qui assument la responsabilité de l'action du centre. Le prix de l'intervention est calculé au minimum pour permettre au centre de couvrir ses frais de fonctionnement. Les centres utilisent pour chaque intervention un dossier médical standard permettant l'établissement de statistiques nationales.
- o Les centres existant cherchent à promouvoir la création de nouveaux centres poursuivant leurs objectifs de santé des femmes et de dépénalisation totale de l'avortement.

La pratique

Dans les centres, le travail et la gestion sont assurés collectivement. Les médecins et les accueillants choisissent d'y travailler pour un salaire dérisoire parce qu'ils se sentent idéologiquement engagés dans une lutte.

Les avortements sont pratiqués jusqu'à 10 semaines après les règles par la méthode d'aspiration. Chaque femme est accueillie individuellement et soutenue pendant et après l'intervention. L'avortement n'a pas lieu le même jour que le premier entretien ceci afin de laisser assimiler à la femme les explications reçues sur l'intervention et permettre à un petit pourcentage de femmes de repenser leur décision.

Un rendez-vous de contrôle est toujours pris avec la femme trois semaines après l'avortement. Tous les centres mettent l'accent sur la contraception. Les accueillants sont sensibilisés à l'écoute et reçoivent une formation à la contraception et à l'assistance médicale des avortements. Les médecins sont formés en hôpital et dans le centre.

Conclusion

Tous ces centres ont *pratiquement* aidé depuis six ans un grand nombre de femmes sur le plan personnel. Ils ont dans les faits lutté pour sortir l'avortement de la clandestinité et pour l'insérer parmi les actes médicaux courants pratiqués dans les centres. Ils tâchent, par leurs structures collectives, par des accueils déculpabilisants et une atmosphère détendue, de rompre la solitude des femmes en difficulté et de favoriser le contact entre elles.

Plus le temps passe et plus il est difficile de nier leur rôle que des chefs de services gynécologiques de grands hôpitaux ont publiquement approuvé et qu'une large frange du public commence à connaître :

- o soit pour y avoir eu recours ;
- o soit grâce aux manifestations organisées par le GACEHPA, aux comités pour la dépénalisation de l'avortement (créés en 1973) ou à la FBPFFES.

Mais ce qui a également fait connaître au public les centres pratiquant des avortements sont les remous dans la presse que suscitérent à diverses reprises les inculpations de personnes ayant avorté, ou aidé des femmes à avorter. Une vingtaine de personnes des centres non-hospitaliers ont été inculpées mais, jusqu'à présent, les tribunaux n'ont pas fixé de date de procès. Pour certains cette situation de "présomés coupables" dure depuis 1973.

La télévision belge francophone dans le cadre de son émission à *suivre* a également contribué à faire connaître les centres du GACEHPA. Le film fut suivi d'un débat et eu un large retentissement. Il faut saisir par les autorités le lendemain de son passage sur antenne.

En 1981, les centres du GACEHPA sont 13. Ils continuent la lutte dans le travail quotidien d'aide aux femmes, lors de manifestations publiques et en essayant de se multiplier afin de créer en Belgique une situation de fait irréversible.

Dominique Chartier

Centre de Documentation de la FBPFFES, Bruxelles

Au cours des dernières décennies, les services sanitaires de l'Islande ont suivi une évolution semblable à celle des autres pays nordiques. Toutefois, certains faits concernant le planning familial sont différents.

Le taux de natalité était très élevé de 1947 à 1964 (27 - 28 pour 1000). Puisque le taux de mortalité était faible (6,8 - 7 pour 1000), le taux de croissance de la population était de 2% par an. Depuis 1964 on a enregistré une baisse régulière du taux de natalité annuel, qui est à présent de 16 - 17, le taux de décès étant stabilisé.

La baisse du taux de natalité après 1964 a coïncidé avec l'apparition des contraceptifs oraux et des DIUs, en 1961-63. L'usage des contraceptifs oraux a sensiblement augmenté à partir de 1964 et en quelques années, cette méthode était employée par plus de 40% des femmes du pays. Au cours des dernières années on a remarqué une légère baisse de l'emploi de cette méthode, surtout parmi les femmes de plus de 35 ans.

L'insertion des DIUs a commencé modestement en 1963, avec la collaboration étroite de l'IPPF et du Conseil de Population.

Après les cinq premières années, pendant lesquelles cette méthode a été mise à l'essai, on a observé une augmentation rapide de son usage et, de nos jours, 30% de femmes en utilisent des modèles différents.

Les diaphragmes, spermicides et condoms s'obtiennent facilement depuis des décennies et sont toujours d'usage courant dans la totalité du pays. Il a toujours été aisé d'obtenir des informations contraceptives ainsi que les dispositifs eux-mêmes, ce qui explique probablement le taux d'avortement assez faible en Islande.

Le Parlement a passé une nouvelle loi sur l'avortement et la stérilisation en 1975. A ce moment là, l'incidence des avortements était environ 5% des naissances totales. Malgré certaines différences avec la législation des autres pays nordiques et du Royaume-Uni, on peut dire que la loi est libérale sur ces questions.

Depuis 1976, le nombre des avortements a augmenté régulièrement et représente maintenant à peu près 10% du total des naissances, chiffre bien inférieur à ce que l'on avait prévu lors de la promulgation de la loi.

Le nombre de femmes de plus de 30 ans, et surtout de plus de 35 ans, qui demandent à être stérilisées (par laparoscopie en général) augmente chaque année depuis 1975.

Ces données appuient la théorie selon laquelle le nombre des avortements a atteint son maximum et va finir par baisser.

Gunnlaugur Snaedal
Hôpital National,
Reykjavik

La première loi sur le planning familial en Irlande est en vigueur depuis trois mois maintenant. D'après cette Loi sur la Santé (Family Planning) de 1979, les contraceptifs quels qu'ils soient ne peuvent être vendus que dans les pharmacies, sur ordonnance accordée dans des buts contraceptifs *bona fide* uniquement.

La semaine avant le 1er Novembre 1980, date à laquelle la loi entra en vigueur, le peuple irlandais manifesta son peu de confiance en se rendant en masse aux cliniques de planning familial. Les queues s'allongeaient sans cesse et cet affolement indiquait la peur et la confusion qu'inspirait cette loi.

En même temps, le pouvoir catholique publia une déclaration sur le planning familial qui attirait l'attention sur "le poids des preuves scientifiques" relatives à l'action abortive des DIUs. Tous les journaux avertirent leurs lecteurs que le Département de la Santé allait interdire toutes les importations de DIUs. Le ministre de la Santé réfuta immédiatement cette accusation. Ce genre de confusion était typique, étant donné le caractère très vague de la législation.

La réaction fut immédiate. De nombreux et divers groupes et individus condamnèrent la nature restrictive et discriminative de la loi. Une manifestation d'une journée fut organisée à Dublin dans le cadre de la campagne *Accès à la Contraception pour Tous*, à laquelle participèrent des centaines de gens, y compris des étudiants, des médecins, du personnel de planning familial, des partis politiques, groupes féminins et même un sénateur. Le même jour, des rassemblements/manifestations se déroulèrent à Cork, Limerick et Dundalk.

La première difficulté majeure que rencontrèrent les cliniques de planning familial fut d'avoir à demander l'approbation ministérielle, même pour continuer à donner des informations, des conseils et des consultations en matière de planning familial; ces autorisations ne sont d'ailleurs valides qu'un an. Dans le cadre de la loi, aucune clinique de planning familial ne peut vendre de contraceptifs. Certaines dépendent largement de cette source de revenus puisque l'Etat ne leur offre aucune subvention. Pour surmonter cette difficulté, quelques cliniques ont réussi à obtenir un permis spécial auprès des pharmaciens, mais cela entraîne des dépenses supplémentaires. Les cliniques se sont heurtées aussi à l'attitude de l'Union Pharmaceutique Irlandaise, qui avait averti ses membres, en termes stricts, que le fait "de prendre un emploi dans une clinique de planning familial était totalement contre sa politique". D'autres cliniques essaient toujours de trouver une solution à ce problème. Celles qui refusaient de faire une demande d'autorisation consultèrent des avocats sur la possibilité de contester la loi, pour des raisons constitutionnelles.

En ce qui concerne les commandes de contraceptifs, la confusion a régné ici aussi pendant les deux premiers mois. Les compagnies souhaitant importer des contraceptifs ont dû demander une licence d'importation au ministère, qui n'a étudié ces demandes qu'après le 1er novembre. Pendant un ou deux mois, même les pharmaciens qui voulaient stocker des contraceptifs ont eu beaucoup de difficultés à les obtenir. "La demande supplémentaire exprimée par les importateurs prouve bien que la population

a accès à la contraception et que la loi fonctionne de manière satisfaisante", déclara le ministre de la Santé, Dr. Woods. Des licences d'importation concernant plus de sept millions de condoms ont été accordées à quatre firmes de Dublin depuis novembre et en trois mois exactement, des commandes d'une valeur supérieure à un million de livres sterling ont été passées en Grande-Bretagne. Le ministre a passé sous silence la déclaration publique des importateurs expliquant qu'ils passaient des commandes supérieures aux besoins, pour éviter de payer à chaque fois 100 livres sterling de droit d'importation.

Les importateurs ont reconnu aussi que seul un pharmacien sur dix avait décidé de vendre des contraceptifs. Des enquêtes effectuées par les médias ont montré que sur les 85% de pharmaciens questionnés dans les régions rurales, environ 11% seulement stockaient ou vendaient des condoms, même sur ordonnance. Trois mois après l'entrée en vigueur de la loi, deux pharmaciens sur 41 distribuaient des condoms dans l'une des principales villes d'Irlande. Les services de consultation externe des trois principales maternités déclarèrent ne pouvoir offrir que les méthodes naturelles de contraception. 200 médecins (20% du total de la République) affirmèrent à la fin janvier 1981 qu'ils fourniraient directement les contraceptifs aux clients puisque, à leur avis, la plupart des pharmaciens ne se conformaient pas à la loi. De l'avis d'un médecin, 20% seulement des gens avaient accès à la contraception. C'est pourquoi la profession médicale se sentait responsable de la fourniture des contraceptifs et d'interpréter libéralement la clause relative au planning familial *bona fide*, afin de ne pas exclure automatiquement les célibataires. Selon l'Association des Médecins Irlandais, la loi était considérée comme un désastre par un grand nombre de ses membres, 60% desquels firent savoir qu'ils travailleraient dans le cadre de la loi, 39% qu'ils s'en abstiendraient pour des raisons de conscience, et 10% parce qu'à leur avis, la loi était "bien bête". Toutefois, comme environ 200 médecins seulement étaient formés au planning familial, il semble qu'à l'intention exprimée par 60% ne correspondra pas la compétence qu'exige la vaste gamme de méthodes disponibles.

En février, dans le cadre de la campagne *Accès à la Contraception pour Tous*, une enquête nationale cherchera à étudier le fonctionnement de la loi et sera suivie d'une tribune publique en avril, pour en débattre les résultats. Certains problèmes sont déjà évidents comme, par exemple, le fait que moins de la moitié des 160 médecins à qui l'on envoya des questionnaires y répondirent. Les pharmaciens eux aussi ont été irrités ou ont eu peur de répondre à des questions telles que "Stockez-vous des contraceptifs?".

Les Commissions régionales de Santé

La loi prévoyait que les Commissions allaient compléter le rôle des médecins et des pharmaciens. Une lettre du ministre ordonnait aux Commissions sanitaires de n'offrir que des conseils et des informations et de ne pas vendre de contraceptifs. La plupart de ces Commissions ne possédaient pas des informations suffisantes et ne pouvaient que se décider sur l'attitude à adopter en matière des DIUs et sur la question de rembourser ou non les frais de contraception aux catégories économiquement faibles qui ne payaient normalement pas les médicaments. Le Dr. Woods déclara en termes très clairs que les contribuables ne prendraient pas en charge les frais de contraception de ces groupes.

L'Union Médicale Irlandaise et le ministère de la Santé annoncèrent que les médecins conventionnés recevraient , pour les consultations de planning familial, la somme habituelle accordée pour le traitement des personnes économiquement faibles. Au cas où un médecin refusait de donner des consultations de planning familial, la personne pouvait consulter un autre médecin qui lui recevrait le double de la somme en question. Toutefois, cela ne s'applique pas aux médecins qui travaillent dans les cliniques de planning familial puisqu'aucun d'entre eux n'est conventionné. En fait, au lieu de donner des subventions de l'Etat aux cliniques expertes en la matière qui offrent des services à des milliers de personnes, la nouvelle loi aggrave la situation financière des cliniques. Non seulement elle entend les priver des revenus de la vente des contraceptifs mais ces produits sont maintenant soumis à la Taxe à la Valeur Ajoutée et, par conséquent, à une hausse de prix de 25%.

Par contraste, en résultat direct de la loi, le ministre a accordé des subventions initiales totalisant 70 000 livres sterling à la promotion des "Méthodes naturelles de Planning familial", en Irlande. L'organisation volontaire, Association nationale pour la Promotion de la Méthode de l'Ovulation en Irlande, a reçu la somme de 35 000 livres. La nouvelle loi ne prévoit et n'exige ni tests, ni débouchés pour cette méthode.

Répondant à des questions posées par le Parlement Irlandais, le ministre de l'Industrie, du Commerce et du Tourisme répliqua en décembre que le gouvernement n'avait nullement l'intention de contrôler les prix des contraceptifs. Cette décision n'a aucune répercussion sur les cliniques de planning familial qui fonctionnent comme des compagnies à responsabilité limitée, sans but lucratif.

La nouvelle loi ne mentionne ni l'éducation, ni la formation au planning familial et ne définit pas très nettement le cas des DIUs.

Il semble bien qu'il faille attendre la décision des tribunaux sur la validité constitutionnelle de la loi avant de pouvoir démêler cet inextricable tissu que représente "une solution irlandaise à un problème irlandais".

Christine Donaghy
IFPA,
Dublin

Un mouvement conscient de planning familial s'organisa aux Pays-Bas sous l'influence de la Ligue Malthusienne Britannique, fondée en 1878. La Nieuw-Malthusiaanse Bond (Ligue néo-malthusienne - NMB) fut créée en 1881 par C V Gerritsen, négociant en grains de Amersfoort, B H Heldt, ébéniste d'Amsterdam et J M Smit, enseignant de Apeldoorn. En 1882 la Ligue avait reçu 125 demandes d'adhésion.

Les organisations britannique et hollandaise étaient toutes deux correctement nommées d'après Thomas Robert Malthus. Alors que leur méthode d'approche différait en ce sens qu'elle croyait dangereuse l'abstinence sexuelle prolongée que Malthus voulait imposer aux classes inférieures, elles supportaient dans l'ensemble la théorie malthusienne : en gros, qu'un excédent de personnes "relativement inférieures" sur les moyens de subsistance, les ressources naturelles surtout, créeraient pauvreté générale, arriération, maladie et guerre.

Dans le programme fondamental de 1881, Smit écrivait à l'Article 6 : "La surpopulation est la cause principale de la pauvreté, de l'ignorance, du crime et de la maladie". L'Article 2 de la Constitution de la NMB affirmait que : "Le but de la Ligue est de faire connaître la théorie de population, ses conséquences et son impact sur les attitudes et coutumes des gens".

Les néo-malthusiens croyaient que, dans l'intérêt de la "société actuelle", il fallait mettre un frein à la croissance démographique trop rapide. Mais à l'encontre de Malthus, ils préconisaient la contraception et cherchaient à l'améliorer. Dès le début, ils essayèrent de combiner des conseils à de l'aide pratique, sous forme de distribution de contraceptifs. Pourtant, la NMB ne fut pas elle-même à l'origine des cliniques créées dans ce but mais plutôt des personnes qui étaient membres de la Ligue ou qui sympathisaient à sa cause. La première fut le médecin Aletta Henriëtte Jacobs qui, dit-on, fut la première personne au monde à donner des instructions gratuites sur l'emploi des contraceptifs à des femmes défavorisées, dans sa clinique d'Amsterdam qu'elle ouvrit le 17 janvier 1882.

En règle générale, les membres et partisans de la NMB se sentaient personnellement touchés par le sort des personnes opprimées et défavorisées et ont pris part à la lutte pour l'émancipation des femmes et le suffrage universel, par exemple. Parmi les principaux pionniers des débuts de la NMB se trouvaient le médecin-prêcher Johannes Rutgers et sa femme, Maria W H Hoitsema.

Tant au sein de la NMB qu'ailleurs des socialistes (des marxistes surtout) commencèrent à mettre en doute les opinions politico-économiques de Malthus et, par conséquent, la fondation de la Ligue. Gé Nabrink (*Sexuele Hervorming in Nederland [Réforme Sexuelle aux Pays-Bas] 1881-1971*) observe qu'aux théoriciens du mouvement des travailleurs, il était clair "que la cause de la misère sociale ne se trouvait pas dans la croissance démographique mais dans le système de production capitaliste, ne fonctionnant pas pour servir les besoins des peuples mais exclusivement pour profiter à un petit groupe de possesseurs". Ce ne fut pourtant qu'une fois le vingtième siècle bien entamé que le successeur de la NMB (la Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming ñ NVSH) se dissocia des opinions économiques et politiques malthusiennes.

Tandis que les critiques socialistes ne s'opposaient pas à la contraception et à la régulation des naissances en tant que telles, la NMB dut, quant à elle, faire face à une résistance violente de quelques églises et autorités hollandaises, du fait précisément qu'elle encourageait la régulation des naissances par la contraception. L'un après l'autre, les gouvernements hollandais refusèrent de reconnaître la NMB comme une institution légale en matière des dettes encourues par la Ligue. Néanmoins, la NMB continua à se développer, tant en nombre qu'en importance; elle publia des périodiques et des brochures et réussit à établir des centres d'orientation et d'information. En ce faisant, elle donna à des personnes non qualifiées sur la plan médical un rôle à jouer, à savoir offrir une aide pratique sous surveillance médicale.

Après la première Guerre Mondiale surtout, certains membres de la NMB cherchèrent à modifier les services d'orientation et d'aide : en effet, ils ne voulaient plus viser d'abord à enseigner aux gens un bon usage des contraceptifs mais plutôt à instaurer une réforme sexuelle plus vaste, comprenant la lutte contre les préjugés envers certains phénomènes que n'acceptait pas la société, comme l'homosexualité et la cohabitation hors du mariage. Cette évolution fut brutalement interrompue en 1940, lorsque les fascistes allemands occupèrent les Pays-Bas et prohibèrent les institutions du genre de la NMB.

La NMB émergea des débris de l'occupation après que le gouvernement hollandais eut révoqué les interdictions imposées par les allemands. Toutefois, puisque la NVSH ne fut pas reconnue comme un organe légal avant 1958, il était encore nécessaire de garder le statut de fondation pour faire fonctionner les divers centres d'aide pratique.

Tant que la vente et la publicité des contraceptifs furent interdites aux Pays-Bas, la NVSH s'agrandit pour compter plus de 200 000 membres, dont 5% jouaient un rôle actif. A l'heure actuelle, elle compte 35 000 membres mais n'a rien perdu de son dynamisme.

La différence qui s'établit entre les partisans des formes alternatives de vie sexuelle - que l'on trouvait surtout parmi les gens relativement plus aisés - et ceux qui supportaient les intérêts des masses de salariés harassés s'observa plus nettement au sein de la NVSH que de la NMB. Les premiers eurent gain de cause lorsque la NVSH dut décider s'il fallait séparer la réforme sexuelle de l'aide pratique : en 1969 le congrès de la NVSH renonça aux centres d'orientation et d'information, en adoptant le slogan *Révolution Sexuelle*. Depuis, ces centres se sont regroupés sous le nom de Dr J Rutgers Stichting. Plus tard cependant, la NVSH fut convaincue que la séparation entre réforme sexuelle et aide pratique était nuisible aux deux genres d'activités, sur quoi elle ouvrit à nouveau ses propres centres d'aide pratique, visant d'abord cette fois à offrir des avortements et des consultations par téléphone, tandis que ses cliniques pratiquaient des interruptions de grossesse et offraient de plus des services tels que l'insémination artificielle et la stérilisation.

Co-fondatrice de l'IPPF en 1953, la NVSH considère que l'une de ses tâches est de lutter contre les courants néo-malthusiens qui réapparaissent régulièrement dans le planning familial et la réforme sexuelle, tant aux Pays-Bas qu'ailleurs.

La Dr J Rutgers Stichting et la NVSH sont parmi les principales organisations de planning familial aux Pays-Bas mais elles ne sont pas les seules. Parmi d'autres se trouvent une "Organisation Indépendante pour la Régulation des Naissances et la Sexualité" (Medewerkersraad '70), la "Stichting voor Medisch verantwoorde Zwangerschapsonderbreking" (Fondation pour l'avortement médicalement justifié - Stimezo) qui dirige un certain nombre de cliniques, la J A Schorer Stichting pour les services-conseils aux homosexuels, la Fondation Protestante pour la Promotion de la Famille Responsable (PSVG) et quelques agences catholiques d'orientation conjugale.

Jules de Leeuwe
NVSH,
La Haye

POLOGNE : UN PAS EN ARRIERE

Une longue tradition d'activités de planning familial organisées, non-gouvernementales, et une Eglise catholique puissante ont toujours existé côte à côte en Pologne mais ce n'est qu'au cours des derniers mois que l'antagonisme de l'Eglise s'est fortement manifesté. Dans un climat d'agitation politique et économique croissante et la naissance du syndicat libre Solidarité, les groupes catholiques ont saisi l'occasion de lutter activement et ouvertement contre les services de planning familial qui semblent gravement menacés de ce fait.

Auparavant, l'opposition catholique au planning familial et à la Loi sur l'Avortement de 1956 surtout s'était toujours manifestée de façon semi-clandestine. Ses activités portaient largement sur la publication d'articles critiques, de sermons religieux et l'organisation de groupes catholiques travaillant avec les jeunes, tels que "Oazy" et "Gaudium Vitae". Ces groupes avaient l'appui financier nécessaire pour organiser un vaste réseau de centres de consultations préconjugales et conjugales, rivalisant avec la Towarzystwo Rozwoju Rodziny (TRR) non seulement en nombre - avec plus de 12 000 centres contre les 64 de la TRR - mais aussi en degré et portée d'activités.

Malgré la pression exercée par les députés catholiques, le gouvernement avait fermement refusé de permettre au Parlement des discussions sur la loi sur l'avortement jusqu'au milieu des années 70, lorsque la situation changea. Deux événements étaient responsables de ce fait : le pronatalisme de Edward Gierek, Premier Secrétaire du Parti qui voulait une nation unifiée et puissante sur le plan démographique, et le mécontentement croissant de la population qui provenait de la manière maladroite dont le gouvernement avait traité la crise de Gdansk en 1970 et les erreurs économiques qui s'ensuivirent. Alors que l'humeur du public devenait de plus en plus agitée et antagoniste, Gierek découvrait qu'il avait besoin du soutien influent de l'Eglise.

En 1975-76, suite aux difficultés croissantes des importations et des investissements, l'Etat saisit l'occasion d'économiser de l'argent - et par la même occasion de plaire à l'Eglise - en réduisant le matériel contraceptif. De plus jusqu'en 1980, il y eut de fréquentes tentatives parlementaires pour limiter la Loi sur l'Avortement. Toutefois, grâce aux conseils d'experts, médicaux surtout, demandés par le gouvernement, les décisions en la matière furent continuellement ajournées.

En 1980 des révoltes de la classe ouvrière et des crises économiques intensifièrent le besoin qu'avait le gouvernement du soutien de l'Eglise. Solidarité devint une institution publique et légale bien connue et, en partie à cause de ses demandes, l'Etat fit plusieurs concessions importantes aux catholiques. Parmi celles-ci se trouvaient la diffusion de la Messe dans les moyens d'information et la reconnaissance des activités de groupes comme Oazy.

En exploitant cette liberté toute neuve, les groupes catholiques de droite, appuyés par le Cardinal Wysinski, populaire primat de Pologne, peuvent maintenant agir ouvertement. Ils se sont organisés sur le plan régional, en groupes autonomes qui portent des noms différents mais qui ont tous le même objectif - Mouvements pour la Protection de l'Enfant à Naître. Ils publient de la documentation, organisent des séminaires sur les méthodes "naturelles" de régulation de la fécondité et distribuent des photos de fœtus et des informations produites par les groupes anti-avortement; ils se rendent aussi dans les cliniques d'état et de la TRR pour tenter d'y influencer les clients venus chercher des conseils sur la contraception et l'avortement.

En novembre 1980, la TRR publia un "Point de vue du Présidium de la TRR sur la contraception en Pologne". Destiné à devenir une arme contre l'agitation catholique, ce document réaffirme la position de la TRR en matière de services de planning familial et présente des arguments nets et persuasifs en faveur de l'accès à ces services.

La TRR y signale que le taux de natalité brut est toujours l'un des plus élevés d'Europe, soit 19,5 pour 1000 en 1979. La Pologne occupe donc une excellente position démographique que menace non pas la situation actuelle en matière de contraception et d'avortement mais la détérioration radicale des conditions matérielles et sociales des familles. L'Etat ne doit agir que pour encourager les naissances désirées et la régulation de la fécondité doit servir à en déterminer le nombre et l'espacement. L'avortement ne doit être qu'un dernier ressort à utiliser en cas d'échec contraceptif ou de graves contre-indications médicales ou sociales : avortement n'est pas synonyme de contraception. Dans les pays d'Europe de l'Ouest qui suivirent l'exemple du bloc socialiste et légalisèrent l'avortement, les taux d'avortement sont restés essentiellement stables. Par contre, on peut observer les effets indésirables de l'avortement illégal en Roumanie. Il est évident que le seul moyen efficace pour lutter contre l'avortement est d'offrir des informations sur la contraception et des contraceptifs de bonne qualité, en quantité suffisante.

Cependant, la disponibilité de la contraception en Pologne est si médiocre qu'elle en devient alarmante. Suite à l'absence totale de contraceptifs en 1975-76, il y a encore de nos jours de très grosses pénuries, tant en quantité qu'en variété. Il n'y a aucune pilule à faible oestrogène et les condoms polonais sont de très pauvre qualité. Seulement 61% des femmes urbaines fécondes et 50% des femmes rurales fécondes emploient une forme de contraception. La dernière enquête (Jaczewski et Radomski, 1979) montre que 7% des femmes et 17% des hommes utilisent des méthodes efficaces (soit non "naturelles"). Il n'est donc pas surprenant qu'une femme urbaine sur trois ait subi au moins un avortement.

La TRR se garde bien de faire une différence entre les divers types de contraceptifs mais insiste pour que le personnel sanitaire soit formé à toutes les méthodes et pour que les femmes aient accès à tous les moyens contraceptifs, "naturels" ou non. Non seulement les gynécologues mais tous les médecins doivent être formés au planning familial et des distributeurs automatiques de condoms doivent être installés dans des endroits facilement accessibles tels que gares, restaurants et toilettes publiques.

Le document se termine en affirmant que la contraception est liée très étroitement à la santé des femmes et des familles et doit donc être traitée comme toute autre branche de la médecine préventive. Si l'avortement doit être découragé, surtout parmi les femmes très jeunes, il ne faut pas le faire en limitant la loi sur l'avortement mais plutôt en mettant à la portée de tous les services de contraception et d'avortement.

La principale raison pour laquelle la TRR a ainsi affirmé sa position est citée à la Clause 3, à savoir la crainte que la pression exercée par le pouvoir conservateur n'augmente pour forcer les autorités à réviser les lois libérales sur le planning familial. Cette prophétie s'est réalisée en février 1981 lorsque le ministre de la Santé fut obligé de publier une liste de propositions visant à limiter la loi : seuls les gynécologues seront autorisés à pratiquer des avortements, des consultations spéciales seront nécessaires avant d'interrompre la première grossesse, ce qui rendra plus difficile l'accès à l'avortement et les médecins pourront refuser de pratiquer cette intervention pour des raisons morales.

Il est impossible de dire que le mouvement anti-avortement est un mouvement de Solidarité car ce syndicat n'a pas déclaré officiellement son appui à ce mouvement qui prétend pourtant l'avoir. Cependant, Solidarité dispose d'un puissant soutien catholique et les groupes religieux, qu'ils soient ou non membres de Solidarité, sont prêts à mettre en avant des revendications bien plus extrêmes. C'est évident que si l'agitation politique continue, ces groupes auront une prise plus ferme. En effet, il devient de plus en plus facile d'envisager une situation dans laquelle l'Etat, poussé à faire des concessions, apportera des changements au domaine qui lui est le plus nettement ouvert - c'est-à-dire qu'il limitera l'accès à l'avortement et à la contraception et endommagera ainsi les réalisations de la TRR au cours des dernières décennies.

L'Association Britannique de Planning Familial a organisé, à l'intention de 15 membres d'associations européennes, un séminaire de deux jours sur son Service d'Information sur le Planning Familial (FPIS) qui s'est déroulé à son siège londonien les 8 et 9 octobre 1980, dans le cadre du programme de Travail pour 1980 de l'IPPF Europe.

L'Association britannique reçoit une subvention annuelle du gouvernement de £160 000 (en 1980) pour ses services d'information, avec le mandat de s'assurer que les services de planning familial disponibles par l'intermédiaire du système de sécurité sociale sont connus du et utilisés par le public. Le service offre une grande variété de matériel et de services d'information; il publie des brochures sur toutes les méthodes de contraception et les sujets associés comme maladies sexuellement transmissibles, examen du sein par les femmes elles-mêmes, cystite, informations sexuelles pour les adolescents, et un journal trimestriel distribué à 29 000 médecins dans tout le pays. Des feuillets d'information "Fact Sheets" et "Informs" sont aussi publiés à l'intention des journalistes, des professionnels et des étudiants. Une bibliothèque et un Centre d'Information sont ouverts au public cinq jours par semaine, de 9 à 17 heures, et un Bureau de Consultation de 11 à 15 heures, pour tous ceux qui désirent discuter de leurs problèmes personnels en confiance, avec un conseiller compatissant et qualifié. Un service téléphonique d'information fonctionne cinq jours par semaine, de 9 à 17 heures et donne les adresses des cliniques et leurs heures d'ouverture, des informations sur les méthodes de contraception et une vaste gamme de sujets connexes, et les adresses d'autres organisations susceptibles de résoudre des problèmes particuliers. L'année dernière, le service a répondu à plus de 100 000 demandes d'information par lettre, téléphone ou visites personnelles (y compris les bureaux régionaux).

Le séminaire visait à montrer au personnel des services d'information/ d'administration des autres APF la manière dont fonctionnait ce service, à favoriser les échanges d'information et d'expériences et à stimuler d'autres idées sur la question. Des formulaires d'évaluation distribués et ramassés à la fin du séminaire indiquèrent que l'on était largement parvenu à ces fins.*

Le séminaire a été organisé en groupes de quatre pour observer le personnel du service d'information à l'action, et en groupes plus larges pour parler des activités concernant la presse et les "groupes de pression". Ces deux méthodes ont permis aux participants de se connaître, de débattre des questions spécifiques et d'échanger leurs idées et expériences. En conséquence, les participants savent maintenant à qui s'adresser pour obtenir des informations de l'association britannique et pour partager leurs idées.

Les discussions ont porté sur une variété de sujets et ont été enrichissantes; un sujet fascinant a été les problèmes que presque toutes les APF européennes doivent résoudre, comme p.ex. restrictions financières, tendances politiques de droite et problèmes relatifs aux méthodes de contraception. On a pu éclaircir aussi des idées fausses très répandues sur le travail des autres APF. La causerie animée de Dilys Cossey sur la lutte pour instaurer divers changements de la législation et pour influencer les média et les politiciens a été enrichissante, surtout

pour ceux qui cherchent à modifier la législation sur l'avortement dans leurs pays; on a aussi beaucoup parlé des relations avec la presse, comment traiter la controverse associée au progestatif retard injectable par exemple, et de la lutte continue pour obtenir des comptes-rendus objectifs sur des questions telles que l'éducation sexuelle.

Le séminaire s'est terminé par une visite à *Grapevine*, projet de l'association concernant les jeunes, à Islington. Cette visite a permis de révéler et de rectifier beaucoup de malentendus sur le projet, exercice très profitable à ceux qui avaient tenté des projets similaires et à *Grapevine* lui-même. De plus, on a demandé au personnel des associations de remplir des fiches intitulées "Profil National", pour obtenir des détails sur leur association et la situation en matière de planning familial dans leur pays. Ces renseignements seront rassemblés par le personnel du FPIS et publiés sous forme de feuillets d'information "Inform" s'attachant aux associations européennes, au début de 1981.

Maggie Jones
Londres

- * 13 questionnaires remplis à la fin du séminaire donnent les informations suivantes :

13 personnes ont trouvé le séminaire utile; 10 ont apprécié la possibilité d'échanger leurs expériences en matière d'activités d'information et 12 ont pensé qu'il les aiderait à améliorer leurs activités dans ce domaine.

Voici quelques exemples de commentaires chaleureux et animés :
"Le séminaire était bien organisé"... "Il s'est déroulé dans une atmosphère sincère et amicale"... C'était intéressant sur le plan pratique"... "Il a redonné de l'élan aux diverses possibilités"... "J'en ai tiré des idées pratiques qui seront très utiles à mon organisation".

COLLABORATION A LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ENTRE L'APF YOUGOSLAVE ET
LE FNUAP

En République Fédérale Socialiste de Yougoslavie, le Conseil Fédéral de Planning Familial de l'Alliance Socialiste des Travailleurs de Yougoslavie soumet au Fonds des Nations Unis pour les activités en matière de population, les projets concernant l'humanisation des relations entre les deux sexes et le planning familial. Les autorités fédérales, républicaines et provinciales appropriées ont convenu de donner au Conseil de rôle de coordinateur dans l'exécution des projets qui sont en fait effectués par diverses facultés universitaires.

L'association yougoslave aide non seulement à l'exécution des projets mais elle collabore aussi avec d'autres à leur élaboration.

En mars 1977, le FNUAP accepta de subventionner les projets suivants : "Programme de formation professionnelle du personnel sanitaire du planning familial", entrepris par l'Institut de Planning Familial de Ljubljana et l'Institut de Politique Sociale de Belgrade; "Evaluation des activités précédentes de planning familial en Yougoslavie", entrepris par le Centre de Recherches Démographiques de l'Institut des Sciences Sociales à Belgrade.

Ces projets ont été complétés avec succès à la fin de 1979 et le FNUAP en a loué les résultats.

En mars 1979, l'Institut Pédagogique de la Faculté de Philosophie de Zagreb commença un "Programme de formation professionnelle et d'études supérieures pour les enseignants dans le domaine du planning familial". Ce projet fut complété en 1980.

Au début de 1979, le FNUAP accepta de patronner cinq nouveaux projets de trois ans, portant sur des aspects différents du planning familial :

- o Humanisation des relations entre les deux sexes et parenté responsable (Département de Pédagogie et de Psychologie, Faculté de Philosophie de Sarajevo)
- o Intégration de l'humanisation des relations entre les deux sexes aux programmes d'éducation à tous les échelons et formation des jeunes à la parenté responsable (Ecole Normale de Nikšić, Montenegro)
- o Evaluation d'études précédentes sur le planning familial pour découvrir l'attitude du public envers ce sujet et programme de formation professionnelle et d'éducation du personnel de planning familial (dans la province Kosovo) (Institut de Médecine sociale et Institut Régional d'Hygiène, Priština)
- o Le planning familial dans les régions sous-développées de Serbie (Institut de Protection Maternelle et Infantile, Belgrade)
- o Quelques aspects du comportement démographique des gens en temps de crise (p.ex. tremblement de terre au Montenegro) (Institut Médical de Titograd)

L'association et le FNUAP entretiennent de bonnes relations de travail. Depuis 1971 des représentants du Fonds ont visité la Yougoslavie à diverses reprises pour discuter de la forme et l'exécution des projets et des membres du Personnel européen du FNUAP se sont rendus dans les établissements qui réalisent les projets.

Ces activités ont élargi le champ d'intérêt de plusieurs universités yougoslaves car divers experts se sont regroupés à cause de l'approche multidisciplinaire à l'exécution des projets.

Trois projets éducatifs, quatre médicaux et deux démographiques sont en cours. Quatre d'entre eux ont une ampleur nationale et les autres concernent plutôt des Républiques ou des Provinces. Toutefois, le projet exécuté à l'université de Sarajevo a pris une ampleur non seulement nationale mais aussi internationale puisque du personnel d'autres pays assisteront aux cours. Des études de deux mois et des études supérieures d'un an commenceront en 1982 pour les étudiants étrangers.

D'après les résultats obtenus jusqu'à présent, on peut dire que la collaboration avec le FNUAP est très réussie et stimulante. Plusieurs symposiums réussis et des publications, dont deux en anglais, en ont résulté. La contribution la plus importante provient des milieux universitaires qui donnent l'élan, sur le plan éducatif surtout, au développement d'activités en matière d'humanisation des relations entre les deux sexes et de parenté responsable.

La valeur éducative de la recherche scientifique attachée à ces projets a eu un impact permanent sur le sujet de l'humanisation entraînant son intégration aux programmes d'études à tous les niveaux de la scolarité. Plus de 200 demandes ont été reçues pour les 60 places attribuées au programme d'études supérieures à Sarajevo, ce qui démontre le vif intérêt porté à ce domaine de la vie.

Nevenka Petrić
Conseil Yougoslave de Planning Familial,
Belgrade

PLANNING FAMILIAL POUR LES MIGRANTS : NOUVEAU CHAMP D'ACTIVITES REGIONALES

Les idées d'activités relatives aux besoins en planning familial des migrants en Europe ne sont pas neuves mais il fallut attendre 1980 pour que des propositions concrètes fussent présentées au Conseil Régional. Celles-ci furent approuvées et le projet "Les Migrants et le Planning Familial" fut incorporé au programme de travail régional de 1981.

L'association allemande *Pro Familia* apporta la principale contribution au développement de ce projet car, confrontée par de plus en plus de clients étrangers - venus surtout de Turquie, Grèce, Italie, Espagne, Portugal et Yougoslavie - elle élaborera une étude pilote des clients migrants dont l'objectif était non seulement de déterminer les antécédents socio-économiques et culturels de ces clients, mais aussi d'étudier de plus près les raisons pour lesquelles ils avaient besoin d'aide et les méthodes de consultation qui leur convenaient le mieux. Le projet régional fut conçu sur cette base.

Essentiellement le projet est d'abord une activité de recherche qui permettra de combler les vides actuels de l'information dans ce domaine. Aux stades préliminaires, le travail consiste en gros à obtenir des données au moyen de questionnaires; ces données formeront l'ossature de la situation relative aux migrants dans toute l'Europe - qui va dans quel pays, les antécédents socio-économiques et culturels et l'influence de ces facteurs, le cas échéant, sur le comportement démographique au sein des diverses nationalités - et elles constitueront une étude plus détaillée des services de planning familial du point de vue des migrants. Par exemple, dans quelle mesure les migrants utilisent-ils les services de planning? Y a-t-il des cliniques où les services sont spécialement adaptés aux migrants (p.ex. interprètes, brochures dans la langue en jeu, et/ou conseillers spécialement formés, connaissant bien les diverses coutumes ethniques)? Les migrants sont-ils un groupe "à part" en ce sens que leurs besoins diffèrent de ceux des natifs d'un pays et qu'ils ne sont pas satisfaits? Et, dans l'affirmative, que peut-on ou doit-on faire pour répondre à ces besoins?

La durée du projet et toute activité supplémentaire, sous forme de groupes de travail pour approfondir certaines questions, d'études plus détaillées de quelques aspects des besoins en planning familial des migrants, et de recommandations aux organes s'intéressant à ces groupes (CEE, BIT, OMS, CIME et le Conseil de l'Europe), tous ces facteurs dépendent évidemment du degré de participation des associations nationales et de la quantité et la qualité du matériel obtenu en réponse aux deux questionnaires. 12 associations ont annoncé leur vif intérêt en nommant un responsable pour les représenter dans le cadre du projet. Etant donné qu'on en est au stade difficile et laborieux d'accumulation de données et d'analyses statistiques, le degré de participation est encourageant.

Beaucoup d'associations ont donc exprimé leur intérêt envers ce sujet et aimeraient avoir des informations plus étendues sur les migrants. Tout en exposant cette curiosité, les questionnaires mettent en relief l'insuffisance des informations actuelles sur les migrants eux-mêmes, sans parler de leurs besoins éventuels en planning familial. Peu de cliniques analysent les statistiques relatives aux migrants, même lorsqu'elles rassemblent ces informations.

Bien que le projet en soit encore à ses débuts, certains traits sont déjà visibles comme le manque d'information et le besoin essentiel de trouver une définition du terme "migrant" qui soit comprise et acceptée par tous. Dans le cadre du projet, "migrant" veut surtout dire "immigrant", c'est-à-dire toute personne résidant dans un pays donné mais née ailleurs. Ce terme est interprété différemment dans divers pays. En Allemagne Fédérale par exemple, "migrant" veut dire "travailleur invité" de Grèce, d'Espagne, d'Italie, de Yougoslavie, du Portugal et de Turquie: migrants d'origine européenne (y compris la CEE), immigrants à court terme employés surtout comme main-d'oeuvre bon marché. Au

Royaume-Uni toutefois, les migrants d'Asie et des Antilles sont très nombreux : ce sont des migrants non européens et, en général, permanents. Pour le britannique moyen, tout habitant de couleur est un "immigrant", qu'il soit né au Royaume-Uni ou non. De plus, toute définition est encore compliquée du fait qu'il faille trouver un mot qui tienne compte aussi des mouvements entre, par exemple, la RFA et la RDA ou la République Irlandaise et l'Irlande du Nord.

Le problème de définir "qui est migrant" sera l'un des sujets discutés par les participants au Projet qui se réuniront en groupe de travail, en mai 1981. Le groupe examinera aussi les résultats de l'évaluation des questionnaires, les problèmes de disponibilité des données relatives aux migrants, les activités de planning familial avec les migrants au sein de communautés et de pays particuliers et, finalement, l'évaluation d'éventuelles activités spécialement conçues pour les migrants.

Que cette réunion entraîne ou non de nouvelles initiatives dans de futurs domaines d'action avec les migrants, on prévoit qu'à la fin du Projet, on disposera d'un vaste ensemble d'informations sur les migrants et les services de planning familial en Europe.

Les personnes handicapées et les relations sexuelles

Ce document* de 109 pages concerne deux séminaires sur les personnes handicapées et les relations sexuelles, organisés par Pro Familia qui était consciente de l'insuffisance des communications avec les handicapés et des connaissances sur la manière de se comporter envers ces personnes.

Cette publication ne prétend pas étudier le sujet à fond mais vise à stimuler les lecteurs à discuter et à réfléchir plus profondément à la question. Elle examine l'historique du projet, l'évolution du comportement sexuel des handicapés et des conseillers, la sexualité comme fonction des relations avec les handicapés et les aspects légaux d'activités destinées aux handicapés. Elle contient aussi une bibliographie.

* Pro Familia (1980) : *Sexualität in der Partnerschaft mit Körperbehinderten*. Pro Familia Arbeits-Materialien Nr.25

Pour de plus amples détails, veuillez contacter Pro Familia, Cronstettenstrasse 30, 6000 Frankfurt am Main 1, République Fédérale Allemande.

La non parenté

En décembre 1979, un groupe de travail régional réuni à Londres discuta des *Aspects psychosociaux attachés à la non parenté, volontaire et involontaire*. En mai 1980 le Conseil Régional étudia le rapport de ce groupe. En janvier 1981, le Comité Exécutif Régional décida que ce rapport pouvait être publié, en y apportant de légères modifications pour tenir compte des commentaires reçus.

C'est pourquoi les membres du Conseil Régional et les associations nationales recevront le rapport avec cet exemplaire du *Bulletin*. Pour les autres personnes intéressées, ce rapport tapé à la machine, en anglais seulement, peut être obtenu *au prix de £1.00 + frais d'envoi*, en écrivant à l'adresse suivante : IPPF Europe Regional Office, 18-20 Lower Regent Street, London SW1Y 4PW.