

● Vol 10 No 2 Octobre 1981

Dans ce numéro

- o Compte-rendu de la réunion du Conseil Régional en 1981
- o Apprendre des autres - Accès des consommateurs à la régulation de la fécondité
- o Le planning familial et les syndicats :
 en France
 en Yougoslavie
- o Services de planning familial pour les immigrés et les minorités ethniques en Grande-Bretagne : théorie et pratique
- o Stages de l'association britannique sur l'éducation sexuelle et les relations mutuelles, pour ceux qui soignent les handicapés mentalement
- o La IFPA et l'Année Internationale des Personnes Handicapées
- o Suisse - Correction
- o Les jeunes et la sexualité - un nouveau livre
- o Liste des publications régionales

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.

COMPTE-RENDU DE LA REUNION DU CONSEIL REGIONAL EN 1981

Le Conseil Régional de l'IPPF Europe, représentant 20 associations européennes membres de l'IPPF, se rassembla à Tutzing (République Fédérale d'Allemagne) du 1^{er} au 4 juin 1981, sous la présidence de Jürgen Heinrichs (RFA). Assistèrent également à cette réunion des observateurs venus de Grèce, de Malte et de Tchécoslovaquie, ainsi que la Secrétaire Exécutive de l'IPPF.

La réunion commença le soir, par une séance réservée aux formalités. Les délégués adoptèrent l'ordre du jour, avec quelques modifications mineures, et approuvèrent le procès-verbal de l'année précédente et les comptes régionaux. Le Conseil bulgare pour le Développement de la Famille et la Société hongroise pour la Protection de la Femme et de la Famille se virent ensuite confirmer le titre de membre associé de l'IPPF.

Le lendemain, le Comité Exécutif Régional présenta un rapport des principaux événements survenus depuis la réunion précédente et les discussions commencèrent.

On parla des activités de l'année et on passa en revue les publications : le *Bulletin d'Information Régional*, *Sex Education and Adolescence in Europe*, livre sur la sexualité des adolescents, et du matériel relatif à la sexualité des handicapés.

Quelques associations avaient rédigé en commun un exposé donnant plusieurs idées d'activités dans lesquelles l'IPPF Europe pouvait s'engager à l'avenir, "*Proposals on future initiatives for IPPF Europe Region*". Le Comité Exécutif décida d'inviter le personnel et les volontaires des associations membres à en donner leurs impressions; ensuite, un groupe de travail, composé de membres du personnel et de volontaires des associations et du personnel du Bureau Régional, se réunirait en 1981 pour préparer des recommandations à partir de cet exposé et des commentaires reçus; celles-ci seraient alors présentées au Conseil Régional lors de sa prochaine réunion en 1982.

On présenta les rapports de diverses réunions régionales ou avec participation régionale, y compris celui d'un groupe sur la consultation psychosexuelle qui s'était rassemblé quelques jours auparavant.

Le thème du Conseil était l'*Accès des Consommateurs à la Régulation de la Fécondité*. David Nowlan ouvrit la séance en déplorant le peu d'intérêt manifesté jusqu'alors envers les services de régulation de la fécondité, du point de vue des consommateurs. Pourtant, Elise Ottesen-Jensen, cofondatrice de l'IPPF, avait préconisé la marche à suivre : "*Nous avons beaucoup à apprendre des autres. Nous devons les écouter et nous inspirer de leurs idées.*"

Le groupe de travail sur l'*Accès des Consommateurs* visait à stimuler l'intérêt des associations nationales envers l'évaluation de la disponibilité et de la qualité des services, du point de vue du client. Les discussions avaient trois objectifs : poser les bonnes questions, élaborer les moyens nécessaires pour y répondre et aider les associations à employer ces moyens pour évaluer les services offerts à leurs clients.

Lorsque le Groupe de Travail eut fini l'exposé des sujets, les membres du Conseil se répartirent en cinq groupes de discussion qui firent leurs rapports au Conseil le lendemain. Puis le Groupe de Travail examina les diverses recommandations de ces groupes pour en tirer de fermes propositions pour le Programme de Travail Régional. (Voir en page 8 de ce numéro l'article sur le groupe chargé de la Consommation).

On passa ensuite aux développements importants mentionnés dans les Rapports Annuels pour 1980 des associations, lesquels sont résumés ci-dessous.*

Pays Membres

Autriche

Certains changements se sont produits depuis les élections générales de 1979. Deux secrétariats d'état différents sont maintenant responsables des aspects financiers de la politique familiale, de la santé des femmes et du planning familial. La fermeture d'une des principales cliniques pratiquant des avortements a rendu encore plus difficile la situation des femmes dans la partie ouest du pays. L'association collabore avec le gouvernement et donne des cours, organise des groupes de discussion dans le cadre de stages pour le personnel de planning familial, rédige et édite du matériel d'éducation préparé par l'état et agit dans l'ensemble comme consultant en matière d'éducation sexuelle et de contraception.

Belgique

La situation relative au planning familial s'est encore aggravée sur certains points depuis 1979. L'avortement est toujours illégal dans le pays quoique 10 000 y soient pratiqués chaque année, dans les centres extra-hospitaliers surtout. La législation menace les activités d'éducation, en limitant la possibilité pour les établissements d'enseignement d'organiser des activités extérieures. La Fédération belge poursuit ses activités de formation et ses activités visant à libéraliser l'avortement; elle envisage aussi l'action suivante : recherche de voies nouvelles pour la contraception, services d'accompagnement des grossesses et services pour les migrants et les adolescents.

Bulgarie

La disponibilité irrégulière des contraceptifs (notamment les DIUs) représente toujours un gros problème pour l'association. Le nombre des avortements est égal au nombre des naissances. Le gouvernement semble éprouver un intérêt plus poussé envers le planning familial, surtout dans le domaine de la stérilité. L'association prépare d'ailleurs une vaste étude sur ce sujet; de plus, elle lutte pour la libéralisation de la loi sur l'avortement et cherche à améliorer la disponibilité des contraceptifs.

Danemark

Les restrictions des dépenses dans le secteur public se sont répercutées sur les services de planning familial, quoique les cliniques aient accru leur clientèle de 20%. L'association danoise a organisé deux séminaires d'information à l'intention des médecins généralistes et autres personnels sanitaires, en collaboration avec le Bureau de l'Europe de l'OMS ; elle

* Les rapports complets pour 1980 peuvent être obtenus auprès du Bureau Régional.

va d'ailleurs multiplier ces services car une enquête entreprise récemment a dévoilé que beaucoup de femmes n'étaient pas satisfaites des services offerts par les généralistes. L'association vient de terminer un projet de recherche sur les modèles de planning familial des femmes enceintes et en prépare un autre sur l'éducation sexuelle, à la demande du Service national de Santé. Elle s'est penchée aussi sur la distribution plus vaste du matériel d'information et d'éducation.

Finlande

Le taux de natalité y est inférieur au taux de remplacement depuis dix ans, bien que stable depuis quatre ans. L'association considère que le planning familial, y compris les services de soins et de consultation pour les couples sans enfants, fait partie de la politique familiale, laquelle est d'ailleurs un moyen d'influencer la politique démographique du pays. Väestöliitto collabore étroitement avec le gouvernement et essaie activement de participer aux décisions politiques soit en prenant l'initiative, soit en participant au travail des commissions d'état. A l'avenir, les activités chercheront surtout à améliorer le sort des familles avec enfants, les politiques de logement et d'aide familiale, la consultation génétique, etc, et s'attacheront aussi au travail d'information général. L'association espère que ces activités entraîneront une hausse du taux de natalité, hausse nécessaire au développement équilibré de la population.

France

La Loi de 1979 sur l'Avortement renforce les peines et amendes en cas de non respect des restrictions, ce qui a entraîné des poursuites et des peines contre des médecins, ainsi qu'une augmentation du nombre de cas illégaux. Une enquête sur l'avortement a permis de dénoncer l'insuffisance des réponses des services publics aux demandes d'avortement; de montrer l'insuffisance de la loi et sa mauvaise application, ainsi que le manque d'information pour la contraception; l'association va donc continuer la lutte pour la contraception et l'avortement, analyser la récession des droits au planning familial liée à la politique pronataliste du gouvernement, en espérant toutefois que, sous le gouvernement socialiste récemment élu, il se produira une amélioration générale de la situation relative au planning familial.

Hongrie

L'association s'est surtout attachée aux activités qui entraînent une compréhension scientifique de la fonction familiale. Elle a poursuivi ses activités d'éducation sous couvert d'une préparation à la vie de famille et participé à la formation des enseignants et du personnel sanitaire en la matière; elle a pris part aussi à une étude sur les effets secondaires et les complications des contraceptifs et aux essais cliniques sur les produits nouveaux. Des études sur la vie sexuelle et le comportement des jeunes en matière de contraception et d'avortement sont en cours. Une table ronde aura lieu en octobre 1981 sur le thème "Préparation à la Vie de Famille". Le prochain congrès de l'association, en 1982, aura pour titre "Développement des courants de fécondité, du planning familial et de la régulation des naissances".

Irlande

Dans le cadre de la nouvelle Loi sur le Planning Familial (1979), l'association est autorisée à donner des informations et des services contraceptifs, mais elle ne peut vendre de contraceptifs ce qui l'a obligée à créer une organisation séparée pour s'occuper de la vente.

L'Assemblée des Membres de l'IPPF a passé une résolution visant à informer les Nations unies du non respect de la loi irlandaise à sa Déclaration sur les Droits de l'Homme. L'association irlandaise a par ailleurs amélioré ses contacts avec les syndicats, la profession enseignante et les personnes handicapées et a, dans l'ensemble, élargi son champ d'activités.

Italie

Un référendum a révélé une réponse positive en faveur de l'avortement et a été suivi d'un congrès organisé par l'association italienne, UICEMP, sur la mise en application de la loi sur l'avortement, en mai 1981. De façon générale, la loi n'est observée que dans très peu d'endroits et des régions entières se trouvent toujours sans cliniques de planning familial. L'association accorde une place importante à ses activités d'éducation et de consultation mais est très gênée par des problèmes financiers aigus. Elle a demandé l'aide de l'IPPF.

Luxembourg

Le gouvernement a toujours la même attitude négative envers la loi sur l'éducation sexuelle et l'avortement et a d'ailleurs refusé d'augmenter ses subventions; pourtant, l'association a une clientèle plus importante et a ouvert un nouveau centre, financé par les autorités locales. Elle a beaucoup élargi son travail d'information par des émissions à la radio et des articles dans la presse quotidienne et a entamé de nouvelles activités.

Norvège

L'association continue de collaborer avec le Bureau de la Santé et d'organiser des cours pour le personnel de la santé publique, dans tout le pays, et pour les personnes handicapées. Elle a produit des brochures sur les maladies transmises sexuellement et sur la contraception, qui sont distribuées dans les écoles. L'association concentrera son attention sur l'information pour les jeunes en milieux scolaires et recevra des subventions gouvernementales pour des projets spéciaux.

Pays-Bas

L'association lutte contre la nouvelle loi sur l'avortement, lequel est toujours restreint quoique largement disponible en pratique. Ses autres activités comprennent des services de contraception et de thérapie psychosexuelle et des programmes de formation et d'éducation. Elle a installé un service téléphonique dans l'espoir de répondre aux besoins des jeunes surtout. Elle a aussi produit, pour ces derniers, une brochure sur la contraception et la sexualité qui a eu beaucoup de succès.

Pologne

A cause des récents événements politiques, l'association TRR doit faire face à un puissant mouvement d'opposition à la contraception, l'avortement et l'éducation sexuelle. Les contraceptifs se font de plus en plus rares et la loi libérale sur l'avortement est menacée. Sous ce climat critique, TRR a poursuivi son travail de consultation et d'éducation sexuelle et a été l'hôte du Deuxième Séminaire sur le Planning Familial et l'Education Sexuelle, organisé par les pays socialistes. Néanmoins, la lutte pour survivre prend une telle ampleur que la TRR se retrouve au niveau des années 50, lorsqu'elle se battait pour obtenir le libre accès au planning familial en Pologne.

Portugal

Assaillie par des déclarations gouvernementales en faveur des méthodes 'naturelles' de contraception, l'association collabore toujours avec le Service de Santé et la Commission à la Condition Féminine, ainsi qu'avec le FNPAD en matière de projets et de formation. La consultation psychosexuelle et les problèmes démographiques ont été l'objet de conférences et les activités ont été étendues à l'information destinée aux jeunes. La subvention qu'accorde l'IPPF à l'association est la principale source de revenus de cette dernière, qui a d'ailleurs renouvelé sa demande d'aide pour l'année 1982.

République Démocratique Allemande

L'association continue d'informer le public par des programmes radiodiffusés et télévisés, des articles dans la presse et des rapports dans les écoles et les clubs de jeunes. Elle a élaboré les grandes lignes d'un programme de formation pour les travailleurs sociaux, pour permettre l'intégration du planning familial dans leurs programmes d'études. L'association a organisé une réunion sur "les problèmes d'ordre médical et éducatif en matière de sexualité", comprenant la formation et l'éducation des conseillers psychosexuels, et elle prépare un symposium d'une semaine sur "les couples sans enfants". L'association envisage une réunion de travail avec d'autres associations médicales et le ministère de la Santé, dans le but d'identifier des domaines futurs d'activités, comme l'apport de services à différents groupes-cibles, plus petits.

République Fédérale d'Allemagne

Les discussions relatives à la mise en application de la loi sur l'avortement se sont poursuivies en 1980 et Pro Familia a de nouveau subi de nombreuses attaques, dans la presse et au niveau fédéral et local, ce qui a entraîné des restrictions financières. Pro Familia en a conclu qu'elle devait s'organiser et projeter l'image d'une organisation professionnelle de planning familial. Deux projets-pilotes ont été terminés, à savoir : "Formation à l'éducation sexuelle des éducateurs de jeunes en milieu extra-scolaire" et "Education sexuelle dans l'armée - le planning familial pour les hommes". Pro Familia révisé actuellement son programme de formation, en insistant surtout sur la thérapie sexuelle. Le gouvernement ayant refusé de supporter un programme de consultation pour des groupes-cibles spécifiques, étalé sur cinq ans, Pro Familial a décidé de le mettre en pratique dans ses cliniques, sur une échelle réduite.

Royaume-Uni

Etant donné la facilité d'accès au planning familial dans le pays, l'association a été amenée à revoir son rôle. Pourtant le nombre des avortements croît toujours ce qui indique une lacune dans les activités d'éducation et d'information sur quoi l'association envisage de concentrer ses efforts. Comme groupe de pression, elle a joué un rôle important pour convaincre les autorités sanitaires régionales de ne pas restreindre les fonds nécessaires aux services cliniques et elle a d'ailleurs gardé ses cliniques dans certaines régions. Malgré une déclaration favorable du ministère de la Santé concernant l'offre des contraceptifs aux moins de 16 ans, les activités de l'association ont été gênées par la récession économique et un gouvernement conservateur engagé à réduire les dépenses publiques, créant ainsi des problèmes très réels dans le domaine de la santé publique et du planning familial.

Suède

L'association, RFSU, poursuit son travail d'information et d'éducation, en organisant des cours sur une variété de sujets et en publiant du matériel. Les camps organisés l'été se sont multipliés et ont donné aux gens de tous âges et de tous milieux la possibilité de se rencontrer et d'échanger leurs idées et expériences, avec beaucoup de succès. RFSU s'est beaucoup penchée sur la sexualité des jeunes et a élargi ses recherches et activités sur les victimes de viol et d'attaques sexuelles. Ayant formulé sa position idéologique, l'association s'efforcera, pendant les prochaines années, d'examiner de plus près les questions relatives à la sexualité et d'atteindre une plus grande partie du public par ses activités.

Turquie

L'association a concentré son attention sur la propagande et l'éducation, à l'intention des travailleurs et des soldats surtout. Elle envisage des programmes concernant les jeunes, la sexualité des handicapés physiquement et la formation des parents. Le nouveau gouvernement turc est conscient de ses responsabilités en matière de planning familial et étudie la possibilité d'une législation sur l'avortement et la stérilisation féminine.

Yougoslavie

L'activité principale de l'association a porté sur la reconnaissance du planning familial comme un droit constitutionnel de l'homme. L'éducation des jeunes, des séminaires et conférences sur la protection sanitaire et sociale, la formation des travailleurs sociaux et un projet destiné à offrir des informations et des services de planning familial aux yougoslaves travaillant à l'étranger temporairement ont été aussi au programme de l'association. Par ailleurs, elle collabore toujours avec le FNPAD à divers projets de recherche scientifique et elle entretient de bonnes relations avec les mass média.

Pays non membres

Grèce

La loi concernant l'établissement de cliniques de planning familial a été votée finalement en 1980 et a été suivi de la création d'une Commission Consultative en matière de Planning Familial, chargée d'étudier les moyens de la mettre en application. Les services sont encore très limités et peu cohérents; de plus, quoique la plupart des méthodes contraceptives y soient disponibles, elles sont peu employées. L'avortement illégal est très répandu malgré la législation restrictive.

Malte

Grâce au gros travail de préparation pendant tout 1980, y compris des enquêtes montrant que les activités sexuelles se répandent de plus en plus parmi les jeunes et qu'une grande partie de la profession médicale était prête à donner des services de planning familial à ses clients, le Service de la Santé et de l'Environnement a décidé de créer des cliniques pour la Protection de la Famille, en mai 1981, dans le cadre du plan de développement des services communautaires. A ce jour, trois cliniques ont été établies et donnent des consultations sur les relations mutuelles, la protection infantile, ainsi que des services de gynécologie et de planning familial.

Tchécoslovaquie

Le gouvernement s'est toujours beaucoup intéressé à la situation démographique du pays; la politique démographique pronataliste a encouragé une hausse du taux de fécondité pendant les années 70. On a toutefois observé une baisse en 1980 et c'est pourquoi l'éducation au rôle de parents et le planning familial sont étroitement intégrés à la politique du gouvernement. La contraception s'obtient facilement dans le pays, la loi sur l'avortement y est libérale et l'éducation sexuelle obligatoire. En 1980, les efforts ont porté principalement sur l'amélioration du système actuel d'éducation à la parenté, grâce à des enquêtes et recherches qui porteront sur plusieurs années.

Le Conseil étudia ensuite le Programme de Travail et le Budget pour l'année 1982. Il accepta les propositions du Groupe de Travail sur la Consommation et convint que le projet sur les Migrants se poursuivait par trois réunions de petits groupes de travail en 1981, synthétisées par une réunion globale en 1982. Les délégués yougoslaves mentionnèrent les progrès du projet régional sur le Planning Familial en tant que Droit de l'Homme, dont l'association yougoslave est largement responsable pour le compte de la Région. On distribua le rapport préliminaire d'un groupe de travail sur la Consultation Psychosexuelle qui recommandait de choisir pour thème de la réunion du Conseil Régional en 1982 le sujet suivant : "Les aspects sexuels dans la vie et le travail de tous les jours". Cette question engloberait la consultation en groupes. Le Conseil approuva cette recommandation. Le Danemark proposa d'organiser un séminaire sur la sexualité des adolescents et les grossesses non désirées et la Finlande annonça qu'elle allait poursuivre le projet sur l'infécondité involontaire et accueillerait volontiers la participation d'autres associations.

Les questions concernant l'IPPF au niveau central furent l'objet de deux résolutions : la première concernait l'application du Domaine d'Action 2 (Amplifier la prise de responsabilités vis-à-vis des problèmes démographiques, facteurs clés du développement) du Plan de l'IPPF 1982-84, dans les publications centrales, y compris le magazine *Peuples*; la deuxième portait sur l'application, à tous les niveaux, de la résolution prise par le Conseil Central en 1980 sur la réorganisation du secrétariat de l'IPPF, y compris le contrôle de cette application.

Sten Heckscher fut réélu Trésorier régional et Sten Heckscher, Jürgen Heinrichs, David Nowlan et Nevenka Petrić furent choisis pour représenter la Région au Conseil Central de l'IPPF;

Finalement, il fut convenu d'organiser la prochaine réunion du Conseil Régional aux Pays-Bas, en mai 1982.

APPRENDRE DES AUTRES

Accès des consommateurs à la régulation de la fécondité

Lors de la réunion du Conseil Régional de l'IPPF Europe en 1981, le sujet des discussions était : Accès des consommateurs à la régulation de la fécondité; cette activité avait été entamée explicitement en 1980. Les membres du groupe de travail sur la Consommation (Dilys Cossey, Elisabeth Jandl-Jager et David Nowlan) présentèrent la question. Dilys Cossey parla des règlements sur la publicité des contraceptifs au Royaume-Uni, où la publicité de marques spécifiques est interdite à la télévision (à l'encontre des Pays-Bas et de la Suède).

Elisabeth Jandl-Jager (Autriche) mentionna les différences de disponibilité des contraceptifs entre les divers pays, en se basant sur le *Répertoire des Contraceptifs* de l'IPPF (révisé en 1981). David Nowlan (Irlande) fit part des résultats obtenus par la distribution de questionnaires aux clientes des cliniques irlandaises de planning familial. Finalement, le Responsable régional du Service de Consommation (Philip Kestelman) recommanda vivement de publier des informations de bonne qualité à l'intention des consommateurs.

Après avoir lu les rapports des groupes de discussion, les membres du Conseil chargèrent le groupe de travail sur la Consommation d'élaborer des propositions concrètes pour le Programme de Travail/Budget de la Région en 1982, en s'appuyant sur les recommandations de ces groupes de discussion. Ces propositions, amendées par le Conseil Régional et résumées ci-dessous, insistent sur le rôle primordial que doivent jouer les associations nationales pour mettre en application dans leurs pays respectifs les activités régionales en matière de consommation.

Les associations membres de l'IPPF doivent contacter les associations des consommateurs dans leurs pays, afin de s'informer des prix, de la qualité et de la disponibilité des contraceptifs et des services de régulation de la fécondité. Le questionnaire préparé par le groupe sera remis aux associations qui l'utiliseront de la manière convenant le mieux aux conditions nationales. Les services destinés actuellement à des groupes cibles spécifiques seront évalués.

Il faudra contrôler également la publicité sur la contraception et évaluer l'influence des règlements nationaux sur celle-ci. Les associations ayant déjà cherché à combler le fossé entre désirs des individus et besoins de la société devront partager leurs expériences au niveau régional. Il faudra évaluer aussi les fiches des clientes.

Les associations membres qui manquent d'informations sur la contraception convenant à des groupes cibles différents doivent le communiquer au Bureau Régional, ainsi que des résumés sur les recherches nationales en matière de consommation. Finalement, les associations se doivent d'examiner le rôle que jouent le personnel médical et le personnel non médical dans les services rattachés à la fécondité.

Le Bureau Régional poursuit activement ces activités et va résumer son expérience sur la consommation pour le Conseil Régional en 1982. La Région a pour objectif de mettre en gros plan la situation difficile dans laquelle se trouve le consommateur soucieux de régulariser sa fécondité. Comme l'a dit Elise Ottesen-Jensen, l'une des fondatrices de l'IPPF : "*Nous avons beaucoup à apprendre des autres. Nous devons les écouter et nous inspirer de leurs idées. Nous ne pouvons pas tout savoir.*"

LE PLANNING FAMILIAL ET LES SYNDICATS

France

En 1971, les militants du MFPF (Mouvement Français pour le Planning Familial) décidèrent d'atteindre de façon à peu près égale toutes les couches de la population en multipliant et en diversifiant leur action. Très désireux de "toucher" les populations les plus défavorisées dans le domaine de l'information sexuelle, et de plus en plus persuadés qu'il appartient à chacun de découvrir les formes d'intervention les plus appropriées à son groupe social.

Nous rencontrons les syndicalistes dans nos centres où ils venaient nous voir pour leurs problèmes personnels de contraception/avortement/sexualité et la relation que nous établissions entre ces questions et les conditions de vie et de travail a été très vite perçue par certains comme une évidence, et ils ont partagé nos analyses.

C'est à la base que les syndicalistes ont commencé à poser ces questions en terme de revendications et ont demandé au MFPF de venir expliquer cette démarche et mettre en place dans l'entreprise des permanences d'information destinées à tous les travailleurs.

Peu à peu les structures syndicales ont été interrogées par ces actions à la base et ont pris contact avec nous.

Pourquoi travailler avec les syndicats?

Ce travail avec les syndicats est la conséquence de 2 idées-force qui ont peu à peu prévalu parmi les militants du Mouvement.

La lère est liée à notre désir de réintégrer la sexualité à tous les niveaux du quotidien. En effet, nos sociétés judéo-chrétiennes et patriarcales ont longtemps réprimé et nié la sexualité et, lorsqu'il leur fut impossible de ne plus tenir compte des courants de libération modernes, elles ont cédé en tentant de réduire la sexualité au médical et au psychologique, en la limitant à une approche individuelle dans le cadre étroit de la famille.

Face à cette attitude dominante, confronté journallement, d'une part aux difficultés réelles des gens et de l'autre aux résistances des pouvoirs publics à promouvoir les lois et les moyens permettant la libre disposition de son corps, le MFPF a pu découvrir ce principe et cette base d'action: la sexualité est intimement liée aux conditions de vie et de travail; elle n'est pas une question médicale et sanitaire mais est dépendante de l'organisation sociale, économique et culturelle.

La deuxième idée force est issue, pour le MFPF, de la prise de conscience des inégalités sociales. Les insuffisances des lois françaises sur la contraception et l'avortement, la lenteur de leur mise en oeuvre et de leur évolution ont permis de comprendre concrètement l'inégalité d'accès aux libertés élémentaires en matière de sexualité selon le sexe et le milieu social.

De ces 2 idées allait découler, tout naturellement, notre volonté de travailler avec ceux qui partagent la volonté de lutter contre les inégalités sociales et d'apporter le débat sur la sexualité dans les lieux où elle était le plus opprimée et pourtant combien présente : les lieux de travail - où l'organisation, les cadences, le bruit...nient le corps, mais aussi où les rapports entre hommes et femmes, les inégalités de salaires, les possibilités d'avancement, la hiérarchie, rappellent à tout instant qu'on ne naît pas égal selon qu'on est homme ou femme.

Comment ? La "Politique Relais"

Ces idées nous ont conduits dans un premier temps à faire partager ces analyses aux responsables et aux militants des Centrales syndicales, pour que non seulement ils inscrivent dans leur plate-forme de revendication les luttes pour la législation de la contraception et de l'avortement comme les luttes contre les discriminations sexuelles, mais surtout, pour qu'ils participent eux-mêmes aux changements de mentalité en ces domaines.

Les syndicats et les Comités d'Entreprise avaient assez facilement accepté que les animatrices du MFPPF tiennent des permanences dans les entreprises - mais là n'était pas notre objectif principal. Nous voulions que les syndicalistes eux-mêmes prennent en charge les questions de sexualité dans le cadre de leurs activités syndicales et prouvent ainsi que la sexualité est l'affaire de tous, que ça n'est pas une question de spécialistes, de sexologues ou de médecins, mais que, liée aux conditions de vie et de travail, elle peut être discutée collectivement sur tous les lieux de vie : l'entreprise en est un.

C'est ainsi que s'est élaborée la "politique relais" avec les syndicats. Les syndicalistes viennent en stage de réflexion au MFPPF, dans le cadre de lois qu'organise la formation professionnelle permanente pendant le temps de travail. Ensuite ils tiennent des permanences dans leur entreprise, pendant l'heure du déjeuner par exemple, et dans ces lieux de parole se discutent de nombreux sujets: l'éducation sexuelle des enfants, la contraception, l'avortement, la puberté, la ménopause, l'alcoolisme, la drogue, l'union libre, l'homosexualité, les crèches, le sexisme dans les livres scolaires, la prostitution, la maternité, l'accouchement, l'accouchement sans douleur, sans violence, le désir d'enfant, la parenté responsable, le travail à temps partiel, la sexologie - etc...etc...

Cette collaboration et ces partages de vue ont aussi permis d'établir de réels rapports de force face à une politique gouvernementale réticente et parfois opposée aux principes de base d'une politique de libération sexuelle, à savoir :

- o reconnaître la liberté pour chacun de disposer de son corps et lui en donner les moyens,
- o diminuer l'ingérence de l'Etat dans la vie privée,
- o lutter contre les discriminations sexistes.

Réussites et Difficultés

Des bases d'accord sur ces idées ont été établies avec le syndicat F.O. (Force Ouvrière) syndicat qui défend essentiellement les conditions de travail en ne remettant pas en question la société capitaliste. Mais aucune action précise n'en est sortie.

Par contre les grandes centrales syndicales C.G.T. (Confédération Générale des Travailleurs) et C.F.D.T. (Confédération Française Démocratique des Travailleurs) qui lient les revendications des travailleurs à un changement de société, nous ont demandé :

- o soit d'intervenir directement dans leurs stages nationaux de formation syndicale pour y faire partager nos idées, de manière à ce que ces syndicats intègrent dans leurs revendications les questions de sexualité.
- o soit de faire, pour les syndicalistes qui souhaitent ouvrir des permanences dans leurs entreprises, des "stages relais".
- o soit un travail commun entre militants syndicaux et militants MFPPF pour que notre action soit intégrée dans les luttes revendicatives au même titre que les salaires, le chômage, les conditions de travail, la condition des femmes, les équipements collectifs, les crèches, etc.

Nos interventions ont pris des formes variées :

- permanences sur les lieux de travail,
- bibliothèques,
- débats sur les thèmes divers énumérés plus haut,
- expositions,
- présentation de livres,
- projection de films,
- tracts,
- actions auprès des députés,
- participation à la vie du MFPPF,
- réflexion continue avec le MFPPF.

D'autre part, au niveau Confédéral, les centrales syndicales, C.G.T., C.F.D.T., F.E.N. (Fédération de l'Education Nationale) et le MFPPF ont à différentes occasions (vote des lois contraception, avortement et leur mise en oeuvre) constitué une force de pression sur l'ancien gouvernement par :

- des diffusions massives de tracts communs,
- des actions communes auprès des différents groupes parlementaires,
- des manifestations.

En 1978, après la rupture de l'union de la gauche, les syndicats ont estimé qu'une lutte commune, même sur un point spécifique, n'était plus possible et nous avons dû continuer avec chacun, séparément.

Autre difficulté : les responsables syndicaux sont majoritairement des hommes, qui mettent en priorité d'autres revendications, et acceptent difficilement la remise en cause que la réflexion sur la sexualité, la contraception et l'avortement amène dans les rapports entre les hommes et les femmes. Mais c'est du chef d'entreprise qu'est venu le principal blocage à l'information sur le lieu de travail. En effet, ces lieux de parole ont été jugés dangereux par les "patrons". Parler collectivement dans l'usine ou le bureau, de l'ensemble des difficultés de vie, amène à une prise de conscience et à des revendications qui sont contraires à leur intérêt, et il leur est facile d'empêcher la création de ces permanentes.

Nous espérons que le récent changement de politique nous permettra d'accentuer notre action dans ce sens.

*Andrée Jaubert
Simone Iff
Paris*

L'action sociale concertée en matière de régulation de la fécondité commença pendant les années 30, lorsque les forces sociales progressives, féminines, ouvrières et autres, y consacrèrent plus d'attention, à cause de la croissance de l'emploi des femmes. Au début, l'action était disséminée dans les zones industrielles mais elle se répandit peu à peu grâce à des conférences sur les naissances non désirées, les risques de l'avortement, etc. Cette action pionnière résultait de l'attitude marxiste, à savoir : la libération de l'homme doit se faire dans tous les domaines de la vie pour que l'émancipation sociale englobe le contrôle de la reproduction. Lors de sa 5^e Conférence Nationale à Zagreb en octobre 1940, le Parti Communiste yougoslave, clandestin à l'époque, recommanda que l'avortement devienne disponible sur demande, jusqu'à l'amélioration des conditions permettant d'avoir des enfants.

L'évolution vers une libre décision en matière de régulation de la fécondité se produisit parallèlement à la croissance de l'emploi féminin. En Yougoslavie d'après guerre, la confédération des syndicats se tourna tout naturellement vers ces problèmes.

Vers 1950, la Commission Féminine du Conseil central de la Confédération des Syndicats de Yougoslavie présenta des mesures concrètes pour aider les femmes à se protéger contre des grossesses non désirées, sans devoir recourir à l'avortement qui était alors la mesure de contraception la plus répandue; ces mesures visaient à favoriser non seulement l'émancipation sociale des femmes mais aussi celle du peuple en général. L'intention était de pratiquer des avortements dans des établissements sanitaires, pour en éviter à la fois les causes et les conséquences. Appuyée par les syndicats et d'autres institutions sociales, l'Assemblée Fédérale régla la prévention des grossesses non désirées en 1951.

Les femmes furent employées en nombres de plus en plus importants pendant les années 50 et les avortements augmentèrent simultanément et devinrent un problème important dont les répercussions socio-économiques se firent sentir parmi les femmes, les organisations à fort effectif féminin, les assurances sur la santé, etc., renforçant ainsi les motivations des syndicats. L'industrialisation rapide de l'après guerre fit monter le niveau de vie, affaiblit les moeurs traditionnelles et porta à 25% en 1954 la proportion de femmes dans la force ouvrière.

Après 1960, le noyau des activités de planning familial fut la Conférence sur les Activités sociales de la Femme yougoslave. Les syndicats continuèrent à donner leur appui et furent représentés auprès du Service de Coordination Fédéral pour le Planning Familial (fondé en 1963) et, par la suite, auprès des organismes de planning familial à tous les niveaux; toutefois, ils n'élargirent pas leur action dans ce domaine.

1981 fut une année décisive dans l'histoire des syndicats et du planning familial. Le 20 mai 1981, une réunion sur "L'humanisation des relations entre les sexes et la parenté responsable - partie intégrante de l'éducation des jeunes à tous les échelons" fut organisée à Belgrade par le Conseil Central des syndicats des professions enseignante, scientifique et culturelle et le Conseil Yougoslave de Planning Familial, la Conférence permanente de l'Institut pour la Promotion de l'Education et la Présidence de la Conférence de la Jeunesse Socialiste. Les conclusions de cette réunion furent les suivantes : l'action sociale dans ce domaine a donné des

résultats positifs quoiqu'irréguliers; la recherche scientifique a permis d'introduire ce sujet dans les collèges de formation des enseignants; et les obstacles qui gênent l'application des Constitutions fédérale, républicaines et provinciales et autres documents sociaux doivent être éliminés.

Les participants décidèrent d'appuyer leur action sur les bases suivantes :

- o les écoles doivent développer chez leurs élèves le sens de l'autonomie et de la libre personnalité, sur la base du socialisme scientifique;
- o l'action nuisible des influences traditionnelles et patriarcales et du concept bourgeois des relations sexuelles sur la personnalité doit être prise en considération;
- o les relations entre personnes doivent être développées dans le contexte du travail, de la société et la famille, et même entre les sexes;
- o il faut promouvoir une bonne coopération entre la famille et l'école, action à laquelle peuvent contribuer tout spécialement les syndicats;
- o l'enseignement des jeunes doit comprendre les relations sexuelles et la parenté responsable;
- o la formation des enseignants doit inclure ces sujets de toute urgence et ici encore les syndicats peuvent jouer un rôle important;
- o les enseignants de maintenant doivent recevoir une formation supplémentaire à cet égard. Puisque la Confédération des Syndicats comprend des enseignants, le rôle des syndicats peut aussi se manifester ici.

La Confédération des Syndicats et le Conseil Yougoslave de Planning Familial essayeront ensemble d'appliquer ces conclusions dans les activités pédagogiques, scientifiques et culturelles. De plus, tous les journaux syndicaux publieront ces bases d'action afin d'intéresser un public plus vaste à l'humanisation des relations sexuelles et la parenté responsable.

Nevenka Petrić
Belgrade

Introduction

Cet article présente quelques questions théoriques générales en matière de services de planning familial pour les immigrés et minorités ethniques et examine ce qui a été fait et ce qu'il reste à faire pour satisfaire aux besoins qui se font encore sentir dans certains domaines.

Les asiatiques y occupent une place spéciale puisque, parmi toutes les minorités ethniques du pays, c'est celle dont les besoins en planning familial ont reçu le plus d'attention, tant des chercheurs que des autorités sanitaires. On s'est rendu compte en effet qu'ils avaient le plus de difficultés à se servir des services de planning familial existants, tant du point de vue culturel et religieux que linguistique. Etant donné la nature des recherches entreprises, cet article traite en grande partie de l'ensemble des services sanitaires plutôt que des services de planning familial en particulier.

Le planning familial pour les immigrés dans le contexte politique

"Les gens me disent : "A quoi bon mettre fin à l'immigration alors qu'on ne peut arrêter l'immigration par l'utérus?" "soupira un médecin norvégien décrivant les problèmes qu'elle affrontait lors de l'insertion de DIUs dans une clinique de santé pour les immigrés, à Oslo. Mais cette remarque s'applique tout aussi bien aux sentiments très répandus en Grande-Bretagne.

Elle souligne en effet qu'en parlant de services de planning familial pour les immigrés, on s'engage dans une voie politique très délicate. Beaucoup de gens se méfient immédiatement du motif : s'inquiète-t-on vraiment d'améliorer les services pour un immigré donné ou bien veut-on régulariser la fécondité de la population immigrée par souci démographique?

Ce motif risque encore plus d'être mal interprété et mis en doute à une époque de récession économique qui entraîne une croissance correspondante de l'hostilité raciale et de la détérioration des relations raciales. De plus, alors que l'immigration en Grande-Bretagne ne se produit plus à la même échelle que pendant les années prospères, 50, 60 et début 70, le sentiment racial qui se déchargeait alors sur le nombre de nouveaux immigrés se déverse maintenant de plus en plus sur le taux de fécondité et de croissance démographique des groupes installés en Grande-Bretagne. Et de même que la presse populaire et les politiciens exagéraient jadis le nombre des immigrés qui "envahissaient" le pays, ils exagèrent maintenant la fécondité de ceux qui y vivent. La mythologie en est tout aussi puissante : le "péril brun" est toujours aussi menaçant mais il se place de nos jours sur une toile parsemée de questions concernant le planning familial.

Services spéciaux : besoin, privilège ou ghetto ?

Il ne fait presque aucun doute que la sensibilité politique du sujet a largement contribué à la négligence générale des besoins spéciaux des minorités ethniques en matière de planning familial. Mais une seconde considération politique, ou idéologique tout au moins, y a aussi joué un rôle important. On était convaincu qu'il fallait donner à tous un traitement égalitaire et s'engager à intégrer (voire assimiler) les groupes minoritaires dans le pays hôte. On raisonnait qu'il fallait créer des services spéciaux en partant des besoins et non pas de la couleur de la peau et qu'il fallait classer les clients d'après leurs désavantages communs et non pas leurs races. On croyait que des politiques de discrimination positive et de services spéciaux risquaient de se ramener à des privilèges et favoritisme raciaux d'une part et à une répartition en ghettos et un abandon de l'objectif visant à intégrer les minorités en leur laissant employer les mêmes services, de l'autre.

Cette approche selon un traitement égalitaire repose sur un idéal méritoire certes, mais elle semble souvent irréaliste en pratique. Elle ne reconnaît pas la possibilité qu'en traitant chacun de la même manière, on ne répond pas forcément à des besoins inégaux. Elle ne reconnaît pas qu'il peut y avoir, en pratique, une relation si étroite entre une catégorie particulière de besoins et les besoins d'une minorité ethnique particulière qu'il serait mieux ou même essentiel de répondre aux deux en même temps. Elle ne reconnaît pas qu'une politique d'intégration générale n'est pas nécessairement incompatible à la création de services séparés pour répondre aux besoins spécifiques des minorités.

Dans un rapport sur *Les Asiatiques et le Service de Santé* (publié en 1978 mais basé sur des recherches faites au début des années 70), le Wandsworth Council for Community Relations (WCCR - Conseil chargé des relations communautaires à Wandsworth) expose ce point très nettement : "Lorsque le passé culturel, des problèmes de langue, des sentiments d'éloignement ou des problèmes de santé particuliers créent des besoins spéciaux ou bien isolent la population asiatique du service de santé pour les mettre en danger, il est alors impératif d'adapter ces services pour tenir compte de tous ces facteurs. Dans ce cas, il faut peut-être créer d'autres services pour une partie de la communauté asiatique ou prendre des mesures spéciales principalement voire exclusivement pour les asiatiques". En conclusion le rapport suggère : "Offrir à tous le même service lorsque les besoins ne sont pas les mêmes n'est pas une pratique équitable".

C'est là, il me semble, le bon moyen d'aborder la question. Mais les attitudes varient toujours à ce sujet et changent avec les temps. Ce qui pour l'un (ou pendant cette année-là) est un service spécial est pour l'autre du favoritisme injuste et, pour un autre encore, un ghetto.

Services spéciaux en pratique

Il semble toutefois que la création de services spéciaux sélectifs soit devenue de plus en plus populaire au cours des dernières années. Après la philosophie de traitement égalitaire et le laissez faire des années soixante, on commença à se rendre compte, au début des années 70, que certains groupes minoritaires avaient vraiment des besoins urgents et spéciaux dont les services en place ne tenaient pas compte.

On ne peut être plus précis puisque le Service de Santé et de Sécurité Sociale, ministère responsable de la création de services de santé, n'a

jamais donné de directives précises aux autorités sanitaires locales, sur la création de services dans les régions à plusieurs ethnies. Cela vient sans doute, en grande partie, des considérations politiques mentionnées plus haut.

C'est pourquoi les autorités sanitaires ont répondu de façon très diverse aux besoins des minorités ethniques. De plus, les autorités qui ont créé des services spéciaux se sont appuyées sur des attitudes individuelles plutôt que sur une évaluation systématique des besoins. Une enquête entreprise par la Commission sur l'Egalité Raciale et l'Association des Directeurs des Services Sociaux (CRE/ADSS) a révélé que les différences entre les divers besoins ne justifiaient pas la multitude de solutions offertes par les autorités. L'enquête du WCCR découvrit que les autorités les plus actives étaient souvent celles des régions ayant les populations asiatiques les plus faibles et vice versa.

Le rapport CRE/ADSS conclut que : "Les services sociaux ont répondu à l'existence des communautés multiraciales de manière inégale, décousue et peu systématique". Il semble que l'on puisse donner la même conclusion aux services de santé et plus spécialement aux services de planning familial.

Les services de planning familial pour les immigrés et les minorités ethniques : ce qui est fait et ce qu'il reste à faire

Nous allons maintenant examiner en détail les besoins spéciaux en planning familial des communautés immigrées en Grande-Bretagne, mentionner quelques services qui répondent actuellement à ces besoins et essayer d'identifier certaines zones où restent des besoins inassouvis. Ici encore, l'accent porte surtout sur les besoins des asiatiques et les services auxquels ils ont accès.

Langue et communication

Un jour, tous les immigrés parleront anglais. En attendant, certains, surtout les personnes âgées et, dans une moindre mais considérable mesure, les femmes, n'ont pas toujours une maîtrise suffisante de la langue pour utiliser au mieux les services de planning familial.

Un moyen évident de surmonter cet obstacle est d'employer des interprètes mais cela présente plusieurs inconvénients, y compris le fait que l'interprète n'est pas nécessairement très familier avec la terminologie employée donc risque de mal interpréter, la perte du contrôle de la relation personnelle médecin ou infirmière et client, la répugnance des clients à parler de questions délicates devant une tierce personne, le risque réel ou ressenti de perte du caractère confidentiel des entrevues, la variété de langues parlées dans une même zone et, raison de poids, la question financière. Cependant, aucun de ces problèmes n'est insurmontable et il faut augmenter largement le nombre d'interprètes employés à présent. L'enquête du WCCR montre que sur 46 autorités sanitaires des régions à minorités ethniques importantes, 13 seulement emploient des interprètes. Le rapport recommande qu'un plus grand nombre d'autorités "examinent l'emploi d'interprètes comme solution la plus efficace aux problèmes de communications". Il suggère aussi d'employer plus d'interprètes qui soient "de service", c'est-à-dire appelés à travailler en dehors des heures normales, en cas d'urgence.

Six des autorités étudiées par le WCCR signalent qu'elles se servent de cartes ou recueils d'expression, dans les hôpitaux surtout. Leur portée est inévitablement limitée - d'autant plus que beaucoup d'asiatiques sont illettrés dans leur propre langue - mais ce matériel est bon marché et relativement simple et se doit d'être mieux que rien.

Les autorités sanitaires peuvent aussi surmonter ces difficultés linguistiques en organisant des cours de langue dans les cliniques, pour les clients, ou en s'assurant que le personnel apprenne ou s'engage à apprendre la langue asiatique dominante ou au moins certains mots. En outre, des cours de langue dans les cliniques serviraient de présentation utile au service, en attirant des personnes qui n'y seraient peut-être pas venues autrement. Quelques autorités trouveront que l'enseignement des langues dépasse quelque peu leur tâche mais certaines l'ont fait avec succès et il semble y avoir de bonnes raisons pour que d'autres les imitent.

Diverses institutions produisent du matériel IEC (Information - Education - Communication) dans les langues des immigrants. L'Association de planning familial produit elle-même des brochures dans les quatre principales langues asiatiques. Du matériel en langue asiatique est fourni aussi par les grosses sociétés pharmaceutiques et par un certain nombre de différentes autorités sanitaires au niveau local. De plus, le Conseil pour l'Education Sanitaire et la Commission pour l'Egalité Raciale produisent tous deux du matériel, y compris des posters, sur des sujets connexes, maternité et grossesse.

Il s'agit moins ici de produire suffisamment de matériel IEC que de faire connaître et distribuer celui qui existe. Le WCCR révèle que de nombreuses autorités sanitaires ne se rendent pas compte de toute la gamme disponible. Il est possible aussi que, dans la mesure où les asiatiques n'ont pas recours aux services de planning familial pour commencer, le matériel distribué par cet intermédiaire ne leur parviendra pas. On pourrait donc peut-être trouver des méthodes alternatives de distribution, par les organes communautaires appropriés par exemple, qui permettent d'atteindre une audience plus vaste.

Un autre problème attaché au matériel IEC publié actuellement est qu'il attache beaucoup d'importance au mot écrit et imprimé. Tout en reconnaissant que beaucoup d'asiatiques qui ne parlent pas anglais sont aussi illettrés dans leur propre langue, très peu d'autorités sanitaires de l'enquête WCCR "ont mis en pratique des moyens de communication autres que le mot imprimé". Celles qui l'avaient fait ont trouvé que des schémas, des photographies et autres aides audio-visuelles étaient très utiles. Il est nécessaire que ce genre de matériel parvienne aux clients illettrés dans tout le pays.

La question financière représente un problème comme d'habitude car la production de matériel IEC peut s'avérer très coûteuse. On pourrait économiser sur la quantité de matériel produit et en rationaliser la production et la distribution, en recherchant une meilleure centralisation de la responsabilité du développement et de l'exécution du matériel. S'il n'y avait pas autant d'organisations qui produisaient des publications aussi différentes, on pourrait en améliorer la qualité et réduire la confusion et les dépenses, sans trop perdre de vue les besoins locaux différents.

Formation du personnel

Un point de départ essentiel pour offrir des services efficaces et appropriés est de bien comprendre l'histoire, la culture, les besoins spéciaux et les problèmes des minorités ethniques. Le rapport du WCCR suggère de donner au personnel sanitaire - les médecins, les infirmières ainsi que le personnel administratif et organisateur des services - une formation sur le tas en matière des caractéristiques sociales, économiques et culturelles de la communauté asiatique.

Le Conseil de Santé Communautaire de l'arrondissement londonien de Brent publia *Black People and the Health Service* (Les Noirs et le Service de Santé) en 1981; c'est un rapport qui mentionne les préjugés très répandus, l'ignorance et les malentendus parmi le personnel sanitaire de race blanche, en citant l'exemple suivant entre autres: "Les femmes asiatiques préfèrent qu'une de leurs parentes restent avec elles pendant l'accouchement. Mais à l'hôpital central du Middlesex on demande aux parentes ... de partir".

Hilary Homans, chercheuse qui étudia les services de consultation prénatale pour les asiatiques à Coventry entre 1976 et 79, observa que beaucoup de médecins généralistes et d'hôpitaux ne préparaient pas les femmes à l'examen interne, ou ne les en avertissaient même pas. Certaines étaient donc "très bouleversées" car elles n'en étaient pas prévenues.

Une bonne formation permettrait d'éviter en grande partie ce genre de difficultés mais elle n'est offerte qu'à très peu d'employés des services sanitaires et sociaux. 14 seulement des autorités mentionnées dans l'enquête du WCCR parlent de formation quelconque; par ailleurs, cours et séminaires sont organisés sporadiquement, bien souvent sur l'initiative d'une personne, et ne couvrent qu'un nombre limité de sujets; de plus, les employés n'y assistent pas nécessairement tous, même parmi ceux qui travaillent de très près avec les asiatiques. Jadis, l'Association de Planning Familial a aussi organisé des cours de formation pour ceux qui travaillaient avec les minorités ethniques, mais ces cours étaient tout aussi sporadiques et ne touchaient que relativement peu de personnes.

Services à domicile et cliniques "satellites"

Toute une variété de sources s'entendent pour témoigner que les femmes asiatiques hésitent à se rendre dans les cliniques de planning familial traditionnelles. Par exemple, une étude effectuée au début de l'année dans une des cliniques les plus fréquentées de Manchester a montré que la fréquentation des asiatiques était anormalement faible pour une région ayant une communauté asiatique assez importante. Deux asiatiques seulement se trouvaient parmi les 140 qui visitèrent la clinique pendant la période de l'étude.

Dans son livre *Asian Patients in Hospital and at Home* (1979 - Les patients asiatiques à l'hôpital et à domicile), Alix Henley déclare que: "Seules les asiatiques les plus courageuses se rendent dans une clinique de planning familial de leur plein gré". Elle conclut de la manière suivante: "C'est pourquoi les visites à domicile sont probablement le seul moyen de les joindre". Elphis Christopher, dans un livre sur la Sexualité et le Contrôle des Naissances dans l'Action sociale et communautaire (*Sexuality and Birth Control in Social and Community Work* - 1980) puise dans sa grande expérience de planning familial à domicile pour les immigrées de différentes nationalités dans l'arrondissement londonien de Haringey et dit: "Le domicile est une agence convenable lorsque les femmes sont trop gênées et modestes pour se rendre dans une clinique ou chez un médecin".

On pourrait aussi envisager la création de cliniques spéciales pour les femmes asiatiques : par exemple des "satellites mobiles" visitant les centres asiatiques à intervalles convenables. A l'étranger, en Norvège entre autres, des cliniques de santé séparées pour les immigrées ont eu beaucoup de succès et on pourrait y penser comme solution à moyen terme très constructive pour le planning familial en Grande-Bretagne.

Des médecins femmes

Beaucoup de femmes asiatiques ont peur d'être examinées par un homme et c'est une des raisons principales pour lesquelles elles ne vont pas dans les cliniques traditionnelles. On pourrait pallier à ce problème en employant plus de doctresses dans les services de planning familial et de consultation prénatale.

Lors de son étude des services de consultation prénatale à Coventry, Hilary Homans découvrit un fait intéressant qu'il convient de noter ici; il semble que lorsqu'il n'y a pas de doctresse dans les services, les femmes asiatiques préfèrent voir un médecin de race blanche plutôt qu'un asiatique, même si cela pose des problèmes de communications. En effet dans certains cas, elles ont moins de difficultés à accepter d'être examinées par un homme qui, du point de vue culturel, est très éloigné de leurs croyances et coutumes, plutôt que par un homme ayant les mêmes origines culturelles qu'elles-mêmes.

Conclusion

La réponse limitée et irrégulière du service de santé aux besoins en planning familial des immigrés et des minorités ethniques s'appuie à la fois sur une idéologie et une facilité d'exécution. Le manque de direction centrale dans cette section politiquement délicate de la création de services a entraîné une incertitude au niveau local qui se traduit par une foule de remèdes ne correspondant pas directement aux différences entre les divers besoins. Et, alors que de plus en plus d'autorités sanitaires sont convaincues maintenant de la nécessité d'agir et d'adapter leurs services aux besoins, les principaux obstacles deviennent financiers plutôt qu'idéologiques. Nous vivons dans un monde réel et non pas idéal où il existe forcément des restrictions financières. Cela crée un climat de rivalité pour l'attribution de ressources limitées à des priorités incompatibles. Mais ne faudrait-il pas limiter les excuses faites pour des raisons financières? Si les besoins sont suffisamment importants et l'évidence suggère qu'ils le sont, si subjectivement qu'elle soit évaluée, il faut alors faire en sorte que les ressources deviennent disponibles.

Peter Freedman
Londres

STAGES DE L'ASSOCIATION BRITANNIQUE SUR L'EDUCATION SEXUELLE ET LES RELATIONS MUTUELLES, POUR CEUX QUI SOIGNENT LES HANDICAPES MENTALEMENT

Au cours des dernières années on a observé une prise de conscience plus grande des besoins des handicapés mentalement, dans le domaine de l'éducation sexuelle et des relations mutuelles. Ceux qui travaillent avec les handicapés mentalement et qui sont souvent chargés de leur éducation sexuelle nous ont donc demandé plus souvent de l'aide et des informations.

L'association britannique s'est engagée dans l'éducation sexuelle pendant les années 40 lorsqu'elle a préparé des stages de techniques contraceptives pour le personnel sanitaire. Lorsque le Service de Santé national a pris en charge les services de contraception en 1974, il a assumé aussi la responsabilité de la formation du personnel. L'association a donc décidé d'exploiter sa longue expérience en matière de formation et d'organiser des stages de planning familial pour d'autres professionnels. Elle a organisé, pour les assistantes sociales, les infirmières et les infirmières visiteuses, des stages dont l'objectif était de fournir des informations sur les méthodes et services de planning familial, d'examiner les besoins de ceux qui utilisaient ces services et de discuter du meilleur moyen de répondre à ces besoins.

On s'est vite rendu compte que des stages sur la sexualité et les relations mutuelles étaient tout aussi nécessaires. En 1972, l'association ouvrit un Service d'Education qui élaborait ces stages pour les enseignants, les animateurs de jeunes et les leaders de communautés, les assistantes sociales et les infirmières visiteuses. Ces stages intéressèrent tout de suite des personnes qui travaillaient avec les handicapés mentalement mais qui avaient vraiment besoin de stages spécialement adaptés. C'est ce que fit l'association au cours des dernières années, avec l'aide financière du Service de Santé et de Sécurité Sociale, de certaines autorités locales et des services d'assistance sociale. Etant donné l'intérêt plus grand envers les besoins des handicapés mentalement et les nouvelles politiques d'intégration de ces derniers dans la communauté, ces stages représentèrent la zone d'expansion la plus rapide des activités de l'association.

Au départ, ces stages étaient organisés de la manière traditionnelle, avec des cours et des activités en groupe qui ne demandaient qu'une participation minimale de la part des stagiaires. Mais, depuis le milieu des années 70, le Service d'Education de l'association a conçu et développé des méthodes qui s'efforcent de donner aux participants un rôle bien plus actif dans leur propre formation. Les stages sont maintenant dirigés par une petite équipe d'animateurs spécialement formés par l'association et qui emploient des méthodes comme le psychodrame, les discussions en groupes, des exercices de communications et quiz. Le but visé est que les stages soient utiles du point de vue des participants et du point de vue de leurs activités professionnelles.

Les objectifs, programmes et méthodes varient quelque peu d'un stage à l'autre, mais l'objectif général est d'accumuler les connaissances et d'éveiller, chez les participants, une prise de conscience et une compréhension positive de leur attitude et de celle des autres, ce qui leur permettra d'être plus compétents et assurés pour traiter des questions relatives à l'éducation sexuelle et aux relations mutuelles avec leurs clients.

Les objectifs des stages organisés pour ceux qui travaillent avec les handicapés mentalement sont les suivants :

- o accroître la prise de conscience et la sensibilité des stagiaires envers la sexualité des handicapés mentalement
- o examiner à fond les attitudes et les sentiments envers la sexualité
- o offrir des informations appropriées, basées sur des faits
- o identifier les besoins des handicapés mentalement en matière d'éducation sexuelle
- o étudier la manière de répondre à certains de ces besoins.

L'association a organisé des stages pour le personnel de centres de formation pour adultes, d'institutions et d'hôpitaux pour les handicapés. Ces stages, qui durent le plus souvent trois jours, sont en principe réservés aux professionnels mais d'autres personnes y assistent parfois; récemment, le chauffeur du minibus d'un centre et une femme de ménage y participèrent puisque, étant donné leur profession, ils sont souvent en contact avec les handicapés. La demande provient aussi des parents d'handicapés.

Tous les participants remplissent un formulaire d'évaluation à la fin du stage et leurs remarques traduisent nettement l'immense besoin en information, aide et appui dans cette partie de leur travail. Certaines remarques typiques sont d'ailleurs citées ci-dessous :

"Ce stage m'a permis d'examiner mon attitude et celle des autres envers la sexualité en général, ce qui ne peut qu'améliorer ma tâche en matière de relations sexuelles et mutuelles du point de vue des handicapés mentalement"

"En jouant le rôle du parent, j'ai pu mieux comprendre leurs problèmes et leurs soucis".

"Je sais beaucoup mieux maintenant comment répondre aux parents qui me demandent de les aider ou de changer certaines choses".

"Le stage est très utile car il rassemble beaucoup de professionnels : on n'a donc pas l'impression de prendre des risques tout seul".

Le Service d'Education de l'association britannique répondra avec plaisir aux demandes d'information supplémentaire sur ces stages.

Ecrire à l'adresse suivante: The Education Unit, Family Planning Association, Margaret Pyke House, 27-35 Mortimer Street, LONDON W1N 7RJ.

*Joyce Rosser
Londres*

L'Association Irlandaise pour le Planning Familial s'occupe depuis bien longtemps de la sexualité et des handicapés. Elle désire tout naturellement intensifier son action dans ce sens, en tirant parti de l'Année Internationale des Personnes Handicapées (1981).

En octobre 1980, la IFPA et le Disabled Persons Action Group ont organisé à Dublin un séminaire très réussi sur "La sexualité et les personnes handicapées". Norman Rea et Colm O'Doherty comptaient parmi les conférenciers et des handicapés et des représentants d'institutions appropriées y participaient. En s'appuyant sur les discussions de ce séminaire et sur des consultations ultérieures avec des groupes intéressés, la IFPA a préparé un programme de travail futur.

L'association examine actuellement la possibilité d'ouvrir un service spécial de consultation psychosexuelle pour les handicapés.

La IFPA pense qu'il est nécessaire d'améliorer la distribution des informations aux personnes handicapées, surtout celles qui vivent en institutions. Le Disabled Persons Action Group va collaborer avec l'IFPA à une campagne d'information spéciale.

Le Disabled Persons Action Group attache grande importance à l'éducation et la formation des professionnels qui s'occupent des handicapés, en matière de la sexualité de ces derniers. C'est pourquoi l'IFPA a élaboré une série de programmes, en espérant donner des informations à ceux qui travaillent avec les handicapés et éveiller parmi eux une prise de conscience et une sensibilité plus grandes envers les besoins sexuels de leurs clients.

Bien entendu, la IFPA va développer et améliorer d'autres idées dans les mois à venir et va surveiller de très près les projets entrepris par d'autres associations de planning familial.

SUISSE - Correction

Le Professeur Marianne Mall-Haefeli, du Service de Médecine Sociale à la clinique gynécologique de l'Université de Bâle, a signalé récemment une erreur dans l'article sur la régulation de la fécondité en Suisse, publié dans le numéro d'octobre 1981 du *Bulletin d'Information Régional* (Vol 9, No 2, pages 13-14). On y déclarait que l'avortement était toujours illégal selon la loi fédérale suisse.

En fait, d'après le Paragraphe 120 du Code Pénal de 1937 (mis en vigueur en 1942), un médecin diplômé peut pratiquer un avortement (de concert avec un autre spécialiste désigné par l'autorité cantonale compétente), lorsque la femme enceinte court un risque inévitable sans cette intervention ou lorsque sa santé est mise en danger de façon grave et permanente.

De plus, aucune loi ne régit la stérilisation de l'homme ou de la femme, faite dans de bonnes conditions médicales. L'accès à la stérilisation varie selon les cantons, comme c'est d'ailleurs le cas pour toutes les autres méthodes de régulation de la fécondité.

LES JEUNES ET LA SEXUALITE

La sexualité des adolescents et l'éducation sexuelle sont des sujets qui font couler beaucoup d'encre mais, bien souvent, les commentaires ne s'appuient pas sur des faits bien établis mais sur de pures suppositions. Il existe maintenant, dans le contexte européen tout au moins, une source tout indiquée et sûre d'informations à ce sujet basées sur des faits.

Sex Education and Adolescence in Europe dépeint la réalité en matière d'attitudes pédagogiques et de comportement sexuel des jeunes européens, les manières d'explorer la sexualité et la variété des méthodes pédagogiques employées pour approcher le sujet. La première partie de l'étude contient une revue des recherches récentes sur l'éducation sexuelle et de brèves descriptions des divers modèles d'éducation sexuelle. La deuxième donne les résultats d'une étude interculturelle effectuée dans 19 pays européens dans le but d'examiner la situation des jeunes en matière de sexualité, mariage et famille, comme par exemple taux de développement, sexualité, contraception et avortement, mariage, parenté, famille, normes et déviations sexuelles.

Destiné tout d'abord aux éducateurs sexuels, aux médecins de planning familial et aux savants sociaux engagés dans la recherche sexuelle, le livre *Sex Education and Adolescence in Europe* est utile à tous ceux que cette importante question touche d'un peu plus près.

Sex Education and Adolescence in Europe, publication du Bureau Régional pour l'Europe de l'IPPF en anglais (118 pages), peut être obtenu au prix de £4.50 plus frais de port à l'adresse suivante : 18-20 Lower Regent Street, London SW1Y 4PW.

IPPF EUROPE REGION PUBLICATIONS

	<u>Language</u>	<u>Price*</u>
<u>Regional Information Bulletin</u> : Periodical for exchanging information between European PPAs	English/ French/ German	gratis
<u>Information on Contraception</u> (1973): Consumer leaflet, giving basic facts on all methods. Available in Greek, Italian, Portuguese, Serbo-Croat and Turkish		gratis

<u>Induced Abortion & Family Health: A European View</u> (1974)** Report on a meeting of a Regional Working Group, held in Brussels in December 1973.	English	£1.50
<u>A Survey on the Status of Sex Education in European Member Countries</u> (1975): Results of a questionnaire survey of 17 countries, and conclusions drawn therefrom.	English	£2.50
<u>Abortion Counselling: A European View</u> (1976)** Report on a meeting of a Regional Working Group, held in Rotterdam in December 1974	English	£1.00
<u>Ethical Aspects of Abortion: Some European Views</u> (1978)** Report on a meeting of a Regional Working Group, held in London in December 1976.	English	£2.50
<u>Basic Fertility Regulation for Health Personnel</u> (1978) Essential information on contraception (including sterilisation), abortion and infertility, for all health personnel (including physicians).	English Greek Spanish	£0.50
<u>Approaches to Selected Groups</u> (1979) Report of a Regional Travelling Group study on PPA attempts to reach various 'marginal' groups in the Federal Republic of Germany, France, Netherlands, Poland and Sweden.	English German	£3.00
<u>Sexuality & Handicapped People</u> (1980) Resource book on aspects of sexuality of mentally and physically handicapped people, based on Regional Working Group meetings, with references.	English	£1.50
<u>Sex Education and Adolescence in Europe</u> (1981) Sexuality, Marriage and the Family by M Kozakiewicz	English	£4.50

*Excluding postage: publications will be sent by surface mail unless otherwise requested.

**All three publications, £5.00 post free.

ALL ORDERS FOR PUBLICATIONS LISTED ON THIS PAGE MUST BE SENT TO:

IPPF Europe Region
18-20 Lower Regent Street
London SW1Y 4PW