

Exposé sur les droits des femmes et la santé reproductive

Colloque EUMC

Février 1996

Par France Tardif

Fédération du Québec pour le planning des naissances

Nos mères et nos grands-mères voulaient pouvoir décider de façon sécuritaire combien d'enfants elles auraient et quand elles les auraient. L'arrivée de contraceptifs efficaces a donc constitué un bienfait pour elles et pour nous. On croyait à la libération des femmes.

Aujourd'hui, je vous propose d'examiner quel rôle jouent les différents acteurs présents sur la scène de la santé reproductive et du planning des naissances. D'un côté de la scène il y a les femmes (et les hommes), de plus en plus nombreuses à se questionner: avons-nous réussi à avoir un véritable contrôle de notre fécondité? De l'autre côté de la scène, plusieurs intervenant-e-s et décideurs, les gouvernements, l'industrie, le monde de la recherche, la médecine, les médias, les agences et institutions internationales, semblent poser autrement la question du planning des naissances: peut-on laisser les femmes, des femmes ordinaires, décider de leur vie, de leurs maternités, des familles, du taux de natalité sans plus de contrôle? Chacun de ces acteurs, à sa façon et selon ses propres intérêts, peut porter atteinte aux droits des femmes: droit à l'intégrité physique, droit à l'information, droit au consentement éclairé, droit à la dignité.

Loin de tout régler, la technique médicale et contraceptive a donné lieu à de nouvelles situations et de nouvelles questions. La contraception est-elle une aide, un emmerdement, une nuisance pour la santé et la fertilité ultérieure? Le choix au risque de sa santé est-il acceptable? La technique aide-t-elle à améliorer les rapports hommes-femmes? Est-il plus facile que par le passé de parler de sexualité à l'intérieur du couple, avec d'autres femmes? Sommes-nous passées du droit à la contraception au devoir de contraception?

Concrètement, quels sont les choix disponibles ici (ailleurs les choix peuvent être différents) sur le marché de la contraception? Il y a les méthodes invisibles, souvent appelées aussi méthodes dures:

hormone en comprimés, hormone injectable, hormone sous implants, stérilet avec ou sans hormone, stérilisation masculine et féminine; il y a les méthodes visibles, souvent appelées aussi méthodes douces: condom, diaphragme, cape cervicale, spermicide, éponge; il y a les moyens dits naturels ou biologiques, qui servent à repérer l'ovulation (calendrier, méthode sympto-thermique, observation de la glaire cervicale); il y a aussi le retrait et la relation sexuelle sans pénétration.

Cela semble très bien: j'ai nommé une quinzaine de moyens contraceptifs. Pourtant, malgré les apparences, les femmes ont des possibilités de choix très limitées, car l'éventail de choix contraceptifs peut diminuer ou augmenter dépendant des décideurs en place et de leurs intérêts. Mes propos vont concerner les moyens développés et fabriqués par l'industrie.

Voyons comment ça se passe. Quand une femme veut utiliser un contraceptif ou en changer, elle consulte un médecin. Les méthodes les plus efficaces nécessitent en effet une prescription ou une intervention médicale en raison de leurs contre-indications et de leurs effets secondaires, c'est-à-dire des effets nuisibles pour la santé et/ou la fertilité. Quelle information les médecins donnent-ils sur la contraception? Celle qu'ils ont reçue au cours de leurs études, laquelle est très limitée; celle qui leur vient des compagnies pharmaceutiques, laquelle constitue l'information la plus organisée, la plus soutenue et la plus accessible aux médecins. C'est pourquoi le plus souvent, les médecins connaissent et prescrivent uniquement quelques sortes de pilules et un seul type de stérilet. Très peu donnent l'information sur les méthodes dites douces ou visibles et sur les méthodes de repérage de l'ovulation.

De plus, selon le Code de déontologie du Collège des médecins, ceux-ci peuvent refuser de prescrire un contraceptif à une femme majeure si ça va à l'encontre de leurs propres valeurs morales. À Montréal, en février 1995, une jeune femme de 24 ans s'est vu refuser le renouvellement de sa prescription d'anovulant; le médecin lui a de plus conseillé l'abstinence. Le Collège des médecins lui a donné raison sur le refus de renouveler la prescription, tout en déclarant qu'il n'y avait pas à « faire la morale » en conseillant l'abstinence.

La plupart des médecins sont également peu ou mal informés des aspects psychosociaux de la contraception, c'est-à-dire l'ensemble des facteurs qui entrent en jeu dans le choix contraceptif. De plus, les médecins se soucient peu de l'impact du choix sur l'efficacité de la méthode, sur son utilisation adéquate et sur la persévérance de la personne dans l'usage qu'elle en fait.

Un médecin, aussi bien qu'un-e travailleur-se social-e, un-e enseignant-e, un-e infirmier-ère, qui ne donne pas toute l'information choisit à la place de la femme qui vient le consulter, exerçant ainsi un contrôle sur la vie reproductive de cette femme. Un choix imposé influence l'utilisation de la méthode et la persévérance de l'utilisatrice: on ne se sert pas longtemps d'un contraceptif qui nous écoeure ou qui nous dérange. Malheureusement, les médecins reprochent alors aux femmes de manquer de *compliance*, c'est-à-dire de ne pas se conformer à leur prescription.

L'accès à la contraception n'est pas universel. Par exemple, le diaphragme et la cape cervicale sont peu disponibles dans les grandes villes et encore moins dans les régions éloignées des grands centres. Autre exemple, les femmes assistées sociales n'ont pas le choix de leur moyen contraceptif. Au Québec, par exemple, seule la pilule est remboursée automatiquement; quant au stérilet, il faut une lettre du médecin avant son installation pour qu'il soit remboursé. Ces contraceptifs sont les plus efficaces - il faut peut-être que les femmes les plus pauvres fassent moins d'enfants - mais ils sont également parmi ceux qui comportent le plus de risques pour la santé et la fertilité. Pourquoi ne rembourser que ceux-là? Pourquoi pas les condoms? Pourquoi ne pas permettre aux personnes assistées sociales de choisir leur méthode contraceptive? On peut se demander maintenant si le Norplant ne sera pas également offert gratuitement par le gouvernement aux femmes assistées sociales.

L'accessibilité aux moyens contraceptifs est un outil pour les gouvernements dans l'exécution de leurs politiques de population. Au Québec actuellement, c'est connu, on manque d'argent et d'enfants. Le gouvernement tient un discours nataliste tout en réduisant les services en planning des naissances, sauf pour les jeunes, clientèle jugée « à risques » par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Reviendra-t-on bientôt aux années 1960-1970, c'est-à-dire à une absence presque totale de services en planning des naissances?

L'accessibilité à des services de santé adéquats, à l'information sur les différents contraceptifs et aux contraceptifs eux-mêmes constituent certes des facteurs très importants dans la notion de choix. De la même façon, les étapes qui précèdent la mise en marché d'un produit sont décisives. Je parle ici de la recherche en contraception, de l'expérimentation clinique des contraceptifs, de l'autorisation de mise en marché d'un produit, de la publicité et de l'information disponible.

L'histoire des contraceptifs depuis la pilule jusqu'à maintenant est très instructive pour l'avenir. Il est maintenant reconnu que la pilule anticonceptionnelle n'avait pas subi une expérimentation suffisante avant d'être mise en marché. Les stérilets ont eu aussi leur part de controverses.

Les autorités gouvernementales, l'industrie et le milieu de la recherche ont-ils tenu compte de ces leçons? Il semble que non. En 1992, la Food and Drug Administration (FDA) a autorisé le Depo-Provera comme contraceptif aux États-Unis. Pourtant, des doutes persistent sur les liens entre le Depo-Provera et les cancers du sein et du col, de même que l'ostéoporose et les troubles de fertilité. Dépendant du point de vue où on se place, les résultats des recherches peuvent mener à des positions différentes. L'International Planned Parenthood Federation (IPPF) se déclare rassurée par les nouvelles études en ce qui concerne le cancer du sein. De son côté, le National Women's Health Network (NWHN), se basant sur les mêmes études que l'IPPF et la FDA, n'est pas du tout convaincu que les risques du cancer du sein soient écartés. Le NWHN affirme de plus qu'il faut prendre en compte le haut taux de cancer du sein aux États-Unis: pourquoi autoriser un produit qui pourrait augmenter encore les risques?

De plus, l'administration d'un contraceptif par injection augmente les possibilités d'usage coercitif et inapproprié. Au Canada, par exemple, un médecin peut prescrire un médicament non approuvé par le ministère de la Santé s'il estime que les avantages sont plus grands que les risques qu'il représente pour ses client-e-s. Voilà pourquoi, même s'il n'est pas autorisé comme contraceptif au Canada, de plus en plus de médecins, agissant « pour le bien » de « leurs » patientes, administrent le Depo-Provera à dose contraceptive à des femmes déficientes mentales, à des femmes toxicomanes, à des adolescentes que le médecin considère « à risque », à des femmes autochtones et à des femmes à qui « aucun autre contraceptif ne conviendrait ». Plusieurs de ces femmes vivent dans des conditions socio-économiques qui affectent leur santé. Est-ce un acte médical judicieux que de leur injecter cette hormone, parfois sans les informer? Avec ses risques et ses effets secondaires, le Depo-Provera oblige ainsi les femmes à recourir à un système de santé surchargé, réduit encore une fois leur qualité de vie et ne leur offre aucune protection contre les maladies transmissibles sexuellement. Rappelons que si l'effet contraceptif du Depo-Provera dure 3 mois, ses effets secondaires peuvent durer 3 mois et plus. La femme n'a aucun moyen d'arrêter l'utilisation de ce contraceptif si elle a des problèmes.

En janvier 1994, le ministère de la Santé du Canada a autorisé la vente de l'implant Norplant. Selon nous, il ne s'agit pas du tout de la méthode « révolutionnaire » annoncée par l'industrie, les médecins et les médias. Le Norplant comporte plusieurs contre-indications et effets sur la santé dont on a très peu parlé. De plus, les expérimentations cliniques ont manqué de rigueur et de respect envers les femmes, illustrant, par le fait même, les problèmes auxquels les femmes font face lorsqu'elles utilisent un contraceptif sur lequel elles n'ont pas elles-mêmes le contrôle. Par exemple, dans l'expérimentation au Bangladesh, en Haïti, au Brésil, en Indonésie: il y a eu des refus de retirer le Norplant sur demande, car les médecins considéraient que les effets rapportés n'étaient pas sérieux ou assez graves (maux de tête, saignements très prolongés, dépression, perte de cheveux, etc.); l'intérêt des médecins et chercheurs impliqués était d'avoir de bons résultats d'expérimentation; s'il y avait retrait du Norplant, on retirait cette femme du nombre utilisé pour calculer le taux d'efficacité; de plus, des problèmes de santé rapportés par des femmes n'ont pas été inscrits aux dossiers: par exemple, des troubles de la vision, par conséquent il y a un cas connu de femme aux États-Unis devenue presque aveugle à cause du Norplant, car il n'y avait aucune mention des troubles de vision dans les articles publiés et les dossiers. Autres raisons: maux de têtes, saignements très prolongés, dépression, perte de cheveux. Pourtant, le Norplant a été autorisé sur le marché aux États-Unis et au Canada après une telle mauvaise expérimentation. Les femmes qui l'utilisent ici doivent savoir que la méthode n'a pas subi une évaluation scientifique selon les règles.

Comme le Depo-Provera, le Norplant donne lieu à un double discours et à un double standard dans son utilisation. La plupart des médecins et intervenant-e-s en santé présentent l'implant comme un derniers recours, si la pilule ou le stérilet ne sont pas adéquats, ou comme une alternative à la stérilisation. Cependant, en Égypte, en Thaïlande, en Indonésie et en Inde, c'est le premier moyen de contraception présenté aux femmes. En outre, aux États-Unis, les intervenant-e-s en santé le recommandent comme une des meilleures méthodes pour les femmes dites asociales telles les femmes aux prises avec des problèmes psychiatriques ou de toxicomanie. Treize États américains ont d'ailleurs suggéré l'adoption de législations permettant d'utiliser le Norplant comme remède à certains maux sociaux. Toujours aux États-Unis, on a prescrit le Norplant à des femmes amérindiennes vivant sur des réserves, sans vérifier si elles présentaient des contre-indications. Le potentiel d'abus et de discrimination est inhérent au Depo-Provera et au Norplant, car l'utilisatrice n'a pas elle-même le contrôle sur l'arrêt ou la poursuite de l'utilisation.

En fait, une compagnie pharmaceutique qui oriente ses recherches et sa publicité vers des produits chimiques plutôt que vers des méthodes de barrière oriente, restreint et, à la limite, contrôle le choix contraceptif individuel. Le premier objectif de l'industrie pharmaceutique c'est le profit et non la santé. La cape cervicale et le diaphragme, par exemple, sont moins intéressants à fabriquer, car ils ne rapportent pas beaucoup: on ne les change pas souvent et ils nécessitent très peu, souvent pas du tout, de spermicide. Il est plus intéressant financièrement de développer des produits contraceptifs chimiques, car la chaîne des réactions et des effets dits secondaires est sans fin et très lucrative. L'industrie fonctionne comme un engrenage: à partir de contraceptifs, de médicaments et d'interventions qui peuvent nuire à la fertilité et à la santé, en passant par des supposés traitements de l'infertilité et l'utilisation d'autres médicaments contre les effets secondaires, tout s'enchaîne pour créer la nécessité de recourir sans cesse aux médicaments et aux biotechnologies. Mais qui décide de l'orientation de la recherche, de la mise en marché et pourquoi?

Revenons quelques années en arrière. Après la seconde guerre mondiale, la pilule devait libérer les femmes du joug de la maternité non voulue. A cette époque, les pays riches s'inquiétaient de la croissance démographique, spécialement dans les pays du Tiers-Monde. Au cours des années 1960 et 1970, les gouvernements des pays développés, ainsi que plusieurs organismes non gouvernementaux s'occupant de questions de populations, ont décidé d'investir dans des programmes de planning familial. La peur de ce qu'on a qualifié de « population bomb » a mené à privilégier l'efficacité, très souvent au détriment de la sécurité.

Par exemple, dans les années 1960, considérant la croissance de population des pays en développement comme un problème urgent, le Population Council de New York organise une conférence pour rassurer les médecins quant à l'amélioration des stérilets depuis les années 1920:

- 1- la découverte de plastiques inertes permettant de créer une forme de stérilet plus facile à insérer;
- 2- l'arrivée des antibiotiques pouvant guérir les infections attribuées au stérilet. Ainsi, on prend pour acquis qu'il y aura des infections, mais comme en 1962 l'objectif c'est le contrôle des populations, les infections passent au second plan.

Le stérilet Dalkon Shield, mis en vente aux États-Unis en 1971, faisait déjà l'objet de rapports négatifs au début de 1972: infections pelviennes, septicémies, grossesses tubaires. En 1974, 17 morts lui étaient attribuées. Comme le Dalkon Shield était beaucoup plus dangereux que les autres stérilets sur

le marché, les possibilités d'augmenter les ventes aux États-Unis paraissaient très faibles. Le fabricant s'est alors adressé à l'Agence d'aide au développement international des États-Unis (USAID) pour lui offrir le Dalkon Shield à 48 % du prix régulier. L'Agence a approuvé la transaction. Un an plus tard, en 1975, le Dalkon Shield était retiré du marché aux États-Unis. Pourtant, en 1979, il était encore vendu dans le Tiers-Monde.

Durant les années 1970, les standards d'acceptation des méthodes contraceptives sont devenus plus sévères, ce qui impliquait pour l'industrie des coûts plus élevés pour la recherche et la mise au point d'un produit. De plus, craignant une augmentation des poursuites judiciaires en raisons d'effets secondaires des contraceptifs, l'industrie pharmaceutique a diminué l'investissement de fonds dans la recherche contraceptive.

Aujourd'hui, ce sont principalement des organismes non gouvernementaux, des gouvernements et des agences internationales qui investissent dans la recherche en contraception. Par exemple, en 1966 le Population Council a initié la recherche qui a abouti au Norplant. Par la suite, plusieurs fondations et donateurs privés, quelques agences gouvernementales, dont le Centre de recherche en développement international du Canada (CRDI), et deux compagnies se sont joints au Population Council (voir annexe pour la liste complète).

Les principaux bailleurs de fonds de la recherche en contraception veulent augmenter l'efficacité des programmes de contrôle des populations. Quant aux scientifiques impliqués, pour eux le corps est une machine à maîtriser. Par conséquent, l'orientation privilégiée dans le développement de la contraception mène à la production de technologies qui sont très efficaces, qui ont une longue durée et sur lesquels l'utilisatrice n'a pas de contrôle. De plus, ce sont des moyens qui permettent un contrôle de masse des taux de naissances et qui interfèrent avec les mécanismes délicats et complexes du corps humain.

Depuis une vingtaine d'années, des chercheurs de plusieurs pays travaillent à la mise au point d'une nouvelle catégorie de contraceptifs, les contraceptifs immunologiques (aussi appelés « vaccins » contraceptifs ou « vaccins » anti-fertilité). Cinq grandes institutions travaillent à ces recherches: le National Institute of Immunology, New Delhi, Inde; l'Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse; le Population Council, New York, États-Unis; le Contraceptive Research and Development Program

(CONRAD), Norfolk, États-Unis; le National Institute for Child Health and Development (NICHD), Bethesda, États-Unis.

Différentes organisations subventionnent les recherches, incluant la Banque mondiale, le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP), la Rockefeller Foundation, la U.S. Agency for International Development (USAID), le Centre de recherche en développement international du Canada (CRDI) et les gouvernements de l'Inde, de la Norvège, de la Suède, de la Grande-Bretagne et de l'Allemagne.

Les contraceptifs immunologiques visent à induire temporairement l'infertilité en retournant le système immunitaire contre les organes ou les hormones du corps qui sont essentiels à la reproduction humaine. La recherche porte sur plusieurs processus: la maturation des ovules et des spermatozoïdes, la fécondation, l'implantation et le développement du jeune embryon. L'état de la recherche varie d'un processus à l'autre. Vers la fin de 1992, seuls des anti-hCG, anti-GnRH et anti-FSH ont atteint le stade de l'expérimentation sur l'humain.

La recherche la plus avancée porte sur l'hormone hCG (human chorionic gonadotrophin) ou hormone de grossesse. Celle-ci est sécrétée dans le corps de la femme immédiatement après la conception. Pour fabriquer le « vaccin » anti-grossesse, on modifie le hCG et on le couple avec une bactérie ou un virus transporteur (par exemple, le toxoïde de la diphtérie ou du tétanos) pour que le système immunologique perçoive l'hormone de grossesse naturelle comme un germe infectieux et réagisse contre cette hormone. De cette façon, le corps ne reçoit pas le signal de la grossesse et expulse l'oeuf.

Depuis quelques mois, il y a une campagne internationale demandant l'arrêt de la recherche sur les contraceptifs immunologiques principalement pour les raisons suivantes: le potentiel d'abus inhérent au « vaccin » contraceptif; la manipulation du système immunitaire dans un but contraceptif; le manque d'éthique dans les recherches cliniques; le cadre de la recherche en contraception qui privilégie le développement de moyens sur lesquels l'utilisatrice ou l'utilisateur n'a pas de contrôle.

Aux Philippines, une religieuse soupçonnait que des campagnes de vaccination anti-tétanos aient servi à injecter le contraceptif immunologique anti-hCG à des femmes sans qu'elles le sachent. L'interprétations des analyses du vaccin sont contradictoires sur la nature du produit injecté. S'agit-il de tactique de

groupes Pro-vie ou de la réalité? Quoiqu'il en soit, les conséquences sont les mêmes: la population est très méfiante envers le milieu médical, de la recherche et le gouvernement, ce qui peut nuire aux campagnes de vaccination contre les maladies.

Une autre aberration: deux médecins des États-Unis « expérimentent » sur des femmes la stérilisation chimique par Quinacrine. Ils le font sur une base individuelle à travers le monde, sans protocole, sans comité ni code d'éthique; ils se promènent et offrent cette méthode très peu coûteuse (10 000 \$ pour stériliser 70 000 femmes), rapide, qui peut être pratiquée par quelqu'un qui a très peu de connaissances cliniques et médicales. Ce sont le Dr Elton Castle, un des fondateurs de Family Health International, organisme qui a financé certaines expérimentations du Norplant au Bangladesh, et Stephen Mumford, du Center for Research on Population Security. Leurs activités sont financées par la Leland Fikes Foundation, qui finance aussi des groupes anti-immigration aux États-Unis. Il y a vraisemblablement là la peur raciale et la peur de la surpopulation.

Autre exemple de mauvaise recherche; au Canada et aux États-Unis, on teste actuellement 2 médicaments déjà sur le marché pour évaluer leur effet abortif: le méthotrexate, autorisé pour le traitement de certains cancers, de l'arthrite rhumatoïde et du psoriasis, combiné au misoprostol, autorisé pour le traitement d'ulcère gastrique. Ce genre d'évaluation ne respecte pas les protocoles d'expérimentation scientifique d'un médicament. Respecte-t-il les normes fédérales canadiennes en matière d'autorisation d'un médicament pour un usage identifié? Si oui, il y a là de graves lacunes.

L'idéologie du contrôle des populations ne devrait pas guider le développement des contraceptifs, car ses objectifs ne concordent pas du tout avec ceux des femmes et des hommes qui utilisent les contraceptifs. Une méthode contraceptive doit habiliter les personnes - particulièrement les femmes - à exercer un meilleur contrôle de leur fertilité sans sacrifier leur intégrité, leur santé et leur bien-être. Le développement de la contraception doit, avant tout, tenir compte des conditions de santé locale, des conditions de vie des femmes et de leur position dans la société.

Avec la crise environnementale, s'ajoute à tout cela une alliance entre les partisans du contrôle des populations et un courant du mouvement écologiste. Selon leur conception, il serait urgent d'appliquer une politique systématique de contrôle des naissances afin de réduire la pression sur les ressources des écosystèmes, d'assurer la protection de l'environnement et la réalisation du développement socio-

Selon nous, il s'agit là d'une vision simpliste et réductrice du problème. D'une part, « Les principales causes de la dégradation de l'environnement sont les systèmes économiques - qui abusent de la nature et des êtres humains, engendrant ainsi pauvreté et mal-développement, au Nord comme au Sud, - les polluants, les déchets industriels et surtout les guerres et les technologies militaires » (Comité québécois femmes et développement, 1992). D'autre part, « On ne peut isoler le facteur démographique comme cause de la pauvreté, du mal-développement. Ce n'est pas la croissance démographique en elle-même que secrète la misère au Brésil, en Inde, au Sahel. C'est la croissance démographique combinée à la concentration des terres dans les mains de quelques grands propriétaires. C'est la croissance démographique combinée à une économie agricole peu efficace, ou trop dépendante des marchés extérieurs. Ou c'est la croissance démographique combinée à des régimes corrompus, antidémocratiques. Les causes sont toujours multiples. Je n'ai jamais vu de cas où la baisse des taux de fécondité ait, à elle seule, réglé des problèmes de développement et de pauvreté. Par contre, nombreux sont les cas où un relèvement général des conditions économiques et de vie a entraîné le fléchissement de la croissance démographique » (Piché, 1993).

En terminant, un mot sur le Programme d'action de la CIPD¹ adopté au Caire en septembre 1994. D'abord, il faut souligner que le Programme d'action n'est pas une convention internationale. Il n'a qu'une valeur morale. D'ailleurs, le paragraphe final du chapitre I (Préambule) dit: « While the International Conference on Population and Development does not create any new international human rights, it affirms the application of universally recognized human rights standards to all aspects of population programmes ».

De plus, le paragraphe d'ouverture (chapeau) du chapitre II (Principes) dit: « The implementation of the recommendations contained in the Programme of Action is the sovereign rights of each country, consistent with national laws and development priorities, with full respect for the religious and ethical values and cultural backgrounds of its people, and in conformity with universally recognized international human rights ».

Avec la CIPD, l'ONU a changé en partie son discours, mais le Programme d'action est formé d'un mélange entre nouveau et ancien discours. Une analyse rapide du contenu sur santé reproductive et

¹ Comme la version française du document adopté n'est pas encore disponible, les extraits du Programme d'action sont en anglais

sexuelle, politiques de population et environnement révèle des contradictions qui nous donnent à penser que seul le discours a changé. Ces contradictions, ajoutées aux deux paragraphes précédents, soulèvent de sérieuses questions quant à la volonté politique qui sous-tend l'ensemble du document, son adoption et sa mise en oeuvre.

Les questions de population, de pauvreté, de santé, d'environnement, de développement sont interdépendantes et de nature profondément politique. Contrôler la fécondité des femmes, sans leur consentement volontaire et éclairé, par quelque moyen que ce soit et quelles qu'en soient les raisons, est une violation flagrante des droits humains et doit être dénoncée avec la même vigueur que toute autre violation des droits de la personne.

France Tardif

Février 1996

RÉFÉRENCES

BARDIN, C. Wayne (Vice-président du Population Council Inc. et Directeur de son Center for Biomedical Research). *Testimony* before the United States House of Representatives Committee on Small Business, Subcommittee on Regulation, Business Opportunities, and Technology. 10 novembre 1993.

BRÉNIEL, Annick. « Femmes sous surveillance... médicale ». Dans *L'Ardoise*, été 1990, p. 7-8.

CADBURY, Deborah. *The Human Laboratory*, British Broadcasting Corporation, 1996, vidéo couleur.

COLLARD, N. « Une pilule amère », dans *Voir*, 31 août au 6 septembre 1995, vol. 9, no 40, p. 4.

Comité québécois femmes et développement. *Déclaration Femmes, populations et environnement. Version commentée*. Association québécoise des organismes de coopération internationale, juin 1992, 9 p.

Editors. « Is Depo Provera Safe? ». Dans *Ms.*, janvier-février 1993, p. 72-73.

Fédération du Québec pour le planning des naissances. *Dossier d'information et de réflexion sur le Norplant*, mars 1994, 8 p.

Fédération du Québec pour le planning des naissances. *Dossier Depo-Provera*, 1986.

- HARTMANN, Betsy. « Mythes et philosophie des politiques de contrôle de la population ». Dans *Inter-Mondes*, vol. 8, no 4, printemps 1993, p. 13-16 (traduction et adaptation: Jawad Sqalli).
- International Planned Parenthood Federation. « Depo-Provera agréé comme contraceptif par la IDA américaine ». Dans *Bulletin médical de l'IPPF*, vol. 26, no 6, décembre 1992.
- LaCHEEN, Cary, « Population Control and the Pharmaceutical Industry », dans McDONNELL, Kathleen et al., *Adverse Effects: Women and the Pharmaceutical Industry*, Toronto, Women's Educational Press, 1986, p. 89-136.
- MINTZES, Barbara, HARDON, Anita et HANHART, Jannemieke. *Norplant: Under Her Skin*, Amsterdam, Women's Health Action Foundation, 1993, 126 p.
- PAPPERT, Ann, « The Rise and Fall of the IUD », dans McDONNELL, Kathleen et al., *Adverse Effects: Women and the Pharmaceutical Industry*, Toronto, Women's Educational Press, 1986, p. 167-171.
- PICHÉ, Victor. « Les migrations du Sud au Nord, et non la surpopulation, constituent le principal défi d'avenir ». Dans *Inter-Mondes*, vol. 8, no 4, printemps 1993, p. 5-8 (entrevue; propos recueillis par Guy Lafleur).
- RICHTER, Judith. *Vaccination Against Pregnancy. Miracle or Menace?* Bielefeld et Amsterdam, BUKO Pharma-Kampagne et Health Action International, 1993, 78 p.
- SEABROOKE, Karen, « The Practices of Pharmaceutical Companies in Canada and the Third World ». Dans Association nationale de la femme et le droit, *Who's in Control? Legal Implications of Reproductive Technology*, Rapport de la Sixième conférence biennale, Ottawa, 21-24 février 1985, p. 51-60.
- TARDIF, France. « En passant par la contraception et la procréatique, que reste-t-il du pouvoir des femmes sur leur propre santé reproductive? ». Conférence présentée en atelier au *Forum sur la santé des femmes*, organisé par l'Association pour la santé publique du Québec, Montréal, 4-5-6 novembre 1992.
- TARDIF, France. « L'industrie pharmaceutique: grande "bénéficiaire" du contrôle de la population ». Dans *Inter-Mondes*, vol. 8, no 4, printemps 1993, p. 25-28.
- TAYLOR, Paul. « MD Offers Abortion with Drugs at Home », dans *Globe and Mail*, 4 mars 1995, p. 4

ANNEXE

Extrait de:

**Testimony of C. Wayne Bardin, Vice President of the Population Council, Inc. and Director of its Center for Biomedical Research
Before the United States House of Representatives Committee on Small Business
Subcommittee on Regulation, Business Opportunities, and Technology
10 novembre 1993**

Table 1
COSTS OF NORPLANT® IMPLANT RESEARCH
DEVELOPMENT AND INTRODUCTION

1. Population Council			
Implant Research ²			
1.a	US / AID	9 500 000	
1.b	Other donors	15 800 000	
1.c	Total		25 300 000
2. Population Council			
Introduction ³			
2.a	US / AID	7 700 000	
2.b	Other donors	8 300 000	
2.c	Total		16 000 000
3. Leiras ⁴			23 000 000
4. Other pharmaceutical companies ⁵			> 50 000 000
5. Grand Total			>114 300 000

² Includes all R&D on NORPLANT® and NORPLANT® II implants through registration. Since most donors did not distinguish between these two methods, they were budgeted together. Approximately half of the \$25,3 million was spent on each implant system.

³ The cost introduction of NORPLANT® implants into developing countries.

⁴ The cost to develop manufacturing procedures for NORPLANT® and NORPLANT® implants.

⁵ This is a minimal estimate of the cost of levonorgestrel development and maintenance of its

Table 2

DEVELOPMENT AND INTRODUCTION OF
NORPLANT® AND NORPLANT® II IMPLANTS

Contributors to NORPLANT® Implant Development

Governments

International Development Research Centre of Canada

U.S. Agency for International Development

Foundations, Trusts

Ford Foundation

Rockefeller Foundation

The Andrew W. Mellon Foundation

George Frederick Jewett Foundation

General Service Foundation

Estate/Charitable Trust of Abby R. Mauze

United Nations Population Fund

Individual Donors

George j. Hecht

Aaron Fischer

Mr. and Mrs. Burton G. Tremaine

J. Crews

Rockefellers Family Members

Wyeth-Ayerst Laboratories

The Population Council

Contributors to NORPLANT® Implant Introduction

Governments

Finnish International Development Agency

International Development Research Centre of Canada

U.S. Agency for International Development

Foundations

General Services Foundation

Hewlett Foundation

Rockefeller Foundation

United Nations Population Fund

Non-Government Organizations

Population Crisis Committee

The Population Council