

Comment l'OMS et la recherche scientifique en reproduction humaine sont instrumentalisées au service de la dépopulation

-

Le HRP - Un programme militant d'imposition de normes Synthèse

En 1968, Paul R. Ehrlich publiait l'ouvrage à succès *La Bombe P*. La thèse, catastrophiste, du livre était que la croissance de la population mondiale provoquerait une famine dans les années 70-80 qui causera la mort de centaines de millions de personnes, voire l'effondrement de l'humanité dans une guerre thermonucléaire, à moins que des mesures drastiques ne soient prises pour limiter la croissance démographique. À cette époque, la terre comptait près de 3,5 milliards de personnes, aujourd'hui nous sommes près de huit milliards. Le monde ne s'est pourtant pas effondré et la croissance de l'humanité devrait continuer à progresser [pour commencer ensuite à décliner](#) lors de la seconde moitié du siècle. Dans les années 1970, il était pourtant de bon ton d'appeler à une réduction de la population, pour éviter les conséquences économiques désastreuses liées à la croissance démographique. Certains États et fondations privées instrumentalisaient l'OMS pour imposer la contraception et l'avortement comme de nouveaux droits de l'homme.

Un exemple flagrant de cette instrumentalisation est la publication au mois de mars 2022, par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le *Human Reproduction Programme* (HRP), des nouvelles [lignes directrices consolidées sur l'avortement](#). Loin de s'en tenir à leur mission d'assistance et de conseil aux professionnels de la santé, le document promeut une libéralisation complète de l'avortement sans précédent dans le monde : il recommande, entre autres, la légalisation de l'avortement à la demande et sans condition jusqu'au terme de la grossesse (pp. 24 et 28), la réduction de la liberté de conscience des professions médicales (p. 41 et suivantes) et de ne pas informer les parents en cas d'avortement pratiqué sur leur fille mineure (p. 43). Or ce document a été rédigé par des individus [connus pour leur militantisme](#) et par de grandes organisations privées et internationales dévouées à la promotion de l'avortement dans le monde. En plus de ça, même s'il n'est pas possible de prouver un strict lien de corrélation, cette réédition des lignes directrices a été publiée après une promesse de subvention de 100 millions de dollars de la fondation de Warren Buffett (entre 1970 et 2022, le HRP a bénéficié de près de 1 milliard de dollars de contributions, cette promesse de subvention correspondait alors à plus de 10 % des financements du HRP depuis sa création).

Ainsi, pour élaborer ces lignes directrices, l'OMS a consulté 121 experts extérieurs à l'organisation¹. Or, 81 de ces « experts », soit près de 67 %, se sont engagés ou ont milité en faveur de l'avortement, ou ont été payés par des organisations privées de promotion de l'avortement. Par exemple, onze de ces experts ont touché près de 1,8 million de dollars au cours de leur carrière en provenance de la *Society of Family Planning & SFP Researcher Fund*² (financé en 2020 à hauteur de près de 3 millions de dollars par la *Susan Thompson Buffett*

¹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> pp.120-127.

² Il s'agit de Caitlin Gerds avec 510 437 \$, de Patricia Lohr avec 125 205 \$, Alison Edelman avec 500 538 \$, Caron Kim avec 40 308 \$, Sara J. Newmann avec 273 684 \$, Antoinette Nguyen avec 53 915 \$, Elizabeth Clark avec 14 255 \$, Roopan Gill avec 95 937 \$, Bianca Stifani avec 39 984 \$, Adrienne R. Ghorashi avec 28 914 \$ et Antonella Lavelanet avec 99 135 \$.

*Foundation*³). En tout, en incluant le personnel de l’OMS, 142 personnes ont travaillé à ces lignes directrices, 91 d’entre elles ont un profil militant (64 %). On peut noter, par exemple, que 12 ont travaillé pour l’*IPAS*, 7 pour le *Population Council* et 4 pour le *Center for Reproductive Rights*. Pour donner un autre exemple du manque de neutralité de ces « expert », une d’entre elles, Patricia Lohr, a touché plus de cent dix mille dollars en 2012 de la *Society of Family Planning & SFP Researcher Fund*⁴ pour une étude sur l’effet du chlorure de potassium intracardiaque comme fœticide avant un avortement. Enfin, le travail de rédaction des lignes directrices a été assuré par Fiona de Londras, Bela Ganatra, Heidi Johnston, Caron Kim, Antonella Lavelanet, Jane Patten et Maria Rodriguez, toutes militantes bien connues de l’avortement. À titre d’illustration, Fiona de Londras est une militante radicale, auteurs de nombreux articles pro-avortement, et est intervenue devant la Cour Suprême des États-Unis en ce sens.

C’est la présence massive de ces militants qui explique que les lignes directrices reprennent entièrement les demandes des grands groupes privés œuvrant à la promotion de l’avortement dans le monde. Ainsi, les lignes directrices sur l’avortement de 2022 sont en réalité un document de promotion de l’avortement, qui instrumentalise l’Organisation des Nations unies à cette fin. Il est toutefois important de comprendre que ce document a été publié par le HRP, un programme de l’OMS, créé dans un but de réduction démographique en 1970. Ainsi, c’est l’histoire qui permet de donner son sens à ces lignes directrices. En effet, le travail HRP s’ancre dans une volonté de contrôle de la démographie au nom et sous couvert du droit à la santé. Les principaux contributeurs étatiques et privés contribuent à orienter son action pour agir sur la démographie. Le HRP agit alors en développant les abortifs et les contraceptifs utilisés aujourd’hui, ainsi qu’en diffusant un discours basé sur les droits de l’homme pour les faire accepter et les banaliser.

Contrôler la démographie au nom du droit à la santé

L’Organisation des Nations unies (ONU) a été créée en 1945 et l’Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1948 comme agence spécialisée de l’ONU. Très tôt dans leur histoire, ces deux organisations se sont interrogées sur la place qu’il fallait donner à la question démographique dans leur mission. Ainsi, en 1946 a été créée la Commission des Nations unies sur la Population⁵. Elle avait très rapidement recommandé qu’une enquête soit menée en Inde sur « l’interdépendance des changements économiques, sociaux et démographiques⁶ ». Le Comité régional de l’OMS pour l’Asie du Sud-Est [en avait rendu compte](#) en expliquant que la question de la limitation numérique de la famille suscitait un grand intérêt en Inde, en particulier pour convaincre la population que limiter les naissances lui permettrait d’en retirer un avantage économique et social. Le ministère de la Santé indien avait alors demandé que l’OMS lui prête assistance pour une expérience pilote de planification familiale⁷. D’après [un article](#) publié notamment par Giuseppe Benagiano (directeur du HRP de 1993 à 1997), l’OMS a commencé s’intéresser à la reproduction humaine après cette demande du gouvernement indien. Ainsi en 1950, la résolution WHA3.7 de l’Assemblée mondiale de la santé invitait le Directeur général de l’OMS à collaborer sur de larges bases, avec les Nations unies et les institutions spécialisées,

³ <https://projects.propublica.org/nonprofits/organizations/476032365/202141339349101639/full>

⁴ https://societyfp.org/awarded_grants/sfprf6-6/

⁵ Nations unies : Population <https://www.un.org/fr/global-issues/population>

⁶ World Health Organization: SEA/RC4/14 – *Population Problems* – Regional Committee for South East Asia, New Delhi, 17 August 1951

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128144/EB9_16_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁷ SEA/RC4/14, pp.11-12.

pour toutes les questions relatives aux « problèmes démographiques »⁸. De la même façon, le Conseil exécutif soulignait que l'OMS se devait d'entreprendre une action concrète à l'égard des problèmes démographiques et fournir des avis sur les problèmes médicaux que pose la limitation de l'effectif des populations⁹. Il invitait alors le Directeur général de l'OMS à étudier ces problèmes de concert avec la Commission de la Population des Nations unies, en vue de définir les fonctions des deux organisations¹⁰.

En 1954 s'est tenue la première Conférence mondiale sur la population à Rome portant sur différents aspects démographiques en relation avec le développement économique et social. En 1957, l'Assemblée générale des Nations unies considérait alors « qu'il existe un rapport étroit entre les problèmes économiques et les problèmes démographiques¹¹ ». En tant qu'agence spécialisée de l'ONU, l'OMS fut invitée en 1964 à envisager des actions pour donner suite à une enquête du Secrétaire général de l'ONU, rapporté dans la [résolution 1048 \(XXXVII\)](#) du Conseil économique et social de l'ONU qui avait exposé les « graves préoccupations » des pays en voie de développement confrontés à une lente croissance économique et à une forte croissance démographique. Ainsi, en 1965, l'OMS créa l'*Unité de reproduction humaine* pour se saisir de la problématique démographique sous l'angle de la santé. L'Organisation considérait alors que le contrôle démographique permettrait une plus grande prospérité et une meilleure santé. L'OMS définit ainsi sa stratégie en 1965 avec la résolution WHA18.49 qui affirmait que les « modifications d'effectif et de structure de la population se répercutent sur les conditions sanitaires ». Cette orientation fut approuvée par l'ONU en 1966. Cette même année, Alexander Kessler fut recruté par l'OMS pour diriger cette Unité. Il arrivait alors de l'Université Rockefeller à New York, où il avait mené des recherches sur l'interrelation entre la dynamique des populations et la génétique. L'OMS assumait alors plusieurs rôles en lien avec ce qui était sobrement intitulé les « aspects sanitaires de la dynamique des populations ». Il s'agissait de rôles consultatifs, de coordinations, de recherche documentaire et biomédicale, ainsi qu'un rôle de formation.

Dans le nouveau cadre de l'*Unité de reproduction humaine*, plusieurs organisations¹² se sont réunies à Genève en 1970 pour discuter de la création d'un programme mondial de recherche sur la reproduction humaine. Après une étude de faisabilité fortement soutenue par la fondation Ford, une ébauche de *Programme élargi de recherche, de développement et de formation à la recherche en matière de reproduction humaine* (HRP) fut imaginée en 1971. Le programme fut alors construit autour d'un plan d'action qui imaginait un modèle de coopération avec des centres cliniques afin d'« accélérer le développement et l'évaluation critique de nouveaux agents affectant la fertilité ». La création de *Task Forces* chargées de mener ces recherches était également une composante importante du Programme imaginé. Ce travail de recherche a été officiellement orienté en 1972 par la résolution WHA25.60 de l'Assemblée mondiale de la santé qui place l'action du programme dans le rôle assigné à l'OMS de coordination de la recherche biomédicale. Néanmoins, l'histoire démontre que la recherche

⁸ World Health Organization: Resolution on *Population problems* - Fifth session held in Geneva from 16 January to 2 February 1950: part I, p.9 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85604>

⁹ SEA/RC4/14, pp.9-10.

¹⁰ SEA/RC4/14, p10.

¹¹ United Nations: G.A. Res. 1217 (XII), (Dec. 14, 1957), <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/120/00/PDF/NR012000.pdf?OpenElement>.

¹² D'après le Directeur général de l'OMS, il s'agissait des représentants de conseils nationaux de la recherche médicale, d'organismes d'aide bilatérale, des fondations privées et de la Banque internationale pour la Reconstruction et le Développement. World Health Organization: *Human reproduction* - The work of WHO 1970, annual report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations, 1971 - Chapter 6: Family Health - pp.74-76 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85828>

biomédicale n'était pas une fin en soi, mais simplement une méthodologie stratégique vers l'objectif de réduction de la population.

En 1974, lors de la troisième Conférence mondiale sur la population de Bucarest, où fut adopté le Plan d'action mondial sur la population, la logique était toujours la même. Les politiques démographiques y sont présentées comme une des clefs du développement social, économique et culturel pour améliorer le niveau de vie et la qualité de la vie des individus. Grâce aux progrès de la connaissance et la maîtrise par l'homme de son environnement, l'ONU prévoit à l'humanité un avenir « infiniment radieux » (§14.a). Ainsi, pour « favoriser un processus de développement plus harmonieux et plus rationnel », le Plan d'action souhaitait mettre en place des « mesures visant à infléchir les tendances démographiques » (§2.). Pour cela, il s'agissait d'accentuer l'enseignement, la formation et la recherche de méthodes de régulation de la fertilité et en particulier de leur incidence morale et culturelle. Le HRP était alors l'outil idéal pour répondre à cet objectif comme [le notait](#) le Directeur général de l'OMS.

La cinquième Conférence mondiale sur la population du Caire de 1994 ne fait que poursuivre cette logique de l'ONU, toutefois, le discours y devient plus consensuel en raison du rapport de force engagé par le Saint-Siège face aux promoteurs de l'avortement. Un discours centré sur les droits de l'homme se développe : « Avortement » et « contraception » deviennent alors synonymes de « santé des femmes » et de « droits sexuels et reproductifs ». Derrière ce discours, le projet démographique reste inchangé. Ainsi, [dans un article](#) publié en 1995, G. Benagiano et E. Diczfalusy (respectivement Directeur et consultant au HRP) plaçaient le HRP dans une filiation commençant à Condorcet, puis Malthus pour finir à Margaret Sanger. De la même logique, on pouvait lire [dans un article](#) publié par l'OMS le 8 février 2018 que « la planification familiale est essentielle pour ralentir une croissance démographique non durable et les effets négatifs qui en résultent sur l'économie, l'environnement et les efforts de développement nationaux et régionaux ». Cet article a été [mis à jour en 2020](#) et cette mention a été supprimée.

Les financements orientant l'action du HRP

L'OMS a créé le HRP pour répondre à une demande des Nations Unies visant à améliorer la santé et la prospérité via un objectif de réduction de la population mondiale, objectif qui fut en particulier porté par un petit nombre de pays et d'acteurs privés. Ainsi, depuis sa création, le HRP a été financé principalement par des contributions volontaires provenant de quelques États et fondations privées. Ainsi, entre 1970 et 1972, le Programme a débuté ses activités grâce au soutien financier d'agences gouvernementales suédoise, canadienne, norvégienne et de la *Fondation Ford*, pour près de 4,45 millions de dollars. En 1977, le Directeur général de l'OMS notait que le Programme représentait l'activité de recherche la plus importante de l'OMS tout en étant presque exclusivement financé au moyen de contributions volontaires. Le co-parrainage du Programme par le PNUD, le FNUAP, l'OMS et Banque mondiale en 1988 a permis une stabilisation du financement. Toutefois les contributions volontaires continuèrent d'exister. Entre 1970 et 1999, le Programme avait reçu les contributions d'États (dont les trois pays scandinaves), des co-parrains et de fondations privées néolibérales¹³ pour près de [447 millions de dollars](#). Entre 2000 et 2022, le classement a peu évolué, il peut en particulier être noté la contribution très importante de la *Fondation Susan Thompson Buffett* depuis 2019 avec

¹³ Les vingt plus gros contributeurs du HRP étaient, dans l'ordre d'importance la Suède, le Royaume-Uni, le FNUAP, la Norvège, le Danemark, la Banque mondiale, les États-Unis, l'Allemagne, l'OMS, le Canada, les Pays-Bas, l'Australie, la fondation Rockefeller, la Finlande, la Suisse, la fondation Bill and Melinda Gates, UNDP et la fondation Ford. Les montants des 20 contributeurs s'étaient de 96 millions de dollars à 1000 dollars.

une promesse de 100 millions de dollars, dont 45 millions de dollars déjà versés. Le laboratoire *Merck Sharp and Dohme-Chibret* s'est également engagé fortement dans le financement du Programme depuis 2013 pour plus de 18 millions de dollars au total. Le laboratoire Merck commercialise plusieurs contraceptifs, en particulier, le Nexplanon®, un implant d'étonogestrel. De 1970 à 2022, le HRP a bénéficié de près de 1 milliard de dollars de contributions volontaires.

Alors qu'au début des années 2000, le Programme commençait à montrer des difficultés financières, l'intervention de nouveaux acteurs privés et l'augmentation de la contribution de plusieurs pays donateurs a permis de maintenir le Programme à flot. En 2007, le HRP avait pu retrouver une bonne situation financière grâce aux contributions des Pays-Bas, de la Norvège, de la Suède, du Royaume-Uni et des Fondations David et Lucile Packard, Ford ainsi que William et Flora Hewlett¹⁴. Or, le fait de contribuer au programme permet d'y avoir un poids politique. En effet, les onze principaux contributeurs étatiques obtiennent un siège au sein de l'organe directeur du HRP, le Policy and Coordination Committee (PCC). Ainsi, le positionnement de ces onze pays ainsi que la place qui est donnée à l'*International Planned Parenthood Federation (IPPF)* en tant que membre permanent du PCC, oriente le travail du programme. Cette orientation est celle d'un néo-malthusianisme social promu par les pays du nord encourageant une régulation plus forte des populations les plus pauvres dans les pays du sud. L'implication particulière des pays scandinaves et anglo-saxons, ainsi que la participation des fondations *Ford, Rockefeller, MacArthur, Packard, Hewlett, Buffet* et *Gates* n'est en effet pas neutre. Les dirigeants de ces grandes fondations ont à plusieurs occasions affirmé leur volonté de contrôler la démographie afin de stabiliser ou réduire la population humaine, par exemple au sein du « Good Club ».

En plus de cela, lors de sa réunion de juin 1997¹⁵, le PCC a accepté sous conditions la possibilité pour le Programme d'accepter des contributions affectées à un projet en particulier. Cela a ouvert la porte à la participation de certains pays et acteurs privés qui instrumentalisent le HRP et l'OMS pour diffuser la contraception et l'avortement dans le monde au nom des droits de l'homme. Ainsi, à titre d'illustration, même s'il n'est aujourd'hui pas possible de prouver un strict lien de corrélation, il apparaît que la réédition des « lignes directrices sur les soins liés à l'avortement » publiées en 2020, a été publiée un an après une promesse de subvention de 100 millions de dollars de la fondation de Warren Buffett. D'autres choisissent un financement plus discret, mais continu, comme la *Bill and Melinda Gates Foundation* qui a versé par exemple entre 3 et 4 millions de dollars par an sur la période 2019-2022 (en n'oubliant pas que Warren Buffet finance également largement cette dernière). Le HRP est une structure complexe et mouvante composée d'institutions et d'organisations engagées dans le contrôle démographique qui conditionnent la recherche et sa direction.

L'évolution d'un discours d'imposition de normes : de la démographie aux droits de l'homme

L'OMS a considéré très tôt qu'une population en bonne santé impliquait une réduction de la démographie. Un discours a alors été présenté en proposant la contraception et l'avortement au nom du droit à la santé des individus. En parallèle, un travail a été mené par différents États et groupes de pression pour que cela devienne des normes des droits de l'homme. Il ne s'agit en réalité que d'un discours. Si le rôle de l'OMS est bien d'œuvrer

¹⁴ World Health Organization: Sexual and reproductive health - research and action in support of the Millennium Development Goals: biennial report 2006-2007, p.43 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43916>

¹⁵ *HRP financial report 1998-1999*, p.3.

pour la santé, ici le but premier recherché est bien la réduction démographique, en particulier des groupes sociaux les plus pauvres. Depuis 1994, pour des raisons de marketing, la « santé sexuelle et reproductive » est présentée comme un droit individuel, mais la contraception et l'avortement ont bien des implications collectives. C'est de cette régulation de la démographie dont il s'agit toujours. Ce qui change c'est la motivation à vouloir réguler la population, si dans les années 1950, la crainte était économique, aujourd'hui elle est climatique. On peut à ce sujet citer, par exemple, la campagne *One Planet, One Child* au Canada qui affirmait en 2020 sur des panneaux publicitaires que « le plus beau cadeau que l'on peut faire à son premier enfant est de ne pas en avoir de deuxième ». Dans tous les cas, le droit à la santé est instrumentalisé au service d'une stratégie d'imposition de normes sous couvert de neutralité scientifique.

Un autre argument démontre que la « santé sexuelle et reproductive » des individus est moins une question de droits de l'homme que de réduction démographique. Il s'agit des travaux menés par l'OMS dès 1971 sur les facteurs psychologiques relatifs aux aspects sanitaires de la reproduction humaine¹⁶. L'Organisation avait alors jugé prioritaire que le Programme travaille à déterminer l'acceptabilité de diverses méthodes de régulation de la fertilité dans diverses conditions culturelles et socio-économiques. Considérant que l'efficacité de la planification familiale dépend d'une couverture large, une *Task force* fut ainsi consacrée à cette étude visant principalement à déterminer les conditions dans lesquelles la contraception et l'avortement étaient acceptés. Pourtant, cela n'a pas empêché l'OMS et l'ONU d'affirmer régulièrement que le choix de la taille de la famille dépendait du choix libre du couple¹⁷. En effet, pour ces organisations « choix libre » impliquait pour le couple d'être conscient, d'une part du bénéfice social à avoir peu d'enfants : « concilier le comportement procréateur des individus et les besoins et aspirations de la société¹⁸ ». Et d'autre part, d'être conscient des méthodes de régulation des naissances. L'absence de ces connaissances pousserait, en effet, les couples à « avoir plus d'enfants qu'ils n'en veulent¹⁹ ».

Le rôle du HRP dans le développement et la diffusion des abortifs et contraceptifs.

Le HRP a été imaginé, depuis sa création par l'OMS dans les années 1970, comme une autorité scientifique mondiale. Le programme a ainsi produit de nombreuses directives et guides pour influencer les politiques publiques de santé sexuelle et reproductive sur la base de données scientifiques (Evidence-based medicine). Il a également participé à l'élaboration des méthodes en usage aujourd'hui pour la contraception et l'avortement, telles que la pilule du lendemain, les dispositifs intra-utérins (stérilets), les produits stérilisants, l'immunocontraception ou encore l'avortement médicamenteux à base de mifépristone et misoprostol. Le HRP est ainsi une entité dont l'importance a été capitale dans le développement de ces méthodes tant en termes de développement de produits et de protocoles qu'en termes d'acceptabilité sociale. Tous ces projets de recherche du HRP furent menés par des *Task forces*. En 1972, au lancement du programme, c'était plus de 250 scientifiques de 27 pays qui en faisaient partie. Leur objectif était que les produits et méthodes développées soient efficaces, sécurisés, culturellement acceptables et peu coûteux.

¹⁶ World Health Organization: The work of WHO 1971, annual report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations, 1972 - *Human reproduction* - pp.132-136
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/85845> §8.29

¹⁷ Par exemple dans la résolution WHA18.49 de 1965 et dans le Plan d'action mondial sur la population de 1974.

¹⁸ E/CONF.60/19, §7.

¹⁹ E/CONF.60/19, §6.

Ainsi le travail s'orienta assez tôt vers le contrôle de la reproduction chez la femme, considérant que c'était plus aisé, car une seule intervention à un moment donné peut interférer avec l'ensemble du processus reproductif. Le développement de contraceptifs masculins ne fut pas abandonné pour autant, mais les quelques projets ne parvinrent pas à dépasser les phases de test à cause d'effets indésirables graves. Enfin, plusieurs études comportementales furent menées, toujours avec le souci de déterminer les méthodes les plus acceptables afin de faire progresser la pratique de la planification familiale en rendant disponible de nouvelles méthodes de régulation de la fertilité adaptées à différents contextes et cultures en faisant progresser les seuils d'acceptabilité. Le HRP a ainsi permis le développement de plusieurs contraceptifs en commençant par le stérilet (DIU) à partir de 1972 où une *Task force* a été assignée à la recherche dans ce domaine. Cela a donné lieu, jusqu'à 2007, à 63 essais cliniques et études ainsi qu'à 156 publications scientifiques. Ce travail a en particulier permis la reconnaissance du TCU380A comme méthode contraceptive à long terme hautement efficace. D'après un [rapport d'évaluation](#) du Programme, le HRP a été un des acteurs principaux ayant permis un passage de 70 à 160 millions d'utilisatrices de DIU entre 1972 et 2007. Le programme a également développé des contraceptifs chimiques injectables, à utiliser à intervalle de trois mois ou plus, ou implantables, pour une efficacité continue. Cela a permis la mise sur le marché en 1994 des injections mensuelles *Cyclofem* et *Mesigyna*. Entre 1998 et 2014, les implants sous-cutanés *Norplant*, *Jadelle* et *Implanon* furent également testés (critères de sécurité, efficacité et acceptabilité) et approuvés. Dans le cas d'une « utilisation d'urgence », la « pilule du lendemain » fut aussi développée par le Programme dès 1972, en particulier au travers d'un vaste essai démontrant la sécurité et l'efficacité du lévonorgestrel. En 2012, le HRP estimait avoir joué un « rôle de pionnier » dans ce développement conduisant à son emploi dans 140 pays. Pour travailler à son acceptabilité, après avoir constaté qu'un des freins à son utilisation était la crainte de son effet abortif, le HRP avait publié une revue de la littérature scientifique démontrant que le lévonorgestrel perturbe uniquement l'ovulation et empêche la fécondation. C'est encore la [position officielle de l'OMS](#) aujourd'hui.

Enfin, dans le domaine de la contraception, le HRP s'est aussi penché sur les méthodes immunologiques, c'est-à-dire le développement de vaccins contraceptifs destinés à empêcher la fécondation ou l'implantation. Le principe était de viser les protéines spécifiques des gamètes, de l'œuf fécondé ou encore des hormones permettant l'implantation, pour faire en sorte qu'elles soient attaquées par le système immunitaire. Une *Task force* spécifique fut alors chargée d'évaluer cinq vaccins. Le HRP reçu dans ce domaine l'aide du Programme élargi de vaccination, grâce à des subventions que ce dernier avait reçues de la Fondation *Rockefeller*, du PNUD et des Pays-Bas²⁰. D'après [un rapport](#) du HRP, le *Population Council* avait tenté de développer un vaccin en se basant sur la protéine hCG, mais il n'avait pas dépassé le stade de la phase I. Plusieurs autres de ces candidats vaccins ont atteint les phases des essais cliniques, mais aucun n'a pu dépasser la phase II. Malgré le manque de résultats probants, les études sur l'immunocontraception [continuent aujourd'hui](#). En effet, l'avantage de cette méthode serait de proposer une contraception peu contraignante (une ou deux injections par an) et facilement réversible. Au sujet de la stérilisation, en 1972, une *Task force* travaillant aussi au développement de nouvelles méthodes chimiques d'occlusion des trompes de Fallope par des moyens non chirurgicaux. Il était estimé que c'était une approche prometteuse de la régulation de la fertilité : « L'acceptabilité potentielle d'une méthode de stérilisation simple, sûre et irréversible, réalisée en une seule visite et en ambulatoire, chez les femmes qui ont atteint la

²⁰ World Health Organization: Forty-Second World Health Assembly, Geneva, 8-13 May 1989 - Resolutions and Decisions - Annex 6 (*A42/10 - Expanded programme on immunization, progress and evaluation report*) p.135 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/171211?locale-attribute=fr&>

taille souhaitée de leur famille, est évidente²¹ ». Le HRP a aussi envisagé l'utilisation de pellets d'hydrochlorure de quinacrine à placer dans l'utérus à des fins de stérilisation non chirurgicale.

Le HRP a également mené des recherches sur le développement de l'avortement médicamenteux. Sa justification était que cela permettait de réduire les avortements à risque en comparaison à d'autres méthodes, plus susceptibles d'être mises en place dans de mauvaises conditions d'hygiène et avec un plus haut risque de séquelles. L'objectif fut alors de déterminer avec précisions les posologies par types de molécules utilisées afin de permettre une plus grande efficacité abortive et le coût le plus bas. Les prostaglandines étaient alors très étudiées pour cela. À partir de 2001, le Programme testait l'efficacité de la mifépristone et du misoprostol pour provoquer l'avortement jusqu'à neuf semaines. Cela avait alors permis sa diffusion de ces molécules. Ainsi, en 2007, le Programme promouvait l'utilisation du Medabon® (mêlant mifépristone et misoprostol pour un coût réduit) en espérant une meilleure diffusion globale, mettant en avant auprès des gouvernements le bénéfice apporté en évitant des avortements à risque.

À partir de la fin des années 1980, le nombre des *Task forces* s'était considérablement réduit, leur travail visant alors principalement à améliorer les méthodes utilisées et à en développer de nouvelles. Cette réduction est logique, car la recherche tous azimuts qui a précédé a permis d'éliminer les méthodes et domaines de recherche les moins pertinents et que les objectifs de découvertes avaient été remplis. Après cette période et jusqu'à la fin des années 2000, on observe un ralentissement de la recherche biomédicale et une plus grande importance de la recherche sociologique, dédiée à l'acceptation des produits développés via le discours des droits de l'homme. Enfin, depuis les années 2010 et concomitamment à l'augmentation des financements privés, le HRP abandonne progressivement ses activités les plus scientifiques pour d'autres, plus politiques. On constate alors une augmentation des sujets liés à la liberté sexuelle, comme l'accès libre à la contraception et l'avortement pour les adolescents sans l'accord des parents. Pendant que la recherche biomédicale au sein du HRP s'essouffle, une forme de privatisation par des fondations néolibérales succède à l'influence exercée initialement par un petit nombre d'États et l'oriente vers la promotion de leur idéologie. Le HRP n'en perd pas son importance pour autant et continue à dispenser des recommandations aux États qui les reçoivent à l'aune de l'autorité scientifique de l'OMS.

²¹ HR/72.5a (1972), p.10.