**Du contrôle de la fécondité au contrôle des femmes**

**exposé présenté par France Tardif de la**
**Fédération du Québec pour le planning des naissances**

**à la conférence**

**Women and Sustainable Development: Canadian Perspectives**
**tenue à Vancouver du 27 au 31 mai 1994**[1]

**********

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.

Pourtant, en 1994, deux pôles continuent à se manifester. D'un côté, plusieurs femmes se questionnent: avons-nous réussi à avoir un véritable contrôle de notre fécondité? À l'opposé, plusieurs intervenant-e-s et décideurs 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? Quand les gouvernements, l'industrie, le monde de la recherche, la médecine, les médias, les agences et institutions internationales, s'en mêlent - et s'emmêlent - quel pouvoir reste-t-il aux femmes?

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 possibilité de choix très limité, car l'éventail de choix contraceptifs peut diminuer ou augmenter dépendant des décideurs en place et de leurs intétêts. 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 raisons 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.

---

[1]La Fédération du Québec pour le planning des naissances tient à remercier madame Violette Trépanier, ministre déléguée à la Condition féminine (Québec), le Conseil canadien pour la coopération internationale, ainsi que les organisatrices de la conférence pour leur contribution financière, sans laquelle sa participation aurait été impossible.

En somme, d'un côté les médecins sont peu ou mal informés des techniques disponibles et, d'un autre côté, ils sont également peu ou mal informés des aspects psycho-sociaux 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 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 dernier, 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.

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 Sheild 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 Sheild 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" antifertilité). 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 Healtl and Developement (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'expérimenation 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 toxoide 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.

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-économique.

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, anti-démocratiques. 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).

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
Mai 1994

ANNEXE

Extrait de:

Testimony of C. Wayne Bardin

Vice President of the Population Council, Inc.

and

Director of it's 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 (1) | | |
| 1.a US/AID | 9,500,000 | |
| 1.b Other donors | 15,800,000 | |
| 1.c Total | | 25,300,000 |
| 2. Population Council Introduction (2) | | |
| 2.a US/AID | 7,700,000 | |
| 2.b Other donors | 8,300,000 | |
| 2.c Total | | 16,000,000 |
| 3. Leiras (3) | | 23,000,000 |
| 4. Other pharmaceutical companies (4) | | > 50,000,000 |
| 5. Grand Total | | > 114,300,000 |

(1) 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.

(2) The cost of introduction of NORPLANT® implants into developing countries.

(3) The cost to develop manufacturing procedures for NORPLANT® and NORPLANT® implants.

(4) This is a minimal estimate of the cost of levonorgestrel development and maintenance of its drug files, as well as the estimated cost of NORPLANT® implant introduction into the private sector.

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
Rockefeller 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 Service Foundation
Hewlett Foundation
Rockefeller Foundation

**United Nations Population Fund**

**Non-Government Organizations**
Population Crisis Committee
The Population Council

---

## 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.

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 FDA 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.

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.